

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SUL SISTEMA SANITARIO

—————

27° Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 21 GENNAIO 1999

—————

Presidenza del presidente TOMASSINI

I N D I C E

Audizione del dottor Francesco Taroni, direttore dell'Agenzia per i Servizi sanitari regionali, e del dottor Mario Braga, direttore del laboratorio sistemi di qualità in sanità dell'Istituto dermatopatico dell'Immacolata (IDI) di Roma

* PRESIDENTE	Pag. 3, 10, 11 e <i>passim</i>	* BRAGA	Pag. 10
BRUNI (<i>Rin. Ital. e Indip.</i>)	14	* TARONI	3, 16
* CAMERINI (<i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i>)	11		
* DE ANNA (<i>Forza Italia</i>)	12		
* LAURIA Baldassare (<i>Rin. Ital. e Indip.</i>)	15		
MIGNONE (<i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i>)	11, 16		
MONTELEONE (<i>AN</i>)	15		

Intervengono il dottor Francesco Taroni, direttore dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, e il dottor Mario Braga, direttore del laboratorio sistemi di qualità in sanità dell'Istituto dermatologico dell'Immacolata (IDI) di Roma.

I lavori hanno inizio alle ore 15,10.

Audizione del dottor Francesco Taroni, direttore dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, e del dottor Mario Braga, direttore del laboratorio sistemi di qualità in sanità dell'Istituto dermatologico dell'Immacolata (IDI) di Roma.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del dottor Francesco Taroni, direttore dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, e del dottor Mario Braga, direttore del laboratorio sistemi di qualità in sanità dell'Istituto dermatologico dell'Immacolata (IDI) di Roma.

Tali audizioni si inquadrano nell'ambito dell'indagine sulle liste di attesa.

Agli interventi dei sopra citati esperti, potranno seguire quelli degli onorevoli senatori al fine di fornire il loro contributo al tema oggetto di indagine.

Do dunque la parola al dottor Francesco Taroni, complimentandomi con lui per la nomina a direttore dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, con la quale avremo sicuramente modo di collaborare anche per altri filoni di indagine della nostra Commissione.

TARONI. Signor Presidente, signori senatori, per me si tratta di un rientro a Roma per collaborare con la Commissione, dal momento che prima della parentesi bolognese già lavoravo per l'Agenzia per i servizi sanitari regionali. Assieme al dottor Braga ho già avuto occasione di lavorare con la vostra Commissione, allora presieduta dal senatore Martelli, proprio sul tema delle liste di attesa.

Quella esperienza era stata molto innovativa, anche se ormai si tratta di archeologia rispetto alla rapida evoluzione che hanno avuto le liste di attesa nel nostro paese. L'anno scorso in tema di assistenza ambulatoriale è stato emanato il decreto legislativo n. 124, noto anche e soprattutto perché definisce il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e introduce il cosiddetto «sanitometro», che ha modificato radicalmente la situazione di assoluta non conoscenza del fenomeno delle liste di attesa, se non attraverso le lamentele dei cittadini in tutte le occasioni possibili, indirizzate agli uffici relazioni con il pubblico delle ASL.

I lunghi tempi di attesa rappresentano uno dei problemi del nostro sistema sanitario, come per la maggior parte degli altri sistemi sanitari pub-

blici, sia che si tratti di sistemi sanitari nazionali che di sistemi di assicurazione sociale, come in Olanda ed Australia, dove riscontriamo problemi del nostro paese.

L'esperienza condotta allora con il dottor Braga era centrata quasi esclusivamente sulle attese nel settore dei ricoveri in assistenza ospedaliera e quindi limitata ai ricoveri per interventi elettivi. Da allora molte cose sono cambiate anche nel settore dell'assistenza ospedaliera. In primo luogo, la capacità produttiva degli ospedali; sono intervenute delle modifiche negli *standard* relativi ai posti letto in base alla legge n. 382 del 1996, che ha portato lo *standard* dal 6 al 5 per mille. Questo ha avuto l'effetto potenziale di un allungamento dei tempi di attesa.

Contemporaneamente c'è stato il pieno dispiegarsi degli effetti del sistema di pagamento a prestazione, che ha invece portato ad un aumento del volume dei casi trattati con un effetto netto potenziale di abbattimento delle liste di attesa.

Inoltre alcune regioni hanno allargato la platea dei soggetti produttori convenzionati; estendendo il sistema dell'accreditamento temporaneo a tutti i soggetti privati; questo è un altro potente fattore di potenziale abbattimento delle liste di attesa.

Da questo punto di vista, l'esperienza che si concluse subitaneamente per effetto dell'interruzione anticipata della legislatura, che non permise l'elaborazione completa dei dati raccolti, ha dimostrato tempestività di interessamento ma non ha dato alcun risultato empirico.

Il decreto legislativo n. 124 del 1998 ha spostato l'attenzione sull'assistenza ambulatoriale, che in effetti costituisce una parte importante del problema delle liste di attesa, non fosse altro perché le prestazioni ambulatoriali sono di 10 volte superiori rispetto ai ricoveri. Quindi le occasioni di sperimentare il triste fenomeno dell'attesa sono molto più numerose per quanto riguarda l'accesso alle visite e alle prestazioni diagnostiche o terapeutiche specialistiche rispetto ai ricoveri. Tuttavia è evidente che, in termini di possibili implicazioni per lo stato di salute del paziente, il fenomeno dell'attesa è più rilevante per i ricoveri.

Il decreto legislativo n. 124 ha stabilito, in primo luogo, che le regioni definiscano i criteri in base ai quali i direttori generali delle aziende devono fissare i tempi massimi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali; ha fissato inoltre alcuni dei possibili strumenti da utilizzare per realizzare l'abbattimento dei tempi di attesa; ha stabilito un sistema di penalizzazione per gli operatori che all'interno delle aziende non collaborano al raggiungimento dell'obiettivo dell'abbattimento dei tempi di attesa; ha introdotto il principio secondo cui il paziente che si trovasse a dover subire tempi di attesa superiori a quelli stabiliti dalle aziende ha diritto ad una indennità pecuniaria, con il significato simbolico - credo - di riconoscere il danno recato al paziente, dal momento che le 50 mila lire previste non credo possano figurarsi come riparazione del danno morale subito per l'attesa.

Da questo punto di vista, l'obbligo per le regioni di emanare direttive, l'obbligo per i direttori generali di definire i tempi massimi e di ren-

derli pubblici, gli interventi sugli operatori che non attuassero le indicazioni dei direttori generali, il rimborso al paziente, rappresentano un sistema che per la prima volta nel nostro paese, a differenza di altri, affronta tutte le dimensioni operative del controllo dei tempi di attesa.

Il decreto legislativo n. 124 del 1998 prevede anche scadenze temporali molto precise: il 31 luglio 1998 per la emanazione dei criteri regionali; trenta giorni, successivi alla direttiva regionale, per i direttori generali delle aziende per definire i tempi massimi di attesa ed i relativi piani di attuazione. Il decreto prevede inoltre degli interventi sostitutivi da parte del Ministero per le regioni non ottemperanti.

Le cose in realtà sono andate un po' diversamente per quanto riguarda i tempi di attuazione. Per restare agli elementi immediatamente verificabili, cioè agli atti regionali - dal momento che è molto più complesso, soprattutto per un direttore come me insediato da pochissimi giorni, verificare lo stato di attuazione a livello aziendale - i tempi per i provvedimenti regionali sono stati rispettati alla lettera soltanto da tre regioni: Emilia Romagna, Toscana e Marche. Per tenere conto di tale sporadico rispetto dei tempi stabiliti, è stato successivamente fissato al 30 settembre il termine ultimo entro cui le regioni devono adeguarsi, con una sorta di deroga rispetto ai tempi stabiliti inizialmente dal decreto. Alla data del 30 settembre altre sette regioni - Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria, Abruzzo, Molise, Basilicata e Calabria - risultano avere assunto provvedimenti idonei a definire i criteri. Tali provvedimenti sono di varia natura (delibere di giunta, delibere di consiglio, eccetera) e ciò evidentemente ha inciso sui tempi effettivi di assunzione del provvedimento. Varie regioni si sono poi adeguate; l'ultima di esse - sono notizie di stampa apparse lunedì - è la Sicilia. A mia conoscenza sono in corso presso il Ministero dei provvedimenti sostitutivi nei confronti di alcune regioni che continuano a non aver ottemperato, ad una distanza ormai notevole di tempo rispetto ai termini stabiliti, agli obblighi fissati dal decreto.

La prima puntualizzazione, quindi, riguarda il rispetto dei tempi di attuazione, peraltro stretti, prima definiti e poi opportunamente temperati dalla deroga, previsti dal decreto.

Altro discorso invece è il problema della valutazione delle indicazioni regionali sia relativamente ai tempi stabiliti, sia riguardo all'efficacia e all'idoneità degli strumenti indicati dai direttori generali per realizzare un effettivo abbattimento dei tempi di attesa. La varietà dei provvedimenti regionali essere abbastanza fedelmente rappresentata da alcune caratteristiche che cerco di sintetizzare: in primo luogo, la totalità delle regioni per le quali ho avuto la possibilità di consultare gli atti (vale a dire le dieci regioni che in tempi compatibili hanno assunto provvedimenti) ha molto opportunamente indicato dei tempi massimi di attesa non riferendosi genericamente e generalmente al complesso delle prestazioni diagnostico-terapeutiche, ma individuando specifiche categorie di prestazioni, avviando sotto questo profilo alla eccessiva genericità del decreto. Tale suddivisione per categorie in alcune regioni è stata basata sul carattere dell'urgenza (ovviamente relativa) delle prestazioni richieste, per cui la

maggior parte di esse ha indicato comunque che dovevano essere soddisfatte entro tempi variabili dalle 24 alle 48 ore tutte le richieste, in genere, di visite specialistiche o di accertamenti (ad esempio radiologici) che rivestano un carattere di urgenza clinica, senza peraltro configurare le caratteristiche di emergenza tali per cui l'accesso raccomandato diventa, evidentemente, il pronto soccorso.

Alcune regioni hanno differenziato ulteriormente le prestazioni, distinguendo anzitutto le prestazioni «urgenti differibili»; è una specie di ossimoro lessicale, però coloro che hanno avuto occasione di praticare la medicina forse comprendono il significato pratico del termine. Esse riguardano quei casi in cui è necessario che il paziente venga visto subito anche se non occorre farlo in giornata; in questi casi sono previsti termini di tre-cinque giorni. Poi vi sono le categorie delle prestazioni «programmabili», e soltanto per queste è stato chiesto ai direttori generali di stabilire dei tempi massimi (quelli richiesti dal decreto); l'entità di tali termini, per quelle regioni che hanno voluto porre un limite alla discrezionalità dei direttori generali, e sono la maggioranza, varia da trenta a sessanta giorni. Da questo punto di vista, possiamo dire che, limitatamente alle dieci regioni cui facevo riferimento, i tempi massimi compatibili con il rispetto delle previsioni del decreto legislativo n. 124 del 1998 sono oggi di sessanta giorni. Forse è bene ricordare che il riferimento ad un tempo massimo, forse non molto felice, implica che il Servizio sanitario nazionale non garantisce al paziente di attendere, in media, un determinato tempo per ricevere una prestazione; in tempo medio di attesa è inferiore al tempo massimo stabilito, nel senso che un paziente preso a caso per una prestazione presa a caso non dovrebbe aspettare più di sessanta giorni, ma aspetta mediamente un tempo inferiore. Per quanto riguarda poi le prestazioni caratterizzate oggi da tempi di attesa molto lunghi, la maggior parte delle regioni ha avanzato delle previsioni specifiche per talune prestazioni ad alta complessità, costosità o comunque gravate da lunghi tempi di attesa. L'esempio classico di questo tipo di prestazioni è la Rmn oppure la mineralografia ossea, per cui sono state fatte delle previsioni con tempi molto più lunghi, fino a centottanta giorni, fatte salve evidentemente le condizioni di urgenza ricordate all'inizio.

Rispetto alle soluzioni organizzative per abbattere i tempi di attesa, il meccanismo che ho descritto si configura quindi come un livello regionale che definisce i tempi massimi che devono essere rispettati dalle aziende e i direttori generali, che devono realizzare le condizioni organizzative perché questi tempi siano garantiti.

Circa le soluzioni organizzative credo sia abbastanza equo, anche se è un po' azzardato, classificare i provvedimenti delle regioni in base a due grandi categorie: le regioni che hanno puntato principalmente sull'aumento del volume dell'offerta e le regioni che hanno approfittato del decreto sui tempi di attesa e in generale sulla organizzazione del sistema ambulatoriale specialistico per riorganizzare il settore.

La prima categoria di regioni ha sfruttato le opportunità indicate dallo stesso decreto legislativo attraverso l'incentivazione del personale, princi-

palmente quello medico, sia attraverso gli incentivi e obiettivi di risultato già previsti dal contratto nazionale di lavoro precedente (quello nuovo è stato firmato proprio ieri) o addirittura incentivi ulteriori consentiti dal decreto, sia attraverso l'«acquisto» di prestazioni dai propri medici in libera professione *intra moenia* per conto dell'azienda configurando una sorta di libera professione in cui il committente non è il singolo paziente ma è l'azienda che decide di trasferire una parte della sua attività istituzionale in attività in libera professione *intra moenia*, disciplinata evidentemente dal tariffario valido per il Servizio sanitario nazionale. Questi interventi sono stati adottati dalla maggioranza delle regioni, ma alcune li hanno adottati in via esclusiva.

Le poche evidenze acquisibili dall'analisi delle esperienze internazionali suggeriscono che questi interventi di aumento del volume di attività producono dei risultati nel breve periodo, ma si accompagnano quasi inevitabilmente ad un allungamento anziché ad un abbattimento dei tempi di attesa semplicemente perché il meccanismo, di fronte ad un aumento dell'offerta, provoca un abbassamento delle soglie di invio dei medici di medicina generale e degli altri livelli del servizio sanitario alla consulenza specialistica o all'espletamento di accertamenti diagnostici. Da questo punto di vista, è difficile ottenere risultati duraturi sul fenomeno delle liste di attesa agendo soltanto sul lato dell'offerta e questo comporta comunque un aumento dei costi degli aumentati volumi di attività.

Può essere quindi più interessante analizzare gli interventi di alcune regioni che hanno approfittato della necessità di intervenire sul fenomeno delle liste di attesa per cercare di agire sia sullo *stock* dei pazienti in attesa sia sui nuovi pazienti che entrano in lista di attesa, agendo sui criteri di ingresso, sia sui pazienti che escono dalle liste di attesa.

Le evidenze di tutto il mondo suggeriscono che permangono in lista di attesa diverse categorie di pazienti che non necessitano della prestazione per la quale si sono prenotati. Questo non solo per motivi clinici, ma anche per motivi logistico-organizzativi. Ad esempio, nei diversi paesi è sorprendentemente frequente (attorno al 10-20 per cento) che pazienti iscritti nelle liste non si presentino per l'erogazione della prestazione perché hanno ottenuto altrove la prestazione. Questo ovviamente avviene non per importunare il sistema sanitario ma per una reazione difensiva di fronte ai lunghi tempi di attesa che normalmente il sistema dell'offerta oppone al paziente. Pertanto ci si iscrive in più liste di attesa che afferiscono a diversi laboratori o servizi, creando una condizione di appesantimento e falsando gli effettivi tempi di attesa. In questo modo si crea anche una dissipazione di risorse nel caso in cui, come normalmente accade, il tempo dedicato al trattamento dei pazienti sia allocato per *stock* di ore rispetto ai pazienti assegnati ad una determinata sessione ambulatoriale.

Per questo motivo alcune regioni hanno istituito il cosiddetto *overbooking*, tristemente famoso per chi prende l'aereo, che comporta degli effetti collaterali dal momento che non è sempre facile convincere i colleghi medici a soddisfare un numero di pazienti superiore rispetto a quello compatibile con gli orari di attività ambulatoriale, che entra in competizione

con il tempo da dedicare alle degenze, così come è quasi impossibile convincere un paziente che è stato prenotato per quel giorno dell'imprevisto verificatosi essendosi presentate tutte le persone prenotate.

Questo strumento è indubbiamente utile, ma presenta parecchi effetti collaterali. Per una corretta gestione delle liste di attesa e anche della qualità totale è raccomandabile piuttosto mantenere il contatto con i pazienti dal momento dell'iscrizione a quello della presentazione, verificando nel tempo la necessità del paziente di fruire della prestazione per la quale si è iscritto nella lista, così come è avvenuto nell'esperienza britannica nella sua campagna di abbattimento delle liste di attesa.

Questo ha un effetto generale di «fidelizzazione» del paziente, dimostrando nei suoi confronti un atteggiamento di attenzione (fa sopportare meglio l'attesa perché si ha l'idea di non essere completamente dimenticati), e permette di stimare con maggiore precisione quali sono i pazienti che non hanno più bisogno della prestazione, pur non avendo avuto soddisfazione presso la struttura nella quale si erano prenotati. Tutto ciò è evidentemente costoso perché richiede del personale dedicato a questo.

Ma il sistema di gestione delle liste di attesa, se attuato propriamente, richiede di necessità una pulizia periodica delle liste per togliere questa porzione di pazienti e quindi è un costo inevitabile da sopportare. Questo per quanto riguarda uno degli esempi più ovvi di uscita dalle liste di attesa non dovuto all'erogazione della prestazione.

Per quanto riguarda invece i criteri di ingresso nelle liste, un altro dei problemi frequentemente riscontrati è quello dei criteri di eleggibilità per l'immissione in una lista di attesa dal punto di vista amministrativo-gestionale (sto di nuovo volutamente eliminando tutti i problemi di appropriatezza clinica che hanno invece altre dimensioni, altre determinanti). Accade normalmente che all'interno delle liste d'attesa siano inseriti pazienti che devono tornare per visite periodiche nell'ambito di programmi di *follow up*; questi pazienti entrano in competizione diretta con le «prime visite» dei pazienti esterni, anche se hanno una priorità relativamente bassa, producendo l'effetto di inflazionare i tempi di attesa apparenti per il solo fatto di essere immessi nelle liste di attesa, ad esempio, a sei mesi di distanza dall'accesso effettivamente programmato, perché l'indicazione clinica è quella di farsi rivedere dopo sei mesi. Da questo punto di vista la pratica di concludere la propria visita rinviando il paziente a sei mesi oppure ad un anno in alcuni casi – sto pensando ad esempio al glaucoma – ed iscrivere immediatamente il paziente per la visita nel momento in cui essa viene richiesta è un fattore potentissimo di distorsione della stima effettiva dei tempi di attesa dei pazienti, perché evidentemente questi sono pazienti per i quali è clinicamente inappropriata una chiamata più rapida rispetto a quanto è previsto. Per questo motivo, molto opportunamente, alcune regioni hanno definito i loro criteri iniziando da quelli di esclusione dei pazienti dalle liste di attesa, specificando come tutte le domande di accesso ai servizi ambulatoriali aventi origine all'interno dell'amministrazione debbano essere gestite separatamente, anche dal punto di vista organizzativo, rispetto alle richieste di pa-

zienti che provengono dall'esterno. Un altro esempio classico: in questo caso (ci troviamo qui alla soglia fra le motivazioni cliniche e quelle amministrative, ma è un esempio dell'effetto perverso dei lunghi tempi di attesa) è la pratica dei clinici di iscrivere nelle liste di attesa pazienti per i quali non esistono ancora le indicazioni cliniche per eseguire un determinato trattamento, condizioni che però probabilmente matureranno nel momento in cui il paziente emergerà all'effettivo trattamento. Ciò avviene tipicamente per alcuni interventi chirurgici in ricovero elettivo: interventi ad esempio di ernia discale oppure di cataratta sono tipicamente caratterizzati dall'inserimento del paziente in lista di attesa senza una valutazione preventiva dell'effettiva necessità di intervento del paziente stesso, nella presunzione che l'anno o i due anni che separano il momento della prenotazione del paziente da quello dell'effettivo intervento, considerata la storia naturale della malattia, porteranno detto paziente a maturare le condizioni per l'intervento. Anche questa evidentemente è una reazione di adattamento ad una situazione di lunghi tempi di attesa; sotto questo profilo il fine è assolutamente nobile ed anche funzionale rispetto agli obiettivi, ma del tutto disfunzionale rispetto alla gestione generale del sistema.

Inoltre, come dicevo, occorre considerare la questione dei criteri di eleggibilità dei pazienti su base clinica. Da questo punto di vista devo dire che poche regioni – fra queste l'Emilia Romagna – hanno sfruttato l'opportunità del capo VI dell'attuale Convenzione unica dei medici di medicina generale relativa ad accordi regionali per cercare di favorire nell'ambito dei meccanismi di *budget* in medicina generale l'elaborazione di protocolli condivisi fra medici di medicina generale e specialisti. Ciò offre una doppia opportunità: la prima è quella di essere più laschi sulla possibilità che i medici di medicina generale prescrivano direttamente taluni accertamenti diagnostici che in alcune situazioni sono subordinati all'effettuazione di una visita specialistica, con un ovvio effetto di riduzione della pressione sulla richiesta di visite specialistiche – sto pensando alla cardiologia e ad alcune prestazioni correlate, come l'ecodoppler – che soltanto se disciplinate con protocolli condivisi, in ragione della rarità della risorsa e della relativa delicatezza delle indicazioni, possono prevedere una prescrizione diretta da parte del medico di medicina generale senza una preventiva valutazione da parte dello specialista. Il secondo effetto del protocollo condiviso è evidentemente quello di un contenimento nella quantità di prescrizioni, autotutelato dall'autonomia professionale e dalle competenze messe in campo anche per effetto del supporto degli specialisti.

Un altro effetto importante – in proposito ho scritto alcune note che lascio agli atti della Commissione per rendere più breve la mia pur lunga relazione introduttiva – e molto positivo di questa collaborazione è la possibilità di stabilire dei criteri di priorità per quanto riguarda l'inserimento dei pazienti nelle liste di attesa.

Una breve premessa: la storia degli interventi sulle liste di attesa dimostra che, all'interno dei sistemi sanitari pubblici quanto meno, esse sono un fenomeno persistente, qualcosa con cui in qualche misura si

deve convivere. Nessun progetto dei numerosi elaborati in Gran Bretagna e negli altri paesi europei si è mai proposto l'eliminazione delle liste di attesa, ma piuttosto il contenimento entro tempi considerati socialmente accettabili. Si tratta evidentemente di una decisione squisitamente politica, che discende anche dal tipo di sistema sanitario vigente. Una volta assunto questo, il problema è se affidarsi al principio secondo cui il primo a chiedere è il primo ad essere servito, oppure se, all'interno di tempi di attesa socialmente accettabili, prevedere comunque dei criteri di prioritizzazione dei pazienti nell'ambito della lista di attesa; questo vale principalmente per i ricoveri. Credo che alcuni dei senatori conoscano i sistemi di prioritizzazione di numerosi paesi relativamente, ad esempio, alla cardiocirurgia, basati sulla gravità clinica del paziente ovvero su elementi negativi; hanno fatto molto scalpore alcuni criteri adottati in alcuni luoghi della Gran Bretagna.

Mi riferivo precedentemente alla possibilità di una collaborazione fra medici di medicina generale e specialisti ambulatoriali nell'ambito di protocolli diagnostici e terapeutici. Lo scopo è anche quello di garantire, attraverso interventi di prioritizzazione dei pazienti con riferimento al loro inserimento nelle liste di attesa, la minimizzazione dei possibili effetti clinici negativi dei tempi di attesa, fatto salvo evidentemente il problema delle urgenze e delle «urgenze differibili» alle quali ho accennato.

Questo è il quadro della situazione descritto a grandi linee, illustrato più dettagliatamente nella memoria scritta che consegno alla Commissione, rispetto alla quale mi sono comunque permesso di aggiungere alcune riflessioni in questa sede.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Taroni per la sua esposizione e do la parola al dottor Braga, direttore del laboratorio sistemi di qualità in sanità dell'Istituto dermatologico dell'Immacolata (IDI) di Roma.

BRAGA. Ringrazio il Presidente e i senatori presenti. Dopo l'intervento del dottor Taroni, potrò aggiungere poco.

In primo luogo vorrei chiarire che, dopo la mia permanenza nell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, sono andato a lavorare in un contesto che mi ha permesso di analizzare meno quel che è accaduto a livello nazionale nel settore oggetto dell'audizione odierna, dato che l'Istituto presso il quale lavoro si occupa di un aspetto limitato come la dermatologia.

Il mio contributo di allora alla Commissione di inchiesta che si occupava anche delle liste di attesa era stato di tipo metodologico, poiché mi occupavo di biostatistica e il mio ruolo era quello di definire un protocollo di ricerca per tentare di rispondere in maniera appropriata ai quesiti della Commissione.

Finora si è fatto sostanzialmente riferimento alle norme. Non mi risulta che esista alcuna rilevazione specifica dopo l'indagine della Commissione d'inchiesta sullo stato delle liste di attesa e dei tempi di attesa a livello nazionale. Ci sono delle esperienze in corso, alle quali si è fatto

riferimento. L'Istat ha condotto delle indagini «multi-scopo». Noi abbiamo fatto riferimento all'indagine del 1991, ora è stata pubblicata anche quella del 1994 ed è in programma un'indagine sullo stato di salute degli italiani per il 1999.

Le altre due ricerche relative a tale problematica sono quelle finanziate dal Ministero della sanità: la prima della regione Lazio e la seconda della provincia autonoma di Bolzano. In entrambi i casi l'obiettivo è quello di valutare le condizioni, le modalità di gestione e le dimensioni delle liste di attesa considerando i tempi non in modo generico, come è avvenuto durante l'indagine precedente, per struttura e per specialità, ma a livello di singola procedura e di singolo servizio.

Non ho altro da aggiungere e rimango a disposizione per specifiche domande.

PRESIDENTE. Invito i senatori a formulare eventuali quesiti.

MIGNONE. Ho apprezzato molto la relazione dettagliata del dottor Taroni. Egli ha concluso con una osservazione interessante affermando che nessun paese si è posto il problema di ordine politico di eliminare le liste di attesa.

Quale sarebbe il metodo più efficace per abbattere le liste di attesa da parte del potere politico al fine di rispondere ad una esigenza molto avvertita dalla popolazione?

CAMERINI. La puntuale e dettagliata relazione del dottor Taroni merita qualche considerazione. Se ne può dedurre che la lunghezza delle liste di attesa deve imporre uno sforzo per la risoluzione del problema anche se qualcuno le considera un sistema, sia pure perverso, di razionalizzazione delle prestazioni sanitarie. Esiste poi una componente psicologica che io considero deteriore, che tuttavia serpeggia nel mondo medico: liste di attesa come indicatore di pseudo prestigio.

Per quanto riguarda i dati relativi all'Italia, conoscevo sommariamente i dati Istat, poi ho avuto occasione di osservare i dati riferiti dalla Commissione d'inchiesta nella legislatura precedente. In verità, pur essendo ben lontano dal colpevolizzare il sistema che ha portato a tale risultato, quei dati sono molto modesti e ciò probabilmente è dovuto alla chiusura anticipata della legislatura.

È stato ricordato che noi possiamo adottare delle soluzioni organizzative per aumentare il volume dell'offerta sia attraverso meccanismi di incentivazione sia aumentando l'attività professionale *intra moenia*. Quest'ultimo sistema crea ulteriori difficoltà all'interno delle aziende nel quale è stato attivato? Sempre per quanto riguarda il volume dell'offerta: qual è stato l'effetto sui tempi di attesa nelle regioni dove l'offerta si è dilatata in maniera incontrollata?

In relazione alla riorganizzazione del settore, il dottor Taroni ci ha ricordato il fenomeno dell'*overbooking*, i maggiori contatti con il paziente e altro, ma nulla ha detto sul problema del controllo sull'appropriatezza

delle indicazioni. Mi rendo conto che per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali la questione è più complessa, ma per quanto riguarda la lista per i ricoveri, che non mi pare rientri nel decreto citato, quali sono i meccanismi che permetterebbero di controllare meglio l'appropriatezza sia dell'immissione dei pazienti nelle liste di attesa sia delle stesse prestazioni erogate?

Tutti ricordano quanto è successo per le camere iperbariche, rispetto alle quali è emerso che le indicazioni per cui tale trattamento veniva consigliato erano per lo meno opinabili.

DE ANNA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, permettetemi innanzi tutto di ringraziare i nostri ospiti per la chiarezza delle loro relazioni concernenti la problematica delle liste di attesa e di formulare al dottor Taroni i migliori auguri di buon lavoro.

Vorrei rivolgere al dottor Taroni due domande, la prima delle quali relativa ai ricoveri in regime elettivo. È vero che i posti letto sono stati diminuiti dal 6 al 5 per mille, ma con l'introduzione del Drg è aumentato notevolmente il volume delle prestazioni che le aziende sono in grado di erogare, per cui il rapporto fra la diminuzione dei posti letto ed il volume delle prestazioni erogate dovrebbe essere positivo; tutti ci saremmo aspettati una diminuzione o addirittura una scomparsa delle liste di attesa. Questo però non si è verificato; il sistema secondo me è inficiato proprio dal meccanismo perverso del Drg che fa sì che le aziende abbiano sempre più bisogno di mettere in lista di attesa per poi portare in regione più prestazioni e più Drg. A mio avviso, quindi, se non verrà regolato con altri meccanismi il rapporto tra volume di prestazioni, Drg e rimborso, assisteremo ad un incremento, anziché ad una riduzione, delle liste di attesa; questo per quanto riguarda i ricoveri in regime di elezione. Vorrei conoscere il parere dei nostri ospiti su questo punto.

Per quanto riguarda in secondo luogo le prestazioni ambulatoriali (*day hospital*, *day surgery*, e via dicendo), è chiaro che se una prestazione è urgente per legge viene erogata quasi sempre subito; mi riferisco però alle prestazioni «indifferibili», che bisogna espletare nel giro di due o tre giorni, e a quelle «programmabili», dove mediamente si attende dai 30 ai 60 giorni, arrivando talvolta ai 180 giorni.

Ebbene, sicuramente le liste di attesa per questo tipo di prestazioni a mio modo di vedere potrebbero essere in breve tempo eliminate se si agisse in termini di investimenti sulle strutture, sulle apparecchiature, sul personale e sulla dilatazione dell'orario di lavoro; per esempio, la Tac invece di 8 ore dovrebbe lavorare 18 ore. Evidentemente questo problema non può essere risolto finché non si attua una adeguata politica di investimenti. Quindi, o il Ministro riesce ad ottenere uno stanziamento adeguato per tali investimenti, oppure il problema è di difficile soluzione.

PRESIDENTE. Anch'io vorrei formulare alcune osservazioni sul tema in discussione.

Che esista il problema delle liste di attesa è comprovato da molte analisi che sono state fatte; giustamente il dottor Braga ricordava che probabilmente l'unica oggettiva ed attendibile rimane ancora l'inchiesta condotta a suo tempo. Il problema però è davanti agli occhi di tutti, lo si può sperimentare di persona recandosi, ad esempio, ad un pronto soccorso e richiedendo una prestazione. Su questa situazione indubbiamente hanno agito i fattori che sono stati ricordati, vale a dire una domanda di salute che è sempre più elevata, con una offerta di prestazioni di alta specializzazione, qualche volta giustificata altre volte no, ma comunque esistente, ed inoltre una popolazione che invecchia e che quindi aumenta i propri bisogni decisamente concreti di salute.

Esiste certamente un problema di tempi di attesa, di liste di attesa, che, come ha ricordato il dottor Taroni, è presente in tutta Europa, anche se mi si consenta di dire che in tutta Europa è più netto il margine tra quello che è urgente e quello che invece è ordinario, tra ciò che si definisce «salvavita», come si suol dire al giorno d'oggi, e ciò che può determinare soltanto un miglioramento della qualità della vita. Vi è tutta una serie di provvedimenti in proposito – il vecchio piano sanitario nazionale, la legge n. 724 del 1994, la «Carta dei servizi» del 1995, ora il decreto legislativo n. 124 del 1998, istitutivo del «sanitometro», e poi ancora il piano sanitario nazionale attuale – i quali però hanno poco inciso in concreto sul contenimento delle liste. Essi inoltre comportano – e su questo vorrei proprio sentire il parere del dottor Taroni – una difficile lettura omogenea del fenomeno, in quanto risulta per esempio che la gestione delle liste è differente da zona a zona o addirittura inesistente. Vi è poi il problema dell'*overbooking* nelle diverse zone d'Italia, ed inoltre sono estremamente differenti i protocolli di accesso, regolati più sulla estemporaneità individuale che non su un sistema oggettivo di verifica di qualità delle cure. Ma soprattutto non esiste una revisione periodica di queste liste; per esempio, non si sa quante persone muoiano mentre sono in lista di attesa; non esiste neanche una educazione delle persone in questo campo perché – lo hanno ricordato giustamente il senatore Camerini e lo stesso dottor Taroni – nel timore di non ricevere la prestazione in certi tempi, se ne fa richiesta a più parti, ci si rivolge anche al canale improprio, con il tipico intasamento del pronto soccorso che tutti conosciamo.

Per quanto riguarda le possibili soluzioni, a me pare molto limitativo quanto è posto in atto adesso con il famoso decreto legislativo n. 124 del 1998, in quanto esso si occupa solo di tre aspetti: la diagnostica laboratoristica, le visite specialistiche, la *day surgery*. Quest'ultimo peraltro è un metodo molto sviluppato in Europa, per cui le prestazioni chirurgiche vengono effettuate quasi al 60 per cento in questo modo, ma in Italia stenta ancora a decollare per insufficienza di mezzi, di strutture e di capacità informativa dei medici.

Non esiste ancora, quindi, la possibilità di comprendere altri fenomeni che sicuramente non trovano una chiara spiegazione. Per esempio, vi sono lunghe liste di attesa per visite e prestazioni di base che dovrebbero essere invece facilmente esaudite; ricordo che le quattro prestazioni

principalmente richieste a livello nazionale sono le visite specialistiche in ortopedia, ginecologia, otorinolaringoiatria e oculistica, e questo è un fenomeno diverso da quello che si riscontra in Europa.

Tutti questi, quindi, sono fattori che dovrebbero essere sviluppati in nuove proposte; in particolare, il sistema della gestione complessiva delle prestazioni dovrebbe consentire un'analisi corretta ed un monitoraggio continuo sia per quanto riguarda le analisi sia per quanto riguarda i ricoveri; gli interventi di educazione dovrebbero non solo spiegare quali sono le patologie e le soluzioni di esse, ma anche indicare i problemi che sono essenziali per la vita rispetto a quelli opportuni per il miglioramento della qualità della stessa; occorrerebbe un sistema di incentivazione – quindi non solo sanzionatorio – per sviluppare alcune specialità in cui siamo estremamente carenti: innanzitutto la diagnostica per immagini e la medicina di anestesia e rianimazione, che rappresentano due punti cruciali che creano un «collo di bottiglia». Occorre sviluppare le discipline che consentono di affrontare meglio le patologie di sicuro peggioramento in futuro, come quelle oncologiche, quelle cardiovascolari (dove siamo molto indietro rispetto agli altri paesi europei). Inoltre occorre sviluppare il settore dei trapianti, dove mancano leggi elementari, e quello della dialisi e degli emodializzati.

Credo che su questo terreno la Commissione d'inchiesta, oltre a muoversi nel settore dell'analisi, affidata al senatore Camerini, che senz'altro trova in questo come in altri un momento di crescita dell'indagine e di acquisizione di documentazione, debba formulare anche delle proposte. Altrimenti sarebbe frustrante (si è accennato alla legislatura precedente, ma anche questa è ormai in fase avanzata) ritrovarsi a fare sempre gli stessi discorsi.

BRUNI. Ho ascoltato attentamente la relazione dei dottori Taroni e Braga, nonché gli interventi dei colleghi. Ho seguito anche le ultime interviste televisive sulle liste di attesa, nelle quali si evidenziava anche che con l'introduzione del Drg, (*Diagnosis related group*) è aumentato il numero delle prestazioni.

Rilevo che esistono forti differenze tra servizio pubblico e servizio privato, che ritengo dipendano molto da chi comanda, cioè dai direttori generali. Non prevederei sanzioni quanto piuttosto dei premi incentivanti. Se un direttore generale avesse un rapporto diverso anzitutto con il personale medico, a cominciare dai primari, questo potrebbe aiutare moltissimo anche se non potrebbe risolvere tutti i problemi. Inoltre bisogna prevedere in ambito ospedaliero dei contratti quasi di tipo privatistico.

Questi due fattori potrebbero risolvere in parte i problemi che riscontriamo sia per quanto riguarda le analisi sia per quanto riguarda i ricoveri.

Un altro discorso da affrontare – credo sia stato trattato dal relatore – è quello dei medici di base. Non è possibile che tanti pazienti abbiano bisogno di effettuare delle Tac o delle ecografie. Capisco che si tratta di indagini strumentali sicuramente utili, a volte indispensabili, ma credo occorra rivalutare il momento della diagnosi, ricorrendo alla palpazione e

auscultando il paziente. Una emorragia interna spesso si può diagnosticare anche senza un esame ecografico o una Tac.

Occorre rivalutare il ruolo del medico di base o meglio del medico di medicina generale, pur evidenziando che una parte di responsabilità è attribuibile alla classe medica.

Bisogna prendere esempio dal privato dove un'apparecchiatura per effettuare tomografie assiali computerizzate viene utilizzata per 12-14 ore al giorno, mentre nel Servizio sanitario nazionale ci si comporta diversamente. Occorre prendere atto che la colpa è anche degli operatori sanitari.

MONTELEONE. Senatore Bruni, non credo sia il caso di concentrarsi sulle colpe dei medici, si tratterebbe di una criminalizzazione del tutto superficiale.

Alla luce di quanto sta succedendo non si impone forse una diversa organizzazione del lavoro? Potrebbe apparire un dato solo di natura sindacale, mentre ritengo importante una diversa organizzazione del lavoro e un diverso approccio nelle cure ospedaliere.

L'entità delle liste di attesa mette in discussione l'attuale organizzazione, che non può essere regolata dal presente regime legislativo.

Per ragioni di tempo ometto di affrontare questioni già trattate e sulle quali sono d'accordo.

LAURIA Baldassare. Esprimo apprezzamento per la relazione del dottor Taroni. È senza dubbio molto importante che anche tramite un decreto legislativo si sia voluto affrontare il problema delle liste di attesa, che prima veniva valutato superficialmente.

Da quanto esposto, ma anche in base all'esperienza quotidiana, appare chiaro che i tempi delle liste di attesa per i ricoveri sono diminuiti. Questo vuol dire che qualche soluzione è stata trovata.

Invece per quanto riguarda le liste di attesa per le prestazioni specialistiche, mi riallaccio a quanto ha detto il Presidente, condividendo pienamente le sue valutazioni. Bisogna individuare esattamente quali sono le visite specialistiche che comportano lunghe liste di attesa per potenziare le strutture sanitarie relative in modo da diminuire al massimo i tempi. Sono stati richiamati i settori dell'oculistica, dell'otorinolaringoiatria, della diagnostica strumentale. Tutti sappiamo che per effettuare ad esempio una risonanza magnetica ci sono delle lunghe liste di attesa che spingono i cittadini a rivolgersi al settore privato.

Ringrazio comunque per le relazioni molto puntuali che hanno anche evidenziato quali regioni si siano attivate per risolvere questo problema, tra cui anche la mia, la Sicilia.

PRESIDENTE. Do la parola al dottor Taroni, facendo presente che purtroppo non è molto il tempo a disposizione. Comunque, qualora lo ritenga necessario, egli potrà inviarci una ulteriore nota scritta.

TARONI. Signor Presidente, poichè ho già consegnato alla Commissione una memoria dettagliata affronterò soltanto alcuni degli aspetti sollevati.

Sulla questione assai complessa della eliminazione o diminuzione delle liste di attesa e di quali sistemi possano essere utili a tale fine, gli analisti considerano strettamente connessi i temi delle liste di attesa e dell'esclusione dell'accesso al sistema. La letteratura è piena di dissertazioni estremamente sofisticate sulla traduzione quantitativa dei 44 milioni di americani senza assicurazione, secondo gli analisti, per permettere agli altri di avere accesso diretto e immediato, a domanda, ai servizi. È un modo di affrontare il problema che sicuramente evidenzia, dal punto di vista della politica sanitaria, il *trade-off* tra il problema dell'attesa per l'accesso rispetto all'esclusione totale dall'accesso al sistema, come limite all'attesa. Quello che gli analisti evidenziano è che l'esclusione dal sistema è l'attesa infinita di accesso. È una tesi molto interessante che si può discutere.

MIGNONE. Non è una politica che ci interessa.

TARONI. Intendevo evidenziare i pericoli del concentrarsi esclusivamente sull'aumento dei volumi di attività (questo era il mio fine) per enfatizzare invece la necessità degli interventi sia relativamente alla domanda, non solo su quella espressa spontaneamente dal cittadino, ma anche su quella mediata principalmente dal medico di medicina generale, che agli aspetti organizzativi e gestionali dell'assistenza ambulatoriale, inclusa la gestione del sistema informativo, che comprende anche la gestione delle liste di attesa. Questo è il riferimento contenuto nei protocolli condivisi tra medici di medicina generale e specialisti e questa è probabilmente la via, o almeno una delle strade possibili in questo momento, per affrontare tale tema. Ciò comprende anche un allargamento dei compiti e delle competenze, nel senso tecnico del termine, del medico di medicina generale e quindi anche della sua formazione. Questo era quanto volevo sottolineare soprattutto in riferimento alle osservazioni del senatore Cemerini rispetto alla necessità di intervento sulla domanda e sulla appropriatezza delle prescrizioni.

Quando ho parlato di ineliminabilità del problema delle liste di attesa non ho chiarito sufficientemente il fatto che comunque ci sono ampi margini di abbattimento degli attuali tempi di attesa, anche a parità di risorse, intervenendo primariamente sugli aspetti organizzativi della specialistica ambulatoriale. Infatti, sono stati fatti molti interventi sull'assistenza ospedaliera in regime di degenza e la cenerentola attuale è la specialistica ambulatoriale sia in termini di competenza e qualificazione degli operatori che per quanto riguarda il sistema informativo, che comprende anche i sistemi di prenotazione e di gestione delle liste di attesa.

Da questo punto di vista siamo praticamente all'anno zero e quindi anche le informazioni che potremo raccogliere relativamente agli effetti degli interventi sulle liste di attesa saranno parziali in quanto, come molto opportunamente ha affermato il Presidente, confrontare i tempi di attesa

tra regioni o addirittura tra aziende della stessa regione con una disparità nei criteri di gestione, nei criteri di ingresso, e così via, è sicuramente un azzardo che non permette una verifica reale dal momento che le possibilità di distorsione in questa situazione sono grandissime.

Ritengo pertanto che un intervento assolutamente prioritario debba riguardare l'assetto organizzativo dell'assistenza specialistica ambulatoriale e, all'interno di questo del suo sistema informativo. Occorre qualcosa di simile a quello che considero l'aspetto più positivo nell'esperimento dei Drg, cioè il fatto di aver dato visibilità al contenuto dell'attività assistenziale in regime di degenza e di aver creato un sistema informativo che ci permette di documentare quanto è poi emerso legato ad altri problemi, come l'uso dei Drg quale sistema di finanziamento.

Un'ultima osservazione riguarda quella che preferirei chiamare la riconversione dell'offerta e cioè la selezione delle prestazioni che devono essere offerte al fine anche di abbattere i tempi di attesa. I criteri di priorità sono necessariamente quelli dell'efficacia clinica delle prestazioni e, contemporaneamente, dei tempi di attesa delle prestazioni che vengono considerate efficaci. L'esempio classico, citando quanto avvenuto nella mia regione, è la sostituzione di talune prestazioni di fisiochinesiterapia non supportate da evidenza di efficacia a fronte invece di un aumento di mammografie, che invece erano gravate da lunghi tempi di attesa e sono sicuramente di efficacia provata.

Per quanto riguarda il personale, che è il punto finale cui approdiamo ogni volta, mi sembra che il tema della contrattazione decentrata, aumentando la sensibilità rispetto alle necessità e alle peculiarità locali, e quello dell'aumento della quota di compenso legato ad obiettivi siano due scelte nella direzione giusta rispetto alla modificazione degli assetti organizzativi.

PRESIDENTE. Ringrazio gli ospiti intervenuti per il contributo che hanno offerto alla Commissione.

Dichiaro conclusa l'audizione e rinvio il seguito dei lavori ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 16,30.

