

SENATO DELLA REPUBBLICA
XIII LEGISLATURA

Doc. XXII-bis
n. 1
Allegato 3

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA
SUL SISTEMA SANITARIO**

(Istituita con deliberazione del 3 aprile 1997)

Inchiesta sulle liste di attesa

RELAZIONE FINALE

Relatore sen. FULVIO CAMERINI

*Approvata dalla Commissione nella seduta
del 15 luglio 1999*

I N D I C E

1. INTRODUZIONE.	<i>Pag.</i>	5
1.1. Premessa	»	5
1.2. La normativa di riferimento in Italia.	»	5
2. LE RICERCHE ESISTENTI SULLE LISTE DI ATTESA IN ITALIA	»	7
2.1. L'indagine multiscopo dell'Istat (1994)	»	7
2.2. L'indagine della Commissione parlamentare d'inchiesta sulle strutture sanitarie (XII legislatura - 1996).	»	8
2.2.1. I risultati dell'indagine.	»	9
3. LE AUDIZIONI SVOLTE DALLA COMMISSIONE.	»	10
4. CONSIDERAZIONI E PROPOSTE	»	12
4.1. Proposte per il Ministero della sanità	»	14
4.2. Proposte per le Regioni	»	15

1. Introduzione

1.1. Premessa

Il problema delle liste di attesa investe tutti i Paesi, prevalentemente quelli industrializzati, dove la domanda di servizi e prestazioni sanitarie è in costante aumento per una serie di ragioni, tra le quali:

- il miglioramento progressivo della qualità della vita, al quale si associa una maggiore attenzione ai problemi della salute;
- le modificazioni demografiche con l'incremento dei soggetti anziani, per i quali il consumo di risorse è maggiore che nelle altre fasce di popolazione;
- l'offerta di servizi sempre più all'avanguardia con l'utilizzo di nuove e sofisticate tecnologie.

Il costante aumento delle liste di attesa, sia per le visite specialistiche e gli accertamenti diagnostici sia per i ricoveri ospedalieri, non può essere risolto esclusivamente attraverso un aumento dell'efficienza delle strutture erogatrici se non vengono, contemporaneamente, individuati strumenti di controllo circa l'appropriatezza della domanda e se il problema, nel suo complesso, non viene studiato nel più ampio scenario dell'organizzazione dei Sistemi sanitari dei diversi Paesi, al fine di individuare, anche per le forti implicazioni economiche che la presenza di lunghi tempi di attesa comporta, interventi di politica sanitaria idonei a contenere il fenomeno.

1.2. La normativa di riferimento in Italia

I provvedimenti legislativi riguardanti le liste di attesa sono i seguenti:

1) il Piano sanitario 1994-96 così stabilisce circa la riduzione dei tempi di attesa per le attività ambulatoriali: «i valori di riferimento proposti devono essere intesi quali linee di tendenza: per le indagini di laboratorio, esecuzione entro 48 ore, fatti salvi esami che per ragioni tecniche vengono eseguiti con periodicità programmata e le situazioni di urgenza; per la diagnostica per immagini, salvo urgenze, esecuzione entro 5 giorni; per le visite specialistiche e la diagnostica strumentale, salvo urgenze, esecuzione entro 7 giorni»;

2) la legge n. 724 del 1994 (articolo 3, comma 8), impone la tenuta «sotto la personale responsabilità del direttore sanitario, di un registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri ordinari. Tale registro sarà sog-

getto a verifiche e ispezioni da parte dei soggetti abilitati ai sensi delle vigenti disposizioni. Tutti i cittadini che vi abbiano interesse possono richiedere alle direzioni sanitarie notizie sulle prenotazioni e sui relativi tempi di attesa, con la salvaguardia della riservatezza della persona»;

3) la Carta dei servizi (decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 maggio 1995) istituisce un registro per i ricoveri ospedalieri nel quale sono definiti i tempi di attesa previsti dalla struttura, con l'obbligo di motivare gli eventuali scostamenti dagli obiettivi prefissati;

4) il decreto del Presidente della Repubblica n. 124 del 29 aprile 1998, sulla «Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449», il cosiddetto «sanitometro», si occupa del problema delle liste di attesa per le prestazioni di diagnostica strumentale, le visite specialistiche e i ricoveri diurni (*day hospital*), prevedendo che le regioni disciplinino i criteri secondo i quali i direttori generali delle Aziende determinano il tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta delle prestazioni e l'erogazione delle stesse. In caso contrario, sono previste «diffide» alle regioni e «idonee misure» a carico del direttore generale, mentre per quanto riguarda il versante delle proposte, si dispone di aumentare i tempi di effettivo utilizzo delle apparecchiature e delle strutture per incrementare la capacità di offerta delle aziende e di ricorrere all'erogazione della prestazione non soddisfatta entro i tempi prestabiliti in regime di libera professione intramuraria. In questo caso, i costi della prestazione debbono essere sostenuti, in parti eguali, dall'Azienda unità sanitaria locale di appartenenza dell'assistito e da quella dove è erogata la prestazione medesima. I limiti temporali stabiliti dalla legge per l'attuazione della normativa erano:

- entrata in vigore: 1 maggio 1998;
- emanazione dei criteri regionali per la definizione da parte dei Direttori generali dei tempi massimi di attesa: 31 luglio 1998;
- determinazione dei tempi massimi da parte dei Direttori generali: 30 giorni dall'entrata in vigore della direttiva.

Al 28 ottobre 1998, solo 12 Regioni hanno ottemperato alla legge;

5) la legge n. 419 del 30 novembre 1998 di «Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testounico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502», introduce la necessità di «definire un modello di accreditamento che le regioni devono attuare... anche al fine di consentire la tenuta e l'aggiornamento periodico dell'elenco delle prestazioni erogate e delle relative liste di attesa, per consentirne una facile e trasparente pubblicità»;

6) il Piano sanitario nazionale 1998-2000 pone il problema delle liste di attesa tra i «documenti di approfondimento» da elaborare;

7) la legge n. 448 del 1998 (finanziaria per il 1999), articolo 72, comma 11, stabilisce che «il direttore generale...è tenuto...altresì ad attivare misure atte a garantire la progressiva riduzione delle liste di attesa

per le attività istituzionali, sulla base di quanto previsto da un atto di indirizzo e coordinamento a tal fine adottato, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59».

2. Le ricerche esistenti sulle liste di attesa in Italia

I dati a disposizione sulla situazione delle liste di attesa in Italia sono pochi, disomogenei, spesso difficilmente interpretabili. Da una ricognizione su questi aspetti emergono, in particolare, due ricerche:

- 1) l'indagine Multiscopo dell'Istat «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari» del 1994;
- 2) l'indagine della Commissione parlamentare di inchiesta sul sistema sanitario (XII legislatura) del marzo 1996.

2.1. L'indagine Multiscopo dell'Istat (1994)

L'indagine è stata basata su interviste condotte su un campione rappresentativo della popolazione italiana ed ha dimostrato che il tempo medio di attesa dichiarato fra richiesta di ricovero e ammissione in ospedale è di 12,1 giorni a livello nazionale, con un *range* variabile tra 26,2 giorni in Piemonte e 3,5 giorni in Calabria. Rispetto ad indagini precedenti condotte rispettivamente nel 1983 e nel 1986, i tempi di attesa si sono andati allungando sensibilmente, mentre non sono stati registrati incrementi significativi tra l'indagine Multiscopo condotta nel 1990/91 rispetto a quella del 1994. I tempi di attesa risultano superiori per i laureati (19,9 giorni) rispetto ai cittadini con educazione elementare (13) o senza titolo di studio (6,8), anche se tali dati devono essere interpretati con le dovute cautele in quanto il numero maggiore di giorni di attesa potrebbe essere dovuto, nel caso dei laureati, al tipo di attività svolta od ancora ad un effetto età. Nell'indagine Multiscopo è stato affrontato anche il problema dei tempi di attesa per gli accertamenti diagnostici (mediamente 8,4 giorni, e comunque minori nel Sud e nelle isole 4,1 rispetto al Centro-Nord 10,4).

La validità dei dati forniti dall'indagine Multiscopo è garantita dai seguenti fattori:

- una numerosità campionaria di 20.571 famiglie per un totale di circa 70.000 individui distribuiti su 1.158 comuni;
- le risposte sono fornite direttamente dalle persone intervistate ad eccezione di una minoranza di casi (circa il 20%) prevalentemente bambini, anziani, portatori di *handicap* o persone assenti per l'intero periodo della rilevazione;
- l'indagine è stata condotta a cadenza trimestrale nei mesi di marzo, giugno, settembre e dicembre. Ciò ha permesso di tenere conto dei problemi di stagionalità dei fenomeni. Per agevolare il ricordo del rispondente sono stati utilizzati periodi di riferimento diversi secondo il tipo

di evento da rilevare: le informazioni sui ricoveri ospedalieri si riferiscono all'ultimo ricovero tra quelli effettuati nei tre mesi precedenti l'intervista, per gli accertamenti diagnostici le informazioni fanno riferimento all'ultimo eseguito tra quelli effettuati nelle ultime 4 settimane precedenti l'intervista.

2.2. L'indagine della Commissione parlamentare d'inchiesta sulle strutture sanitarie (XII Legislatura - 1996)

Gli obiettivi generali dell'indagine avviata dalla Commissione parlamentare di inchiesta sulle strutture sanitarie, istituita dal Senato della Repubblica nella XII Legislatura, sono stati i seguenti:

- 1) stimare la lunghezza e la numerosità delle liste di attesa a livello regionale e locale, a livello complessivo di ospedale e di reparto;
- 2) analizzare le attuali modalità di gestione delle liste di attesa e del loro impatto, sanitario e non, sui pazienti;
- 3) individuare i principali fattori associati e indicare possibili soluzioni.

Gli obiettivi specifici, invece, sono stati così individuati:

- 1) stimare la numerosità ed i tempi di attesa per il ricovero ospedaliero di alcune condizioni cliniche selezionate in un gruppo di strutture ospedaliere inserite in un campione prescelto;
- 2) descrivere le modalità di gestione delle liste di attesa prevalenti;
- 3) analizzare i fattori associati alle lunghe attese, relativi al paziente (età, sesso, classe sociale, disponibilità di una assicurazione privata), all'istituzione (caratteristiche generali e capacità produttiva) e alle modalità di gestione delle liste.

Per lo svolgimento dell'indagine la Commissione incaricò un gruppo di lavoro di consulenti esterni, coordinato dal dottor Francesco Taroni.

Il Rapporto preliminare elaborato dal gruppo di lavoro nel marzo 1996 riguarda esclusivamente le procedure di selezione del campione di ospedali e di reparti su cui è stata effettuata l'indagine nonché i principali risultati emergenti dall'analisi della numerosità dei pazienti in lista di attesa per alcune patologie e la relativa durata.

Il campione di strutture comprende ospedali pubblici e privati dotati di reparti di cardiocirurgia e cardiologia, oncologia, ortopedia, chirurgia generale e oculistica, mentre le patologie prescelte sono state la cataratta, le patologie dell'anca che hanno richiesto l'inserimento di protesi, le neoplasie del polmone, i linfomi, le patologie cardiache seguite da cateterismo cardiaco, *by-pass* coronarico o altri interventi (valvulopatie). Sono stati selezionati 132 ospedali, di cui 54 pubblici e 78 privati o «provvisoriamente accreditati». Solo 70 hanno partecipato fattivamente all'indagine compi-

lando in modo completo i questionari che sono stati loro inviati. I questionari sono stati 3, così suddivisi:

– questionario Q1, contenente le informazioni sulle modalità di gestione delle liste di attesa, compilato dalla Direzione sanitaria delle strutture prescelte;

– questionario Q2, individuale, compilato dai Capo sala delle unità operative relativo alle informazioni sulle principali caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei pazienti ricoverati in un preciso giorno prescelto per la rilevazione (giovedì 8 febbraio 1995) e sulle modalità del ricovero, compresi i tempi di attesa preospedalieri;

– questionario Q3, compilato dai pazienti ed inerente le modalità amministrative del ricovero, le informazioni ricevute al momento dell'iscrizione nelle liste di attesa, l'evolvere dello stato di salute durante l'attesa per il ricovero.

Nel Rapporto preliminare sono stati forniti i dati relativi a 46 ospedali che hanno inviato tutti e tre i questionari, e sono stati selezionati 1681 pazienti, principalmente ricoverati in cardiocirurgia e oculistica, di cui 1188 hanno deciso di compilare il questionario.

2.2.1. Risultati dell'indagine

Per quanto riguarda la diffusione della gestione delle liste di attesa è emerso che essa è prevalentemente svolta a livello di singola unità operativa negli ospedali pubblici (88%) e a livello centrale in quelli privati (73%), che utilizzano maggiormente sistemi informatici a differenza delle strutture pubbliche. Nessun ospedale ha dichiarato di effettuare verifiche periodiche di aggiornamento delle liste per accertare se i pazienti sono stati ricoverati in altre istituzioni, se sono deceduti o se le loro condizioni hanno subito un peggioramento in attesa del ricovero.

Dei 1188 pazienti che hanno compilato il questionario, solo il 28% ha dichiarato di provenire dalle liste di attesa, percentuale che scende al 25% nel settore privato, che ha però dichiarato in diversi casi di non avere liste di attesa. Il tempo di attesa medio per i ricoveri elettivi in oculistica è stato di 13.7 settimane nel pubblico e 8.9 nel privato, in cardiocirurgia, di 9 settimane nel pubblico e 3.3 nel privato.

In conclusione, pur con le dovute cautele, si può affermare che:

1) la gestione attiva delle liste di attesa non è molto diffusa e comunque sono assai scarsi i sistemi informatici, utilizzati maggiormente nelle strutture private rispetto a quelle pubbliche: grave appare il fatto che le liste non vengano sottoposte ad una verifica periodica (ad esempio, appare ignoto il numero di persone che escono dalle liste di attesa per altre ragioni), il che può portare a comunicare ai pazienti in lista di attesa tempi più lunghi per i ricoveri;

2) i tempi di attesa per i ricoveri nelle discipline considerate variano dalle 10 settimane nel settore pubblico alle 3 settimane nel settore

privato, ma va considerato che tali dati si riferiscono esclusivamente ai pazienti che comunque sono stati ricoverati;

3) le liste di attesa sembrano di maggiore durata al Nord rispetto al Centro-Sud, probabilmente quale effetto della maggiore capacità di attrazione degli ospedali del Nord;

4) per alcune patologie, cardiocirurgiche e oculistiche, i tempi di attesa nel settore privato sembrano minori che nel settore pubblico, anche se dovrebbero essere indagate le tecniche adottate per l'esecuzione degli interventi.

In conclusione, l'indagine in oggetto è stata impostata esclusivamente sulle liste di attesa per i ricoveri, mentre il problema delle liste di attesa riguarda, da una parte, il settore delle visite specialistiche e degli accertamenti diagnostici, dall'altra quella dei ricoveri, spesso strettamente correlati. Il Rapporto preliminare elaborato per la precedente Commissione di inchiesta ha prodotto una fotografia della realtà di alcune strutture ospedaliere pubbliche e private, dalla quale sono emersi risultati parziali da sottoporre ad ulteriore verifica e che in ogni caso non consentono deduzioni per comprendere più approfonditamente la realtà del fenomeno.

3. Le audizioni svolte dalla Commissione

Per approfondire le problematiche emerse, la Commissione ha ascoltato in audizione, il 21 gennaio 1999, gli estensori del Rapporto preliminare più volte citato, i dottori Mario Braga e Francesco Taroni, quest'ultimo coordinatore del progetto avviato dalla precedente Commissione d'inchiesta nella XII Legislatura cui il Rapporto si riferisce. Il dottor *Mario Braga* ha riferito i dati dell'indagine sottolineando il fatto che i limiti temporali assegnati al gruppo di lavoro cui era stata commissionata la ricerca e la fine della legislatura non hanno permesso di analizzare più approfonditamente i dati medesimi e di completare lo studio. Inoltre, l'analisi da parte della attuale Commissione di inchiesta dei questionari provenienti dalle strutture pubbliche e private, oggetto dell'indagine, non consentirebbe di aggiungere informazioni utili alla comprensione del problema in quanto:

1) l'indagine si è svolta nel primo anno di applicazione del sistema di pagamento a prestazione con il conseguente aumento dei volumi di attività, soprattutto nel settore chirurgico. L'incremento della produttività potrebbe avere indotto una riduzione dei tempi di attesa, in alcuni casi, un aumento della domanda in altri;

2) la riduzione del numero di posti letto, prevista dalla legge n. 382 del 1996 sulla ristrutturazione della rete ospedaliera che stabilisce 4,5 posti letto per acuti per mille abitanti ed 1 posto letto per mille abitanti per la riabilitazione e lungodegenza postacuzie, potrebbe avere inciso sulla distribuzione dei posti letto a livello regionale nelle diverse strutture ospedaliere con conseguenze non valutabili sulle liste di attesa.

Il dottor *Francesco Taroni* ha inizialmente illustrato lo stato di attuazione del decreto legislativo n. 124 del 1998 (sanitometro) attraverso l'analisi dei criteri elaborati dalle singole regioni che hanno deliberato in proposito, descrivendo il seguente scenario: nella maggior parte delle aziende sanitarie, i tempi massimi sono stati definiti per categorie di prestazioni, qualificate secondo l'urgenza o la tipologia. Le prestazioni sono state distinte in urgenti (da soddisfare entro 24, 48, 72 ore), urgenti differibili (3-7 giorni), programmabili (30-60 giorni). Queste ultime sono state a loro volta suddivise in categorie per specialità o per tipologia, escludendo, in alcuni casi, accertamenti pre o post ricovero. Le soluzioni organizzative per ridurre le liste di attesa sono state di tre tipi:

- 1) governo della domanda attraverso l'elaborazione di linee guida fra medici di medicina generale e medici specialisti;
- 2) razionalizzazione dell'offerta attraverso la selezione di priorità ed il pieno utilizzo delle dotazioni strumentali e delle risorse tecnologiche;
- 3) incentivazione del personale attraverso forme di remunerazione legate al risultato e l'espansione della libera professione, su richiesta dell'Azienda.

Tra le Regioni che maggiormente si sono adoperate per la risoluzione del problema c'è l'Emilia-Romagna che ha istituito Centri di servizi ambulatoriali (CAS) presso i distretti (sportello unico), con i compiti di coordinare le attività dei diversi ambulatori e del personale, comunicare le richieste urgenti, programmare gli accessi, coordinare le attività di rilevazione e verifica dei dati amministrativi. I CAS accolgono i pazienti prenotati attraverso i centri unici di prenotazione (CUP) e coordinano le agende delle prestazioni specialistiche dei diversi ambulatori. La regione ha poi sviluppato linee guida e protocolli diagnostico-terapeutici da parte dei medici di medicina generale per aumentare l'appropriatezza della richiesta delle prestazioni, dando indicazioni per lo sviluppo del sistema informativo.

Dall'esperienza della regione Emilia-Romagna emerge l'importanza tra l'altro dei centri unici di prenotazione, i CUP, l'esperienza di uno dei quali è stata riportata dall'ingegner *Raul Ragazzoni*, consulente capo progetto riorganizzazione CUP dell'Azienda USL di Modena e dal dottor *Claudio Vagnini*, responsabile del CUP della stessa azienda, ascoltati in audizione dall'attuale Commissione di inchiesta. Agli sportelli del centro dell'azienda sanitaria modenese avviene la prenotazione diretta e l'inserimento nelle liste di attesa e la gestione delle agende con il supporto di un apposito ufficio che organizza i calendari, sposta o cancella disponibilità, gestisce e «pulisce» le liste di attesa, attiva i servizi di segreteria telefonica. L'Azienda sanitaria di Modena ha cercato di agire su entrambi i lati dell'offerta e della domanda. Sul lato dell'offerta ha cercato di incrementare i volumi delle prestazioni, avvalendosi anche di produttori esterni (strutture accreditate), sul lato della domanda ha cercato di agire sull'appropriatezza attraverso la elaborazione di linee guida e protocolli concor-

dati tra medici di medicina generale e medici specialisti e la valutazione delle urgenze.

In conclusione, il materiale a disposizione della attuale Commissione di inchiesta appare alquanto insufficiente per una valutazione complessiva del problema legato alle liste di attesa. Il lavoro dalla precedente Commissione richiederebbe una nuova impostazione, alla luce di quanto rilevato nelle audizioni e dei recenti provvedimenti legislativi, tra i quali il decreto delegato attuativo della legge delega n. 419 del 1998. Per queste ragioni saranno di seguito avanzate considerazioni e proposte di carattere generale che, si spera, possano risultare utili ad una maggiore comprensione del fenomeno.

4. Considerazioni e proposte

Tutti i Paesi più industrializzati si trovano ad affrontare il problema delle liste di attesa e nonostante i tentativi non sono state raggiunte permanenti riduzioni dei tempi di attesa, anche se sono stati ottenuti dei miglioramenti, ad esempio in Inghilterra. Secondo informazioni recenti (maggio 1999), il numero totale dei pazienti in lista di attesa per un ricovero ospedaliero in Inghilterra è di 1.072.900 persone con un decremento di 46.800 unità nel periodo compreso tra la fine di febbraio 1999 e la fine di marzo 1999. I dati, però, si riferiscono ai ricoveri in regime ordinario e diurno, ma non comprendono i pazienti ricoverati per essere sottoposti a chemioterapia, i pazienti ospedalizzati inclusi in altre liste di attesa, i pazienti temporaneamente sospesi dalle liste per ragioni differenti (familiari, condizioni di salute, etc.). L'Italia si colloca tra i Paesi che ha affrontato il problema con maggiore ritardo, ed infatti i dati a disposizione per una corretta valutazione del fenomeno sono assai scarsi.

Una prima considerazione riguarda il fatto che dovrebbero essere distinti i due settori:

- 1) delle visite specialistiche e delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio;
- 2) dei ricoveri ordinari ed in regime diurno.

Infatti, i fattori che sono alla base dei fenomeni sono diversi, così come diverse potrebbero essere le proposte per ridurre i tempi di attesa dei cittadini.

Dovrebbero, innanzitutto, essere avviate iniziative di monitoraggio di entrambi i settori, anche perché il decreto del Presidente della Repubblica n. 124 del 29 aprile 1998 (sanitometro), si occupa esclusivamente delle liste di attesa per visite specialistiche, per prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e per i ricoveri diurni (*day hospital*), prevedendo che entro tre mesi dall'entrata in vigore del decreto, le regioni disciplinino i criteri secondo i quali i direttori generali delle Aziende determinano, entro 30 giorni dall'efficacia della disciplina regionale, il tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta delle prestazioni e l'eroga-

zione delle stesse. Appare evidente, anche in questo caso, che il problema è delegato alle regioni e da queste ai direttori generali delle Aziende, e risulta incentrato esclusivamente sulla definizione di tempi massimi, obiettivo prioritario nel decreto, ma che rischia di non tenere conto dei problemi organizzativi delle diverse realtà aziendali: basti pensare a quelli di tipo contabile che deriverebbero per il calcolo delle prestazioni rese in regime di libera professione intramuraria richieste dall'Azienda.

Proprio per queste ragioni, appare necessario individuare a livello nazionale una serie di indicazioni sulla scorta delle quali le regioni stesse possano formulare i criteri previsti nel decreto n. 124 del 1998, per evitare il rischio di non dotare i direttori generali degli strumenti necessari alla gestione delle liste di attesa, rendendo, nello stesso tempo, più omogenee le scelte tra le diverse aziende sanitarie. Il problema non sembra essere esclusivamente quello di stabilire dei tempi massimi, né quello di proporre un maggiore utilizzo della libera professione intramuraria pagata dall'Azienda, bensì quello di formulare delle proposte operative che vedano, ad esempio, una migliore organizzazione delle attività ambulatoriali e di ricovero, attraverso l'adozione di modelli assistenziali innovativi (*day hospital, day surgery*), una migliore utilizzazione delle dotazioni strumentali e tecnologiche ed una maggiore partecipazione del settore privato accreditato. Il recente decreto delegato di riordino del Servizio sanitario nazionale affronta indirettamente queste tematiche, soprattutto nella parte relativa all'accreditamento dove, nell'Atto di indirizzo e coordinamento da emanare per la definizione dei requisiti ulteriori per l'esercizio delle attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale da parte delle strutture sanitarie, si riporta la necessità di «assicurare che le strutture accreditate garantiscano dotazioni strumentali e tecnologiche appropriate per quantità, qualità e funzionalità in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili ed alle necessità assistenziali degli utilizzatori dei servizi»(articolo 8-*quater*, comma 4, lettera c). Per quanto riguarda poi il maggiore utilizzo di strutture esterne all'azienda, il decreto dovrà disciplinare «l'esternalizzazione dei servizi sanitari connessi all'assistenza al paziente, prevedendola esclusivamente verso soggetti accreditati in applicazione dei medesimi criteri o di criteri comunque equivalenti a quelli adottati per i servizi interni alla struttura» (articolo 8-*quater*, comma 4, lettera i).

Il problema, dunque, delle liste di attesa deve essere meglio indagato, soprattutto sul fronte della tipologia delle prestazioni che vengono richieste e per le quali si creano le liste di attesa. Come dimostrato anche nel rapporto preliminare della precedente Commissione di inchiesta, le liste di attesa per i ricoveri ordinari nel settore pubblico, e ciò è vero in molti Paesi tra i quali il Regno Unito, interessano, in ambito chirurgico, gli interventi definiti «minori» o «non urgenti», quali vene varicose, ernia inguinale, protesi d'anca, cataratta, ipertrofia tonsillare. Il fenomeno si ripresenta nel settore delle forme integrative di assistenza sanitaria, sia quello delle assicurazioni (*for profit*) che quello delle mutue e dei fondi (*no profit*), dove gli interventi maggiormente richiesti sono proprio quelli «minori». Per quanto riguarda, invece, le visite specialistiche, alcune informa-

zioni ricavate dal mondo delle assicurazioni e dei fondi e casse aziendali e dalle società di mutuo soccorso, mostrano, ad esempio, che le visite specialistiche più frequentemente richieste sono:

- visite ortopediche;
- visite ginecologiche;
- visite oculistiche;
- visite cardiologiche;
- visite dermatologiche;
- visite otorinolaringoiatriche.

Le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche più richieste sono, invece:

- le ecografie;
- le radiografie;
- TAC e RMN(1).

Tali dati sono stati raccolti nel corso di una indagine condotta nel 1998 sulle forme integrative di assistenza, con particolare riguardo al settore *no profit* (mutue e fondi), alle quali aderiscono circa 2.000.000 di cittadini, mentre circa 6.000.000 sono i cittadini «capofamiglia» che si avvalgono del settore assicurativo sotto forma di polizze individuali e collettive.

D'altro canto, lunghe liste di attesa caratterizzate prevalentemente dalla presenza di richieste per patologie minori non possono non avere ripercussioni sulla gestione delle situazioni più complesse, per le quali si innescano spesso meccanismi quali:

- un maggiore ricorso al pronto soccorso;
- un uso improprio del *day hospital*.

Sulla scorta delle precedenti considerazioni è possibile avanzare delle proposte da sottoporre al vaglio degli Organismi competenti e che verranno di seguito presentate.

4.1. Proposte per il Ministero della sanità

Individuazione di una struttura (ufficio dedicato, gruppo di lavoro permanente, ASSR) che abbia il compito di raccogliere informazioni sui criteri adottati dalle singole regioni per la definizione da parte dei direttori generali dei tempi massimi di attesa (valutazione dell'applicazione del decreto del Presidente della Repubblica n. 124 del 1998) ed istituire, alla stregua del *National Health Service*, una sorta di registro delle principali situazioni regionali al fine di analizzare e monitorare il fenomeno delle

(1) *Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie. Il ruolo delle forme integrative di assistenza*, a cura di I. Mastrobuono, E. Guzzanti, A. Cicchetti, M.C. Mazzeo, Il Pensiero scientifico editore, luglio 1999.

liste di attesa a livello delle singole regioni e di operare a supporto delle stesse attraverso l'elaborazione, ad esempio, di linee guida.

4.2. *Proposte per le Regioni*

Le Regioni dovrebbero avviare, in una prima fase, le seguenti operazioni:

- 1) analisi della situazione esistente in ciascuna Azienda sanitaria, attraverso una distinzione dei due settori, ambulatoriale e di ricovero, con particolare riferimento alla tipologia delle prestazioni distinte per specialità e per fasce di età dei pazienti;
- 2) analisi dell'organizzazione interna aziendale con particolare riferimento alla istituzione dei dipartimenti ed all'avvio delle attività di *day hospital* e di *day surgery*;
- 3) verifica dello stato della qualità, quantità e funzionalità delle dotazioni strumentali e tecnologiche dell'azienda;
- 4) analisi del grado di informatizzazione delle strutture con particolare riguardo alle modalità di gestione delle liste di attesa (a livello di unità operativa o centralizzata);
- 5) analisi della dotazione di personale medico e dell'infermieristico e dell'effettivo avvio delle attività in libera professione intramuraria.

Da un'analisi di questo tipo possono nascere i criteri locali che, tenendo conto delle diverse realtà, potrebbero determinare, se non una riduzione, una razionalizzazione delle liste di attesa. Fattori comuni a tutte le iniziative dovrebbero comunque essere la maggiore partecipazione del medico di medicina generale, al quale richiedere, ad esempio, una prima valutazione per il proprio paziente dei tempi che egli può attendere per l'esecuzione della visita specialistica o un accertamento diagnostico, in relazione alla patologia di cui è affetto ed alle sue condizioni generali. Analogamente a quanto avviene, ad esempio, in alcune realtà operative nell'area dell'emergenza-urgenza con l'individuazione di codici di priorità, le prestazioni ambulatoriali potrebbero essere ricomprese in specifici gruppi da individuare sulla base delle singole esperienze aziendali.

Per le visite specialistiche o per i ricoveri per «patologie minori» o comunque non urgenti, ad esempio, potrebbe essere richiesto un maggiore coinvolgimento del settore privato accreditato, attraverso programmi comuni concordati a livello regionale nei quali siano stati definiti i rapporti tra l'Azienda sanitaria pubblica e quella privata di riferimento per l'esecuzione delle prestazioni che la struttura pubblica non è in grado di esaurire.

Il problema delle liste di attesa per i ricoveri, in particolare, dipende dal modello organizzativo assistenziale che si intende adottare in ambito ospedaliero nelle diverse discipline mediche e chirurgiche. L'introduzione della *day surgery*, ad esempio, in ambito chirurgico, così come l'attivazione del *day hospital* in ambito medico, possono offrire serie possibilità per il trattamento di molti pazienti, in tempi brevi e con un più alto indice di rotazione per posto letto. Negli ospedali dove è stata attivata, la *day*

surgery, infatti, ha determinato la riduzione delle liste di attesa per i ricoveri per interventi minori ed uno snellimento delle procedure per il ricovero dei casi più impegnativi (Unità autonoma multidisciplinare dell'Azienda ospedaliera S. Maria di Terni).

In conclusione, appare necessario prevedere una serie di indicazioni alle regioni, che tengano conto delle diverse realtà nelle quali le Aziende sanitarie operano, in particolare quelle delle grandi aree urbane, nelle quali la possibilità di rispettare eventuali tempi massimi appare difficile, oppure delle Aziende sanitarie sedi di Università e, quindi, di alte specialità, nelle quali l'affluenza di casi complessi è maggiore che in altre Aziende. Indicazioni dovrebbero essere fornite in merito al coinvolgimento del settore privato accreditato, affinché sia chiamato a collaborare con il settore pubblico per l'effettuazione delle prestazioni, nonché al coinvolgimento dei medici, soprattutto dei medici di medicina generale, e del personale infermieristico. Assai utile, infine, potrebbe essere la proposizione per la individuazione di una struttura (ufficio, gruppo di lavoro, osservatorio) a livello regionale che consenta di analizzare e monitorare il fenomeno delle liste di attesa e che fornisca i dati e le informazioni utili ad adattare nel tempo quanto deliberato a livello programmatico locale in ogni singola azienda e che fornisca i dati e le informazioni a livello centrale in un continuo scambio di esperienze dal quale fare derivare una migliore organizzazione. A tale struttura, infine, dovrebbero giungere le proposte dei cittadini e degli utilizzatori dei servizi circa l'accessibilità dei servizi offerti, nonché l'adozione e l'utilizzazione della carta dei servizi, così come espresso nel decreto delegato riguardo la partecipazione dei cittadini, (articolo 8-*quater*, comma 4, lettera *h*).