

Comitato consultivo aziendale Asp Catania
Via S. M. La Grande, 5 – cell. 334 6001530
e-mail: comitatoconsultivoaziendale@aspct.it



Comitato Consultivo Aziendale
ASP CATANIA



Prot. n. 148

All'Assessorato Regionale della Salute Palermo
Al Direttore Generale dell'Asp di Catania Sede
Al Presidente della Conferenza dei Comitati consultivi
delle Aziende Sanitarie Regione Sicilia - Catania.- Sede

Oggetto: Relazione indagine sulle liste di attesa.

Premessa: La presente relazione nasce da una indagine - ricerca del Comitato consultivo dell'Asp di Catania sul governo delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito della Regione. Tale governo dovrebbe avvenire secondo criteri di efficienza, efficacia, trasparenza ed equità nella tutela del diritto costituzionale alla salute di cui all'art. 32 della Costituzione. Le liste di attesa sono una delle criticità più palpabili segnalate dai cittadini in occasione del loro impatto col Ssr nel momento dei loro bisogni sanitari, per cui è stato ritenuto dovere civico del Comitato, oltre che istituzionale occuparsi del problema. Le attese delle prestazioni sono una criticità che dura da anni nella nostra Regione ed anche in molte altre Regioni, anche a causa degli interventi inadeguati della politica e delle istituzioni; nella realtà le cose ristagnano e tra un gruppo di lavoro e l'altro programmato a livello assessoriale, tra una Intesa e l'altra tra lo Stato e le Regioni, in effetti nessun soccorso concreto è stato dato ai cittadini nella soluzione della problematica. Sono numerose sulla stampa le lamentele di chi, avendo necessità di una visita, deve aspettare anche anni per effettuarla. Deve anche tante volte attendere a lungo per avere un risposta dal numero verde, facendo perdere all'utente la pazienza, inducendolo alla rinuncia dell'attesa. Certo il buon governo dei tempi d'attesa può rappresentare un particolare punto di osservazione, attraverso il quale guardare dentro le dinamiche che caratterizzano l'organizzazione sanitaria e può costituire quindi un valido strumento per la programmazione e la distribuzione dell'offerta sanitaria sul territorio; perciò riteniamo utile

questa nostra analisi, sia per il contributo offerto, che per far conoscere sull'argomento il punto di vista del cittadino.

Contesto: Nel tempo, per la soluzione del problema si è assistito ad un rimballo di responsabilità assessoriali ed aziendali, autentica ennesima presa in giro degli utenti, i quali loro malgrado sono costretti a risolvere il problema solo ed esclusivamente mobilitandosi personalmente e soprattutto economicamente. E' un sistema iniquo quello dei tempi lunghi per godere di prestazioni sanitarie, necessarie, che spesso dà adito a raccomandazioni e favoritismi e, quello che è più grave, a un sistema ingiusto e non uniforme nel Paese.

Le lunghe liste di attesa sono una violazione dell'art. 32 della Costituzione perché in effetti, con le attese, i cittadini sono costretti a subire; non possono fare prevenzione e spesso rinunziano alle cure compromettendo il loro diritto alla salute. Essi per tantissime ragioni, non ultima la condizione di crisi economica per cui tanti sono costretti a vivere, non disponendo dei necessari mezzi finanziari alle volte anche per la loro sussistenza, sono costretti a rinunciare alle cure. Una decisione gravissima questa, perché fa rischiare al Paese una deriva di sanità pubblica, aggrava la condizione di iniquità del sistema sanitario, elimina ogni elemento di solidarietà al Ssr.(1).

Nel "XVIII Rapporto Pit Salute, Sanità pubblica, accesso privato" presentato a Roma il 13.11.2015 da Cittadinanzattiva Tribunale per i diritti del malato, è stato messo in evidenza come *"continuano ad aumentare rispetto al 2013 le difficoltà riscontrate dai cittadini ad accedere alle prestazioni sanitarie pubbliche: le liste di attesa rappresentano la voce più consistente tra le difficoltà di accesso e riguardano in particolare esami molto diffusi come ecografie con attesa medie di nove mesi, ma anche esami molto importanti e delicati come risonanze magnetiche e TAC, con tempi insostenibili soprattutto per quanto riguarda l'area oncologica dove si registra un aumento di segnalazioni anche per radioterapia, chemioterapia e accesso ai farmaci oncologici (dal 9,4 al 12%). Su oltre 24 mila segnalazioni giunte nel 2014 ai Pit salute nazionale e regionale e alle sedi locali del Tribunale per i diritti del malato, un quarto (25%) riguarda le difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie determinate soprattutto da liste di attesa (58,7%) e ticket (31,4%)- (L'intero XVIII rapporto Pit salute è riscontrabile sul sito di Cittadinanzattiva Nazionale.)*

(1) Va richiamata l'attenzione sul grave problema di chi, familiare di persona con disabilità (garegiver family) , è costretto, per l'amore e cura dei propri cari, a rinunciare al lavoro ed in conseguenza essere **inoccupato**, perdendo ogni diritto anche alla esenzione di ticket per la cura di patologie, il più delle volte connesse all'assistenza continuativa h24 del familiare disabile. Una iniquità, questa, riservata a chi ha dovuto assistere dalla nascita familiari sfortunati, rinunciando al lavoro e sostituendosi alle istituzioni, con risparmi per esse non indifferenti. Sul tema si richiama in particolare l'attenzione della Regione Sicilia sul disegno di legge *"Garegiver familiare- una normativa per il riconoscimento e sostegno anche in Sicilia"* prodotto dal Rotary Club Catania Duomo 150, formulato sulla base di analoghe legislazioni europee e regionali.

Le criticità aumentano sempre più per le limitate risorse economiche disponibili a fronte delle crescenti prospettive di maggiori cure dovute all'aumento di vita media e all'uso di tecnologie diagnostiche e terapeutiche impegnate che ne fanno lievitare la spesa. A questo ultimo riguardo va sfatato il luogo comune della onnipotenza delle **tecnologie biomediche**, che, mentre per l'Azienda che li possiede fa aumentare il prestigio, dall'altra parte non sempre vengono considerati i reali benefici con tutti i rischi che spesso comportano. Va in merito notato che l'uso indiscriminato delle tecnologie diagnostiche rappresenta oggi la causa scatenante di preoccupanti fenomeni di anomalia di cura, in continua ascesa, quale eccesso di medicalizzazione, l'overdiagnosi, e overtreatment che peggiorano lo stato di salute e generano sprechi. L'innovazione delle tecnologie diagnostiche può innescare un circolo vizioso, spesso dovuto a un miglioramento tecnico che non sempre corrisponde a un aumento delle performance diagnostiche, perché magari consente solo di vedere meglio quello che già si conosce. Su tale punto non è male richiamare l'attenzione dei medici prescrittori (medici di famiglia, pediatri, specialisti, liberi professionisti, ospedalieri ecc)

All'abuso suindicato di prestazioni il Governo, per ragioni più di **economia** che d'altro, porrà rimedio con **l'art. 9 quater della legge n. 125 del 6.8. 2015** di conversione del D.L. 19. 2015 n. 78, recante disposizioni urgenti in materia di enti locali. Con la citata disposizione, che qui riteniamo utile riassumere, il Ministero emanerà entro un mese dalla pubblicazione della legge un decreto, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nel quale saranno individuate le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui al decreto del Ministro della sanità 22 luglio 1996, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 216 del 14 settembre 1996, e successive modificazioni. Le prestazioni erogate al di fuori delle *condizioni di erogabilità* saranno a totale carico dell'assistito. Il medico deve specificare nella prescrizione le condizioni di erogabilità della prestazione o le indicazioni di appropriatezza prescrittiva. In caso di un comportamento prescrittivo, non conforme alle condizioni e alle indicazioni di cui al decreto ministeriale sopra citato, l'ente richiede al medico prescrittore le ragioni della mancata osservanza delle predette condizioni ed indicazioni. In caso di mancata risposta o di giustificazioni insufficienti, l'ente adotta i provvedimenti di competenza, applicando al medico prescrittore dipendente del Servizio sanitario nazionale una riduzione del trattamento economico accessorio e nei confronti del medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, una riduzione, mediante le procedure previste dall'accordo collettivo nazionale di riferimento. Il citato art. 9 quater precisa infine che la mancata adozione dei provvedimenti di competenza, da parte dell'ente del Servizio sanitario nazionale nei confronti del

medico prescrittore, comporta la responsabilità del Direttore generale ed è valutata ai fini della verifica del rispetto degli obiettivi assegnati al medesimo dalla regione. La rigorosa normativa sopra citata sicuramente andrà ad incidere sulle competenze professionali del medico e conseguentemente sul diritto alla salute dei pazienti.

Normativa di riferimento: Va ricordato che nel contesto della recente riforma sanitaria regionale (“Norme per il riordino del servizio sanitario regionale” - legge regionale n. 5 del 14 aprile 2009) sono previste indicazioni normative, che prevedono l’individuazione dei diversi attori da coinvolgere e l’utilizzo delle più appropriate metodologie e degli strumenti specificamente collegati, per una attività di ricerca sistematica del governo dei tempi d’attesa. L’art. 22 della legge di riordino del sistema sanitario regionale è espressamente riferito alla “riduzione dei tempi d’attesa”. In quell’articolo viene precisato che “costituisce obiettivo da assegnare in sede contrattuale ai Direttori generali delle Aziende del servizio sanitario regionale e criterio di corrispondente valutazione, la riduzione dei tempi d’attesa per l’accesso alle prestazioni sanitarie entro i tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti e comunque nel rispetto dei tempi massimi previsti dalla normativa vigente e dei livelli essenziali di assistenza”.

A partire dal 2005, con l’art. 1 comma 280 della legge finanziaria 23 dicembre 2005, n. 266, le Regioni venivano obbligate alla realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa, oggetto del primo Piano Nazionale di Contenimento dei Tempi di Attesa per il triennio 2006-2008 (PNCTA 2006-2008). Poichè l’applicazione di quel Piano mostrava alcuni limiti, alcune Regioni hanno formulato proposte di perfezionamento dell’intesa trasmesse al competente Ministero in data 2 febbraio 2010 dalla Regione Toscana, Coordinatrice interregionale. Il Ministero della salute quindi trasmetteva una nuova versione dello schema di intesa e del documento ad esso allegato denominato “**Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012**”, che successivamente al dibattito e ad alcune revisioni, produceva, in data 28 ottobre 2010, una nuova “Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012”, recepita dalla nostra regione con D.A. del 30.6.2011, col quale veniva approvato il Piano regionale per il governo dei tempi di attesa (PRGTA) per il triennio 2011-2013.

Va ricordato per completezza che ai fini del contenimento delle liste di attesa la Conferenza Stato Regioni ha approvato delle Linee Guida (G.U. n. 247 del 23.11.2010), con le quali sono stati fissati, per le prestazioni ambulatoriali, diagnostiche e specialistiche, tempi e paletti uguali per tutti. Sono stati infatti previsti quattro classi di priorità che i medici di medicina generale devono tenere presenti ed indicare nella ricetta relativa alla prescrizione richiesta o ritenuta necessaria: il codice di

priorità **U** se si tratta di prestazione urgente da eseguire nel più breve tempo possibile e comunque entro 48 ore; **B** per visite e prestazioni specialistiche da eseguire a breve e cioè entro dieci giorni; **D** per prestazione differibile da eseguire entro sessanta giorni; **P** per prestazione programmabile entro 180 giorni. Il piano è stato oggetto di apposito convegno, col titolo “*Appropriatezza prescrittiva e prescrizioni per priorità*”, svolto nel salone del Palazzo dell’ESA il 2.5.2011, durante il quale è intervenuto anche il Presidente della Regione.

Quella disciplina purtroppo non ha risposto alle esigenze dei cittadini ed il problema delle liste di attesa è continuato ad essere una emergenza del servizio sanitario, anche perché i medici di famiglia non sempre hanno tenuto presenti quelle disposizioni che prevedevano l’indicazione dei tempi di priorità e tante volte contrariamente a quanto richiesto dall’utente la prestazione non veniva considerata urgente. Ma la cosa grave è che il Ssr, che quella disposizione aveva consacrato in una normativa, non era talvolta in condizione di poterla osservare; per cui si è assistito a richieste di prestazioni dichiarate urgenti dai medici di famiglia non soddisfatte per mancanza di strutture pronte ad accogliere i pazienti richiedenti.

Il C.U.P. centralizzato regionale: Nell’ambito del percorso di innovazione tecnologica del servizio sanitario regionale e al fine di garantire una migliore gestione delle attività erogate sul territorio ed un più agevole accesso ai servizi, la Regione siciliana ha programmato l’attivazione del Centro unico di prenotazione (C.U.P.) regionale on line. Il progetto prevedeva un forte impegno della Regione nel dotare di un sistema completo e moderno le Aziende che ne fossero sprovviste e nell’integrare tutti i sistemi validi già esistenti in un sovra C.U.P., garantendo la possibilità di monitoraggio delle attività a livello regionale. L’impegno regionale è stato tradotto come preciso obiettivo del Programma operativo regionale 2010/2012, con le peculiarità di un centro di prenotazione intra ed interaziendale, che al contempo fosse strumento utile ai fini del monitoraggio delle liste d’attesa, dell’appropriatezza prescrittiva e dei percorsi diagnostici. La finalità del progetto prevedeva l’integrazione delle componenti organizzative con le componenti tecnologiche dell’offerta e della prestazione sanitaria, nella prospettiva di coinvolgere nel processo di prenotazione anche le farmacie private, i M.M.G. e i P.L.S. Non se n’è fatto nulla.

Fuori Regione Sicilia: Le criticità del liste di attesa si sono riscontrate in altre Regioni, anche del centro nord. Talune di esse hanno prontamente risolto il problema ottimizzando tutte le risorse con prestazioni straordinarie anche notturne. Ciò ha consentito un abbattimento significativo delle liste di attesa con grande soddisfazione degli utenti. La criticità della problematica viene anche aggravata dalla cattiva abitudine, da parte di alcuni utenti, di prenotare una prestazione in più posti e non presentarsi all’appuntamento senza averla disdettata. Si tratta di un malcostume abbastanza

diffuso che contribuisce ad allungare le attese a discapito di tanti pazienti che invece, di fronte a un comportamento corretto, potrebbero essere chiamati ad anticipare la visita. La pressione dell'opinione pubblica ha indotto recentemente l'Assessorato alla Salute ad adottare il Decreto Assessoriale 16.3.2015, recante "Istituzione dei Gruppi di lavoro interaziendali per il governo delle liste di attesa e della Cabina di regia regionale per il governo delle liste di attesa". Il provvedimento ha previsto la costituzione di due organismi: a **livello regionale** la Cabina di regia per il governo delle liste di attesa costituita prevalentemente da dirigenti regionali ed aziendali, con l'unica eccezione del Segretario regionale di Cittadinanzattiva, Dott. Giuseppe Greco; a **livello interaziendale** attraverso la costituzione di un Gruppo per il governo delle liste di attesa, quale centro di coordinamento per tutte le strutture sanitarie ricadenti nell'area metropolitana e/o provinciale di competenza. I compiti individuati all'art. 4 sono bene specificati e riguardano: a) il monitoraggio e l'analisi dei dati derivanti dai flussi informativi dei tempi di attesa nelle strutture erogatrici pubbliche e private accreditate ricadenti nell'area di competenza; b) l'analisi delle cause profonde dei fattori favorenti le criticità locali; c) l'individuazione e la pianificazione di soluzioni condivise, anche attraverso la formalizzazione di accordi interaziendali e/o interprovinciali; d) pianificazione e realizzazione dei programmi formativi aziendali per il governo delle liste di attesa in coerenza alle indicazioni della Cabina di regia regionale. In effetti nulla di nuovo, anche perché le liste di attesa sono da anni croce degli utenti e si è perso molto tempo, con conseguenze di immagine del Ssn ed economiche per tanti cittadini che si sono trovati costretti a ricorrere all'intramoenia (cioè prestazioni a pagamento intero) o ad emigrare anche oltre i confini, dando luogo ad un turismo sanitario prima sconosciuto. Ci auguriamo ora che i Gruppi interaziendali sappiano scoprire le *cause profonde dei fattori favorenti le criticità locali*. Giova qui sottolineare con compiacimento del Comitato che in seno al Gruppo interaziendale dell'area metropolitana di Catania sia stato inserito un rappresentante del Cca, autorizzato dal Direttore Generale; si è così sanata l'anomalia riscontrata nel Decreto Assessoriale del 16.3.2015, che non aveva previsto nel Gruppo interaziendale in questione il rappresentante del Comitato consultivo; ciò sia per simmetria con il livello regionale, sia per valorizzare l'organismo di partecipazione civica in quanto rappresentante degli utenti, che non può mancare in un'assise in cui si tratta di problemi che riguardano quella categoria. Anche perché il Cca è organo interno dell'Azienda e tra i suoi compiti ha lo svolgimento dell'attività di verifica e proposta in ordine alla funzionalità dei servizi resi al cittadino. Bene quindi ha fatto l'Assessorato nel prevedere nella Cabina di regia il Segretario regionale di Cittadinanzattiva, organizzazione forse unica a rappresentare i cittadini nelle criticità in argomento, come bene ha fatto il Direttore Generale dell'Asp di Catania ad inserire il rappresentante

del Comitato nel Gruppo interaziendale; anche perché il Decreto attuativo n.01019 del 15.4.2010 all'art. 2 lett. n) conferisce ai Comitati consultivi il compito di *formulare, anche in collaborazione con l'URP e l'Ufficio Qualità, proposte e progetti per favorire la semplificazione delle attività amministrative legate all'accesso ai servizi, al fine di rendere più efficiente il sistema di prenotazione e la trasparenza delle liste di attesa, limitando gli adempimenti richiesti agli utenti nelle modalità di erogazione dei servizi medesimi*. Potrebbe sicuramente essere utile il contributo che il Comitato potrebbe ora svolgere in seno al Gruppo interaziendale che si è già riunito per la seconda volta.

Rilevanza del governo dei tempi di attesa. Poiché il tema del governo dei tempi d'attesa, si configura come garanzia della tempestività delle cure, esso deve rappresentare un impegno prioritario delle politiche sanitarie del servizio sanitario della Regione Sicilia (S.S.R.). Occorre pertanto che quel tema costituisca l'obiettivo prioritario per costruire un sistema regionale che possa garantire, per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero, il rispetto dei tempi massimi d'attesa, correlati ad appropriati criteri di priorità clinica, secondo un adeguato e appropriato setting assistenziale e in ordine ad una opportuna distribuzione dei servizi sul territorio, per un facile accesso alle prestazioni. Tutte le Aziende sanitarie sono quindi chiamate ad articolare, previa analisi e revisione degli aspetti organizzativi, dei dati di produzione e dei tempi d'attesa, un Piano organizzativo-operativo di riordino e rifunzionalizzazione della specialistica e della diagnostica ambulatoriale, pubblica e privata, finalizzato al ridisegno dell'offerta in una prospettiva di maggiore appropriatezza, efficienza e tempestività delle cure, e di intervenire sulla riduzione dei tempi d'attesa soprattutto per le prestazioni critiche.

Linee di azione: Sulla base dello stato normativo sopra rappresentato e dei ritardi peraltro realizzati per un piano di prenotazione interaziendale, questo Comitato intende contribuire con il presente studio per una soluzione il più possibile vicina e meno dispendiosa attraverso il seguente piano operativo, per l'attuazione del quale si suggeriscono le seguenti linee di azioni per un adeguato governo del fenomeno:

1. L'abbattimento delle liste di attesa sia previsto da disposizioni regionali ed inserito tra gli obiettivi assegnati ai Direttori generali delle Aziende, per cui il mancato raggiungimento di tali obiettivi, magari in misura ridotta rispetto al 100% (e quindi prevedere almeno un 80%) costituisce grave inadempimento contrattuale e ne comporta la decadenza automatica. Quali tempi massimi vanno osservati quelli indicati a livello nazionale:

Per le prestazioni ambulatoriali sono previsti i seguenti codici di priorità clinica:

U - urgente | da erogarsi entro 72 ore dalla richiesta

B - breve | da erogarsi entro 10 giorni dalla richiesta

D - differibile | da erogarsi entro 30 giorni dalla richiesta per le visite ambulatoriali ed entro 60 giorni per le prestazioni di diagnostica strumentale

P - programmabile | da erogarsi entro 180 giorni dalla richiesta

Per le prestazioni codificate come urgenti, per il rilevante impatto organizzativo occorrerà che la richiesta sia particolarmente motivata o documentata dai MMG/ PLS o da altro specialista.

Per le prestazioni in regime di ricovero sono previsti i seguenti codici di priorità:

A | entro 30 giorni

B | entro 60 giorni

C | entro 180 giorni

D | entro 12 mesi

Per le prestazioni, indicate nell'elenco sopra rappresentato, le Aziende sanitarie sono tenute a mettere in opera tutte le risorse e gli strumenti, soprattutto organizzativi, per garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per esse individuato, secondo i diversi codici di priorità, ad almeno il 90% degli utenti richiedenti, presso le strutture erogatrici indicate dai Programmi attuativi aziendali.

Ai fini della verifica del rispetto dei tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostico-terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema, relativamente al problema di salute posto, mentre sono escluse tutte le prestazioni di controllo e le prestazioni di screening.

Per meglio gestire le prenotazioni delle attività di ricovero, secondo le classi di priorità qui indicate, e garantire la qualità del dato ai fini del relativo monitoraggio delle S.D.O., il PNGLA 2010- 2012 indica come obbligatorio l'utilizzo delle Agende di Prenotazione dei Ricoveri nel formato e con le modalità previste nel documento prodotto dal Mattone "tempi d'attesa": Linee guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili.

2. E' fondamentale che le quattro aziende del Capoluogo, facendo proprio il punto di vista del cittadino, si siedano attorno ad un tavolo, dialoghino, interloquiscano, valutino, decidano segnalando interventi concreti ed urgenti da adottare. E' necessario che il problema delle liste di attesa venga visto secondo una ottica interaziendale superando steccati e soprattutto interessi di

categorie. Se il problema non viene visto in tale ottica le soluzioni saranno sempre parziali, inutili e pregiudizievoli per gli utenti i quali saranno costretti a rinunciare a curarsi, ad attivare una mobilità passiva con ingenti danni anche di immagine del Ssr, certificando l'inadeguatezza del servizi pubblico e la sua fine. Perciò è importante, predisporre **un Piano organizzativo-operativo di riordino e rifunzionalizzazione della specialistica e della diagnostica ambulatoriale, pubblica e privata, finalizzato al ridisegno dell'offerta in una prospettiva di maggiore appropriatezza, efficienza e tempestività delle cure per intervenire sulla riduzione dei tempi d'attesa in particolare per le prestazioni critiche. A tal riguardo contributi di studio e ricerca può anche dare il Gruppo interaziendale per il governo delle liste di attesa e la stessa Gabina regionale di Regia.**

3. Promuovere a cura delle stesse aziende un controllo stretto sul fenomeno attraverso una serie di indicatori e soprattutto con il monitoraggio costante dell'offerta, comprese azioni di rimodulazione che permettano di fronteggiare carenze e criticità riferite ad alcune prestazioni.

4. Laddove si registra una domanda forte e attese insostenibili, previa analisi del fenomeno, le Aziende abbiano le capacità di mettere in campo misure di compensazione.

5. Siano operative, da parte dei medici di famiglia, le classi di priorità, spiegandole ai cittadini ed informandoli che nulla di pregiudizievole hanno da temere da un contenuto ritardo alla soddisfazione alla loro richiesta. Questo tema deve essere centrale e va bandito il sistema di non indicare alcuna classe di priorità, segno di grave irresponsabilità professionale, come va anche bandita la pratica che il medico curante prescrive una prestazione e questa deve poi essere convalidata dallo specialista che la deve eseguire. In questi casi, se il Servizio pubblico intende controllare l'operatore, è bene prescrivere direttamente la prestazione.

6. Frenare l'utilizzo indiscriminato delle tecnologie diagnostiche e ridurre gli eccessi di medicalizzazione della società, favorendo l'introduzione nella pratica clinica solo di quelle tecnologie che, oltre ad essere supportate da concrete prove di efficacia, hanno un elevato value, senza trascurare una valutazione trasparente delle tecnologie per proteggere la salute delle persone: i dispositivi devono essere valutati criticamente, alla pari dei farmaci; i pazienti devono essere informati sulle incertezze che riguardano i rischi ed i benefici delle tecnologie, non solo sui vantaggi spesso ostentati dai media.

7. Nel sistema attuale va poi potenziato il fronte dell'offerta con il ricorso, in via temporanea, a prestazioni aggiuntive che vadano ad integrare l'attività istituzionale ove l'attesa superi il limite massimo.

8. Attivazione di disponibilità dedicate ad utenti non esenti per erogare, in regime libero-professionale, prestazioni da parte dei professionisti con il pagamento di una tariffa equivalente alla compartecipazione prevista. Per questa tipologia di libera professione a tariffa calmierata, l'adesione dei singoli professionisti potrà essere volontaria, da definire con specifici accordi aziendali che ne prevedono l'erogazione anche nelle giornate di sabato e domenica.

9. Disporre il blocco immediato dell'attività libero-professionale nelle strutture pubbliche nel caso di superamento del rapporto tra attività libero professionale e istituzionale sulle prestazioni erogate e di sfioramento dei tempi di attesa massimi già individuati dalla Regione.

10. Alleanza con il privato accreditato attraverso percorsi di tutela della priorità clinica per offrire all'utente la possibilità di avere la prestazione dal privato tutte le volte in cui nella struttura pubblica venga superato il tempo massimo di attesa.

11. Consentire al cittadino di disporre di infrastrutture di rete, (anche tramite la **Rete Civica della Salute**) sviluppando un sistema on line che permetta una serie di operazioni, quali il pagamento ticket, cancellare un appuntamento, avere facilitazioni di prenotazioni tramite i medici di famiglia, le farmacie ecc.

12. Lotta agli appuntamenti deserti sanzionando gli illeciti comportamenti degli utenti col pagamento del ticket per la prestazione non usufruita da chi ha prenotato e non ha disdettato l'appuntamento.

13. Per i ricoveri relativi ad interventi chirurgici istituire presso le Direzioni sanitarie un Registro nel quale il medico specialista prescrittore deve inserire una scheda con le informazioni relative alla procedura terapeutica, al codice di priorità; l'intervento sarà poi calendarizzato da un ufficio della Direzione sanitaria la quale provvederà ad inserire il paziente nella lista degli interventi. Analogamente

registro va istituito per i ricoveri relativamente ad accertamenti diagnostici e terapeutici delle branche di medicina.

Le azioni sopra indicate, non esaustive, sicuramente potranno migliorare la situazione generale in ordine al governo delle liste di attesa, e quanto meno potranno apportare ulteriori miglioramenti, specie se il sistema sarà sottoposto a verifica semestrale per i necessari aggiustamenti in modo da renderlo uniforme ed equo in tutte le Aziende. Diversamente la problematica si aggraverà sempre più con gravi effetti sulla salute dei cittadini, troppo spesso costretti a mettere mano al portafoglio, quando possono, per aggirare le attese troppo lunghe.

Quanto sopra premesso, si confida che le SS. LL interessino, per l'Assessorato la Cabina di Regia regionale per il governo delle liste di attesa e per l'Azienda il Gruppo Interaziendale per il governo delle liste di attesa, perché ciascuno secondo le rispettive competenze individui e pianifichi adeguate soluzioni condivise per successive azioni risolutive o quanto meno migliorative dell'attuale sistema.

Catania lì 7.12.2015

Avv. Luigi Anile Presidente del Comitato consultivo - Asp Catania

