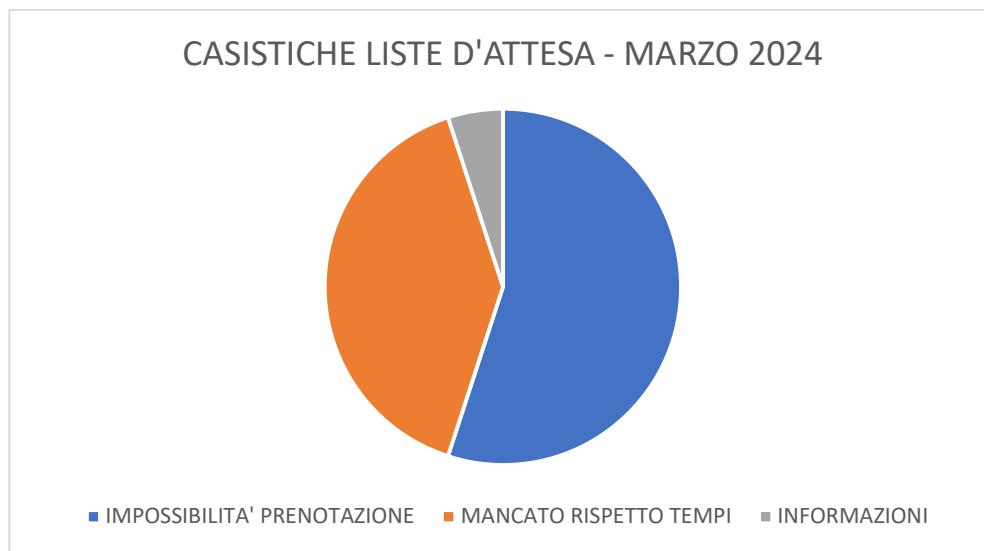




Con questo primo contributo ai lavori della Commissione di studio sulle liste d'attesa si intendono ribadire alcuni punti di criticità, offerti con il punto di osservazione del cittadino, che potrebbero divenire oggetto di attenzione anche all'interno di un prossimo intervento normativo. Si è scelto di concentrarsi su quelli che più frequentemente sono oggetto di segnalazione o di richiesta di intervento presso le strutture - centrale e territoriali - di Cittadinanzattiva, in modo da dare un contributo orientato in questa direzione evitando, al momento, aspetti che sicuramente saranno indagati dagli altri stakeholder della Commissione.

1. Al primo punto, vogliamo sottolineare la necessità di individuare meccanismi dissuasori, se non propriamente sanzionatori, per evitare che accada quanto già non è possibile a norma vigente: **chiudere le liste d'attesa** dichiarando l'impossibilità di prescrivere una visita. Qui di seguito, un grafico delle segnalazioni ricevute dalla sede nazionale di Cittadinanzattiva nell'ultimo mese che dimostra quanto sia ancora diffusa questa procedura vietata.



2. Di analogo tenore, è la necessità di monitorare l'entità delle prestazioni erogate in libera professione intramuraria: anche qui si tratta di rispettare norme vigenti e di **prevedere meccanismi atti a garantire l'equilibrio tra le prestazioni ordinarie e quelle erogate in libera professione intramuraria**, con l'obbligo di rendere disponibili periodicamente le percentuali di utilizzo delle due tipologie di prestazioni e la previsione di meccanismi di dissuasione o sanzione in caso di inadempimento delle norme. A mero titolo esemplificativo, si riporta di seguito lo stralcio di una nota stampa con i risultati di una procedura di accesso civico effettuata da Cittadinanzattiva nel luglio del 2023. Le Regioni hanno fornito, in forma più o meno completa, i dati relativi alla libera professione intramuraria. È risultata particolarmente preoccupante ed emblematica, ma non isolata, la situazione della Regione Campania, che qui si riporta per testimoniare gli aspetti paradossali che può assumere il fenomeno.

“Cittadinanzattiva nelle scorse settimane ha avviato anche una istanza di accesso civico presso le Regioni per conoscere i dati relativi alle prestazioni sanitarie erogate in regime pubblico e in intramoenia, e verificare gli eventuali provvedimenti messi in atto dalle amministrazioni laddove sia stato superato il limite previsto dal Piano nazionale di governo delle liste di attesa nel rapporto tra le due attività. Il resoconto puntuale della istanza sarà reso noto nelle prossime settimane. Particolarmente allarmante il quadro della Campania, dove la stessa Regione segnala che il numero di prestazioni erogate nel canale pubblico è inferiore, per tutti gli esami e le visite monitorate, a quelle erogate in intramoenia, e questo vale presso tutte le Aziende ospedaliere. Ecco alcuni dati particolarmente negativi nel 2022: presso l’Ospedale Cardarelli di Napoli sono state somministrate 1255 visite ortopediche in intramoenia e nel pubblico 112; presso l’Ospedale dei Colli sempre a Napoli, nessun eco addome è stato somministrato nel pubblico, ne sono stati fatti 111 in intramoenia; presso l’Ospedale Moscati di Avellino, sono state somministrate 7 visite cardiologiche pubbliche e 979 in regime di intramoenia; al San Giovanni di Dio e Ruggi D’Aragona a Salerno, effettuate 91 ecografie ostetriche nel canale pubblico e 329 in intramoenia”.

3. Rendere davvero efficaci ed esigibili **gli strumenti di tutela**, per esempio la possibilità di ricorrere, con procedure semplificate e tempi consoni, alla libera professione intramuraria ottenendo il rimborso della spesa sostenuta in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti.
4. Lavorare per **differenziare**, nella proposizione del problema ma soprattutto nella ricerca di soluzioni anche a breve-medio termine, l’indistinto contenitore “liste d’attesa” e divederlo in cluster che permettano di affrontare le questioni in modo più mirato. Intanto evidenziare l’autonomia dei percorsi di prevenzione da un canto e di presa in cura delle cronicità dall’altro dalle attese relative ad accertamenti di carattere generale e problematiche cliniche di elezione. In particolare, **l’oncologia** dovrebbe avere sempre un canale dedicato: nella realtà di molti territori capita ancora troppo spesso che, dovendo fare prestazioni di controllo, si rientri nello stesso contenitore degli accertamenti di carattere generale. Al momento della certificazione della patologia bisognerebbe dividere questi pazienti dal resto della platea: come Cittadinanzattiva continuamo a ricevere molte segnalazioni perché così non è o non è in modo uniforme.
5. **Accesso senza prenotazione**: per alcune prestazioni di largo utilizzo e di semplice esecuzione, per esempio l’ECG, diffuse anche al livello territoriale, si deve tendere ad annullare l’attesa, rendendole direttamente disponibili ai cittadini come già oggi avviene per gli esami ematochimici di routine.
6. **Collegare tutte le agende, quelle del servizio pubblico e quelle del privato accreditato**, ai sistemi Cup e favorire l’assoluta trasparenza delle informazioni sia al fine della programmazione dell’offerta sia al fine dell’accessibilità. Si può pensare di assumere la percentuale di agende riversate quale indicatore del Nuovo sistema di garanzia.
7. **Aggiornare il funzionamento dei Cup**, tanto lavorando sulla loro organizzazione - per esempio separando nettamente le prenotazioni ordinarie da quelle in libera professione intramuraria - quanto sulla formazione omogenea degli operatori; ma soprattutto prevedere **modalità di prenotazione delle prestazioni innovative**, come quelle che tutti abbiamo già potuto sperimentare per la prenotazione dei vaccini durante il periodo pandemico.
8. **“Chi prescrive prenota”**. Siamo consapevoli della difficoltà di praticare un principio di questo genere, ma anche di quanto esso potrebbe costituire un intervento rivoluzionario anche in relazione all’appropriatezza favorendo, fra l’altro, il dialogo fra professionisti e cittadini e scoraggiando attraverso l’educazione sanitaria forme di medicina difensiva: lo specialista che prescrive una prestazione ne spiega contestualmente al cittadino la ragione clinica e ne

- facilita il percorso di cura prenotando direttamente la prestazione stessa; il cittadino riceve semplicemente, per esempio attraverso smartphone, data e luogo in cui deve recarsi e la presa in carico si fa concreta. Si potrebbero, in maniera condivisa con i professionisti, praticare alcune sperimentazioni per testare questo tipo di meccanismo.
9. Considerare, anche alla luce dell'impatto che il tema ha per le cittadine e i cittadini e di quanto esso condizioni la percezione di efficacia, efficienza, accessibilità e prossimità dell'intero Servizio sanitario, **l'informazione e la comunicazione** due aspetti strettamente connessi al miglioramento del problema delle liste d'attesa e strumenti di contributo effettivo alla soluzione del problema, non meri passaggi dovuti. Una sanità nuovamente accessibile torna a essere una sanità amica dei cittadini, ripristinando il rapporto di fiducia. Il problema non è tanto da questo punto di vista moltiplicare le informazioni, ma garantire una comunicazione accessibile, semplice e soprattutto omogenea anche fissando delle modalità e/o degli indicatori condivisi per le Regioni e per le Aziende sanitarie. Indicatori utili sono quelli relativi alla trasparenza; quelli relativi all'accessibilità; quelli relativi alle misure di tutela e di garanzia dei diritti; quelli utili a favorire la continuità del contatto con le strutture di riferimento. Allo stesso tempo **un'informazione accurata aiuta a lavorare in termini di appropriatezza** non soltanto della offerta, ma anche della domanda: l'inappropriatezza, e anche l'eccessivo ricorso alla medicina difensiva, non si superano soltanto con le norme, ma con una comunicazione adeguata, informata, degli operatori sanitari nei confronti dei pazienti, rendendoli consapevoli, per esempio, delle evidenze cliniche sulle quali si basa la scelta di prescrivere o meno determinate prestazioni.
10. Il sistema di **monitoraggio dei dati** è fondamentale e dal punto di vista tecnico alcune importanti previsioni sono già state condivise dalla Commissione. Quello che qui si vuole ribadire è innanzitutto la continuità con cui vanno raccolte le informazioni, anche per un effetto di positiva pressione su tutti gli attori chiamati al miglioramento della questione delle liste d'attesa, ma soprattutto l'effettività del loro utilizzo, la necessità di prevedere interventi ad hoc per l'accompagnamento o anche per la presa in carico di situazioni di particolare inadempienza. Il livello di intensità della raccolta potrebbe essere considerato paragonabile, almeno in un primo tempo, a quello con il quale le Regioni hanno condiviso i dati durante il periodo della pandemia Covid, ma ovviamente l'obiettivo andrebbe raggiunto in una prospettiva di condivisione e di sinergia di tutti i livelli istituzionali.
11. In caso di erogazione dedicata di fondi, anche alla luce di quanto già appreso, occorre prevedere non una logica a cascata sulle Regioni ma una ancorata all'effettivo e graduale obiettivo di rientro delle attese. In caso di difficoltà di alcune Regioni o Aziende a raggiungere risultati di miglioramento, occorrerebbe prevedere azioni di monitoraggio, controllo e tutorship per garantire l'equità delle cure offerte ai cittadini su tutto il territorio nazionale.
12. Poco o nulla si valorizza il ruolo degli **organismi di partecipazione** come Osservatori regionali/aziendali. Sarebbe il caso di segnare il territorio dando un rilievo sostanziale alla loro presenza e superandone l'assenza laddove non siano ancora stati istituiti. A essi, a livello di singolo territorio, potrebbe essere affidato il compito di diffondere la conoscenza degli strumenti di tutela, di fare azioni di monitoraggio e diffusione trasparente dei dati, di contribuire a qualificare e a co-progettare la relazione fra offerta e domanda sui territori.