

Claudio Maffei, già dirigente sanitario, curatore del blog, www.marchesanita.it

L'approccio della regione Marche alle liste di garanzia per i tempi di attesa ad essere garantiti per almeno tre anni sono soprattutto i budget dei privati delle Marche

Premessa

La scelta strategica dell'attuale governo della sanità marchigiana di giocare tutto o quasi sull'azzeramento delle liste di attesa ha generato una serie di accordi coi privati a tutto ed esclusivo e (come vedremo duraturo) vantaggio di questi ultimi. Questo sbilanciamento a favore del privato è tale da farti venire in mente un dubbio se si tratti di una scelta strategica o il frutto malsano di una combinazione tra fretta dei politici e approssimazione dei tecnici. Anticipo subito che per me la risposta giusta è la seconda.

Per vedere limiti e difetti di questi accordi bisogna avere molta attenzione ai particolari e un po' di conoscenze specifiche in tema di rapporto con i privati, di governo delle liste di attesa, di regole della mobilità sanitaria e di ruolo dei percorsi ambulatoriali nella risposta ai bisogni di salute della popolazione. Certo è che questi accordi che analizzeremo tra poco di fatto impegnano la Regione Marche a dare un incremento di budget ai privati di quasi 20 milioni di euro nel triennio 2019-2021.

Il punto di partenza di questa intrecciata vicenda è rappresentato dalle cosiddette liste di garanzia ovvero quelle liste a gestione da parte del CUP in cui vengono inseriti i pazienti che non trovano posto nelle liste di attesa nei tempi previsti in base alla classe di priorità (B: breve; D: differita; P: programmata) per la prestazione richiesta dal medico curante. Il tema è stato oggetto di una serie letteralmente innumerevole di delibere regionali¹ (serie che probabilmente non è finita qui) da rimandare direttamente all'ultima in ordine cronologico: la [779/2019](#). Per cui partiamo da una analisi di cosa dovrebbero rappresentare i percorsi di tutela che la Regione Marche gestisce attraverso le liste di garanzia.

I percorsi di tutela nello spirito del Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa

L'ultimo [Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa \(PNGLA\) 2019-2021](#) prevede che:

Il nuovo Piano comprende la definizione e l'applicazione di "percorsi di tutela" ovvero percorsi di accesso alternativi alle prestazioni specialistiche i quali prevedano che, qualora venga superato il tempo massimo di attesa a livello istituzionale, possa essere attivata una specifica procedura che permetta al paziente residente e per le richieste di prime prestazioni in Classe di priorità la possibilità di effettuare la prestazione presso un erogatore privato accreditato nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente.

¹ Possono essere scaricate in questa sezione del sito del Gruppo Solidarietà, <http://www.grusol.it/informazioniN.asp>.

Lo spirito alla base di questi percorsi di tutela a me sembra chiaro: se dopo aver fatto quella serie infinita di cose che il PNGLA elenca sia sul versante dell'aumento della produzione (aumento con interventi organizzativi della efficienza produttiva, accordi con i propri professionisti per l'incremento della produzione, accordi ad hoc con i privati contrattualizzati) che sul versante del miglioramento della appropriatezza delle richieste (formazione continua dei prescrittori, adozione di criteri condivisi di selezione per classe di priorità delle indicazioni, ecc.) ci sono ancora cittadini che non riescono ad avere la prenotazione nei tempi "giusti" allora si ricorre in **via straordinaria** a quei percorsi di tutela **individuale** consentendo a quel cittadino di ricorrere a **strutture private accreditate**. Mano a mano che il sistema di governo delle liste di attesa va a regime questi percorsi dovrebbero essere sempre meno necessari per un miglioramento dell'equilibrio tra domanda e offerta.

Ma perché la tutela prevede solo il ricorso al privato? Perché, a mio parere, si vuole evitare che il pubblico faccia concorrenza a se stesso: se non ce la fa a dare la prestazione al cittadino in tempo utile, allora ci pensa direttamente lui a scegliere qualche privato "esterno" che gliela fa. Ovviamente deve essere accreditato per dare garanzie di qualità.

I percorsi di tutela attraverso le liste di garanzia nelle Marche sono diventati uno strumento per incrementare strutturalmente per tre anni (e di molto) il budget dei privati

La fretta di raggiungere prima possibile il cosiddetto azzeramento delle liste di attesa si è a un certo punto incrociata con una altra urgenza della Regione Marche: risolvere il danno che gli accordi triennali 2016-2018 coi privati hanno determinato per i tetti troppo alti concessi loro per la mobilità attiva verso le altre Regioni. Nel 2017 si è per tale per tale motivo registrata per le Marche [una rimessa di 5 milioni di euro](#) di mobilità attiva dei privati non riconosciuta dalle altre Regioni. La vicenda è complicata nel suo sviluppo, ma semplice nelle sue conclusioni: come già detto, la Regione ha riconosciuto ai privati budget troppo alti per la mobilità attiva. E quei 5 milioni sono il pegno pagato per quell'errore.

E qui viene fuori uno strano ragionamento della Regione Marche. Dato che l'ASUR nel suo bilancio "storico" ha già dentro nei costi quei 5 milioni di mobilità attiva dei privati non riconosciuti (tutti solo per attività di ricovero, anche se nelle sue Delibere la Regione sbagliando dice che c'è anche dentro la attività ambulatoriale), allora secondo la Regione tanto vale destinarli ad attività per i marchigiani. E così con questa mobilità non incassata, ma storicizzata come costo, si sono finanziate ai privati le prestazioni per la gestione delle liste di garanzia. E quindi se la risposta istituzionale è carente il cittadino non se ne accorge perché viene mandato dal privato che con tutte quelle risorse il posto per quella prestazione glielo trova di sicuro.

E quindi prima si è interrotta con la [DGR 728/2019](#) la validità dell'Accordo Triennale 2016-2018 con le Case di Cura Multispecialistiche, principali responsabili di quella "rimessa", e poi si è fatto un Accordo con le stesse ([DGR 978/2019](#)) con cui si riconverte parte del budget per la mobilità attiva del precedente Accordo (il 15%) in budget finalizzato prioritariamente alla gestione delle liste di garanzia nel periodo 2019-2021 (6 milioni e passa per ciascun anno). Peccato che:

1. queste cifre non siano coperte dalle altre Regioni perché non è più mobilità attiva, ma attività per i residenti (con un incremento netto di oltre 18 milioni di euro nel budget complessivo delle Case di Cura a carico del bilancio ASUR);

2. queste cifre sono distribuite in maniera molto disomogenea nella Regione (niente per l'Area Vasta, AV, 1; poco più di 3 milioni nella AV2; circa 3,5 milioni nell'AV3 e quasi 12 nelle Aree Vaste 3 e 4 che sono di gran lunga quelle meno popolate);
3. queste cifre sono enormi e verosimilmente non verranno che consumate in parte dalle Case di Cura Private per la gestione delle liste di garanzia, specie da parte di quelle delle Aree Vaste 4 e 5

Cosa scrive allora a questo riguardo nell'[accordo](#) la Regione? Ecco qua:

*Qualora tali risorse risultassero eccedenti all'effettivo fabbisogno per le liste di garanzia o comunque superiori alle capacità produttive delle CdC aderenti alle reti di impresa di Area Vasta, saranno anche finalizzate a garantire l'erogazione di prestazioni a favore dei residenti allo scopo di ridurre la Mobilità passiva ed alla presa in carico dei ricoveri dei pazienti provenienti dal Pronto Soccorso. Tali attività verranno valutate da ASUR in dodicesimi sulla base dell'avanzamento delle richieste. Le quote di cui alla tabella 3 potranno essere compensate solo tra le sub-reti, previo accordo con ASUR. Le parti concordano che nell'ambito dell'accordo per anno 2019, la riconversione verrà calcolata in dodicesimi dalla data di sottoscrizione dell'accordo. Considerando che la gestione delle predette liste necessita di un costante rimodulazione e miglioramento dell'offerta, sulla base delle effettive necessità che si paleseranno durante il monitoraggio dei percorsi, si dà mandato ad ASUR di gestire l'intera attività di committenza sulle attività rientranti **in questo budget dedicato alle liste di garanzia** (questa parte in grassetto è mia perché l'originale era un po' criptico).*

E adesso traduco questo passaggio. Se anche questo budget per le liste di garanzia fosse troppo alto, la struttura privata faccia qualcos'altro e sarà responsabilità dell'ASUR decidere cosa (purtroppo l'Accordo fornisce sulla committenza poche indicazioni per lo più sbagliate, ma questo tema esula dalla trattazione di oggi). Addirittura, se una delle reti d'impresa che aggregano le varie Case di Cura non ce la fa a consumare in alcun modo il suo budget per le liste di garanzia può cedere la quota non consumata ad un'altra rete d'impresa purchè l'ASUR sia d'accordo. Le tariffe ambulatoriali incluse nell'Accordo sono leggermente scontate (quella di una visita specialistica è di 20 euro).

La parte in corsivo soprariportata ha dentro una vera "perla" nella prima frase che riporto di nuovo:

*Qualora tali risorse risultassero eccedenti all'effettivo fabbisogno per le liste di garanzia o **(adesso si legga bene quel che segue)** comunque superiori alle capacità produttive delle CdC aderenti alle reti di impresa di Area Vasta, saranno anche finalizzate a garantire l'erogazione di prestazioni a favore dei residenti allo scopo di ridurre la Mobilità passiva ed alla presa in carico dei ricoveri dei pazienti provenienti dal Pronto Soccorso.*

Prima parte della frase: può essere che una Casa di Cura non ce la faccia a produrre abbastanza. Seconda parte: produca comunque più che può. Difficile commentare.

Con la [DGR 978/2019](#) in conclusione la Regione:

1. ha storicizzato come costo a carico del proprio bilancio (addirittura incrementandoli) i 5 milioni di euro di mobilità attiva dei privati non incassati e "persi" nel 2017;

2. ha storicizzato per tre anni un budget dedicato alle liste di garanzia che dovevano essere dedicate ai percorsi di tutela dei casi di quei singoli cittadini che non trovano posto nelle agende del CUP, casi che dovevano diventare residuali e sempre meno numerosi nel tempo (mentre nel triennio il nuovo accordo addirittura aumenta leggermente ogni anno il corrispondente budget).

La garanzia di stabili incrementi di budget per queste liste è stata estesa ad altre strutture private dell'Area Vasta 5

Con due recenti delibere altri privati hanno beneficiato del meccanismo appena descritto messo a punto per le Case di Cura Private. La particolarità (e assurdità) di queste due DGR è che potenziano ulteriormente l'offerta nell'Area Vasta 5 già abbondantemente coperta dall'Accordo già citato per le liste di garanzia visto che lì insistono tre Case di Cura con grossi budget per la mobilità attiva e, di conseguenza, per la gestione delle liste di garanzia.

La prima (la [DGR 1330/2019](#)) riguarda l'accordo triennale 2019-2021 con una associazione che rappresenta una struttura privata accreditata di San Benedetto del Tronto erogante prestazioni di chirurgia ambulatoriale cui è stata riconosciuta la possibilità di un progetto (in questo caso definito come sperimentazione, espressione non riportata nel testo dell'accordo con le Case di Cura) per la gestione delle liste di garanzia, anche qui con tariffe scontate. Alla struttura sono stati riconosciuti per questo progetto 25.000 euro (cifra massima) per il 2019 (l'accordo è di fine ottobre) e 150.000 sia per il 2020 che per il 2021.

Si ripete anche qui la versione adattata della frase commentata prima:

Per quanto riguarda il tetto di spesa finalizzata alla sperimentazione per le liste di garanzia, qualora tali risorse risultassero eccedenti rispetto all'effettivo bisogno per tali liste o comunque superiori alle capacità produttive della Struttura ...saranno anche finalizzate a garantire l'erogazione di prestazioni a favore dei residenti allo scopo di ridurre le liste di attesa.

In questo accordo c'è un elemento di novità: in teoria la sperimentazione può essere interrotta motivatamente dall'ASUR, ma non si sa come potrebbe riuscire a farlo data la genericità dei vincoli riportati nell'Accordo.

Analogo accordo è stato fatto con un'altra struttura privata dell'Area Vasta 5 con la [DGR 1331/2019](#). Questa volta per le liste di garanzia sono previsti 50.000 euro nel 2019, 300.000 nel 2020 e nel 2021. Stesse tariffe, stessa natura sperimentale, stessa teorica revocabilità e -soprattutto - stessa Area vasta.

Ma alla fine le garanzie per chi sono?

Questo punto è fondamentale. Ma comunque così ai cittadini va meglio? Secondo me no. Innanzitutto ai cittadini va garantito il diritto ai percorsi di cura più che alle prestazioni. E siamo sicuri che con questa esplosione di budget e quindi di produzione a tariffe calmierate i percorsi di cura migliorino? Le cifre messe in campo e affidate di fatto alla autonoma gestione dei privati non

sarebbero state meglio investite nel rafforzamento delle cure primarie, tanto per fare un primo esempio? Che ci fa il cittadino con una visita specialistica fatta dal privato, magari bravissimo, che non può prescrivere nulla (non ha ricettario) e che deve per qualunque cosa rimandare alle strutture ed ai professionisti pubblici?

Le garanzie sono soprattutto per i privati che si sono ritrovati budget incrementati in modo stabile per tre anni con vincoli molto labili in termini di committenza.

L'ossessione per l'azzeramento delle liste di attesa (solo di alcune perché ad esempio di tutto quello che non è oggetto di monitoraggio nessuno pare si interessi, vedi la neuropsichiatria infantile) ha prodotto nella coda della legislatura accordi strategicamente e tecnicamente sbagliati che incideranno pesantemente nella gestione del rapporto con i privati nei primi due anni della prossima legislatura.

Nel lavoro regionale sul governo delle liste di attesa degli ultimi mesi ci sono state e ci sono buone cose: il potenziamento dei sistemi di prenotazione, l'aumento dei livelli quantitativi della produzione, l'adeguamento tecnologico, la crescita nella gestione informatizzata delle attività ambulatoriali, la maggiore diffusione della ricetta elettronica, la crescita della capacità di analisi dei dati con l'incrocio tra quelli di domanda e quelli di offerta, e altro ancora come l'avvio dei percorsi di presa in carico.

Ma gli accordi con i privati sono proprio fatti male. Verrebbe da dire ancora una volta e da pensare che non sia casuale.

Dello stesso autore sul nostro sito

- [La proposta di Piano sanitario ed il rapporto con ospedalità privata](#)
- [Mobilità sanitaria dei privati, budget e programmazione regionale](#)
- [Sulle politiche sanitarie nelle Marche](#)
- [L'organizzazione della rete delle cure palliative dell'ASUR Marche](#)

Sugli stessi temi

[Liste di attesa: un problema solo normativo o soprattutto organizzativo?](#)

13 novembre 2019