



Roberto Amici, medico, Comitato di Partecipazione dei Cittadini INRCA

Liste di attesa e prestazioni ambulatoriali: un problema solo normativo o soprattutto organizzativo?

Introduzione

Sta per uscire il [Nuovo Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa](#) ed in attesa di recepirlo è opportuno fare il punto sull'attuale stato del Piano Regionale in vigore, con particolare riferimento al problema delle liste di attesa per le prestazioni ambulatoriali. Il tema è fortemente sentito dalla popolazione ed è costantemente in testa ai problemi segnalati dai cittadini. Certamente è argomento che la politica teme da una parte e mette al centro della propria azione dall'altra.

Se si vuole affrontare la questione in modo rigoroso, è impossibile liquidarla in poche battute e immaginare soluzioni semplici: non posso quindi limitarmi ad una esposizione breve. Sarà inevitabile in primo luogo passare in rassegna alcuni fatti noti; cercherò poi anche di far emergere aspetti meno evidenti e di provare infine a proporre possibili interventi correttivi, in particolare sul piano metodologico, meno tradizionali.

Qualche considerazione generale sulle liste di attesa

Il problema non è solo marchigiano e non solo nazionale. In molti altri Paesi è studiato e sottoposto ad analisi critiche. Ne propongo come esempi possibili, per chi lo voglia, solo due nei quali sia la letteratura scientifica sia le istituzioni hanno molto prodotto: il Canada e la Scozia. La documentazione è facilmente reperibile sul web. Diversi approcci in diversi sistemi ma con il ricorso ad una metodologia rigorosa. L'ubiquità della questione ne dimostra ovviamente la complessità, ma non giustifica alcuna superficialità al riguardo.

Le norme e gli atti non mancano. Dal punto di vista della produzione di studi, norme, leggi, delibere, "determine" (virgolette dovuto all'uso di un sostantivo non previsto dal vocabolario), regolamenti l'Italia – Marche incluse -non è seconda a nessuno. La seguente è una sintesi dei principali atti sul tema. Già il [Dlgs 124/1998](#) affidava alle Regioni compiti sulla riduzione delle liste d'attesa; la [Legge finanziaria 266/2005](#) li identificava meglio e, addirittura, prevedeva risorse economiche "alla bisogna". Essa si basava su uno studio di un gruppo di lavoro del Ministero della sanità che già nel 2001 aveva, in una [Relazione finale](#), ottimamente individuato i determinanti delle liste d'attesa e, naturalmente, indicato i rimedi. Tutto materiale servito, certo con qualche ritardo, per la definizione delle Linee Guida 2010-2012 dello stesso Ministero. Queste sono fatte proprie dall'Intesa Stato-Regioni che elabora il [Piano Nazionale delle Liste di Attesa](#) (PNLA) 2010-2012 in cui sono sanciti principi, definiti criteri di priorità, indicati strumenti e metodologie nonché date alle Regioni scadenze: recepire entro 60 giorni e poi far attivare i Piani alle aziende sanitarie entro ulteriori 60 giorni. La Regione Marche le recepì 10 mesi dopo (300 giorni) con la [Delibera di Giunta \(DGR\) 1040/2011](#), mentre le Aziende si presero tempi ulteriori. Fu però necessaria una nuova [DGR \(1/2014\)](#) per disegnare delle apposite Linee Guida per le Liste di Attesa, seguite dalla [DGR 1012/2014](#) che individuava i Raggruppamenti di Attesa Omogenee (RAO), che non erano stati presi in considerazione nella DGR 1/2014. Finito? No, perché il 29/9/2015 nasce la [DGR 808](#) che definisce il Piano Regionale delle Liste di attesa 2015-2016. Avendo omissso volontariamente alcune delibere accessorie e naturalmente le "determine" varie dei Piani attuativi aziendali, si



arriva alla [DGR 640 del 14/5/2018](#) che descrive il Piano Regionale delle Liste di Attesa 2018-2020 (con il 2017 rimasto, chissà perché, orfano di Piano).

I risultati sono in larga misura insoddisfacenti. Una tale mole di produzione normativa potrebbe indurre la convinzione che finalmente si siano affrontate ed eliminate le cause (quelle che lo studio ministeriale del 2001 chiamava “i determinanti”) e, quindi, si sia risolto il problema. Ovviamente no, come percepito dai cittadini e certificato anche di recente da [Cittadinanzattiva](#). Impossibile analizzare in questa sede tutte le ragioni dell’insuccesso. Provo a fare alcune osservazioni. Che ci sia stata attenzione da parte delle istituzioni è indubbio. E ciò è buona cosa. Ma si è trattato di una attenzione rigorosamente e solo finalizzata a trovare soluzioni a favore dei cittadini? Oppure si è trattato soprattutto della necessità di adempiere ad obblighi normativi con scadenze e verifiche imposte dal Ministero? O della opportunità di mostrare un attivismo indipendente dai risultati, ma che avesse ricadute sul piano del consenso? Non mi azzardo a dare giudizi, ma certo la persistente attualità della questione delle liste di attesa dimostra che molte ancora sono le cose da fare (sperabilmente non solo altre delibere).

Cosa non va e andrebbe migliorato nel ricco apparato di delibere regionali

Partiamo dal **coinvolgimento dei cosiddetti stakeholder** (in primo luogo: **gli utenti e gli operatori**). Ci sono state nelle Marche proposte concrete e strutturate da parte di Unità operative (2006) nell’ambito di Aree vaste, di Organizzazioni sindacali (intorno al 2010), di Associazioni di cittadini (2012) dimostrative di un forte desiderio e di una notevole capacità propositiva proveniente “dal basso”. Tutte cadute sostanzialmente nel vuoto in un sistema evidentemente refrattario all’organizzazione “bottom-up” (dal basso verso l’alto), anche se a parole e negli atti sempre dichiaratamente convinto dell’importanza dell’*empowerment* (il coinvolgimento attivo degli stakeholder). Di alcune di queste ho ritrovato la documentazione. Chissà, qualche spunto più pratico e meno burocratico in esse si sarebbe potuto trovare.

La DGR [808/2015](#) **abolisce il Tavolo di Monitoraggio regionale** (presente invece nella [DGR 1/2014](#)) in cui era prevista una rappresentanza dei cittadini ed istituisce il Gruppo Operativo Regionale, composto tutto da tecnici interni al sistema e presieduto dal Direttore del Servizio Salute. Al di là del (modesto fino ad oggi) funzionamento dell’uno e dell’altro, perché ridurre ancor di più la già pochissima possibilità dei cittadini di partecipare?

Evidente (nelle delibere e nei sistemi di comunicazione aziendali) la **reticenza nel dichiarare in modo esplicito i diritti dei cittadini** quando i tempi massimi di attesa, nelle tipologie previste, non siano rispettati. I cittadini avrebbero diritto in base alla norma alle prestazioni nei tempi previsti e “vicino casa”. E vicino casa non vuol dire tutta la Regione (come di fatto avviene al CUP), ma al massimo l’Area vasta. Nulla si dice relativamente al diritto di accedere a prestazioni libero-professionali intra-moenia (con il solo pagamento del ticket, se dovuto) o addirittura a prestazioni esterne ed il relativo “accollo” delle spese da parte dell’Azienda. Così da un lato c’è la scarsa informazione agli aventi diritto, dall’altra l’incapacità dei decisori di attrezzarsi/organizzarsi/dotarsi di risorse per rendere tale diritto fruibile.

C’è poi il tema della **appropriatezza**, che è una questione chiave dato l’altissimo numero di richieste prive di adeguate motivazioni cliniche. Questo concetto nelle delibere e - soprattutto - nella pratica operativa sembra esaurirsi nella obbligatorietà di precisare se si tratti di prima visita/prima prestazione o controllo e in quello, nel primo caso, di specificare la classe di priorità.



Tale approccio, al di là di generiche affermazioni di principio, è ricorrente nelle varie delibere, perché è quello su cui si esercita anche la funzione di verifica. Sulla questione delle prime visite/prime prestazioni torno fra un po', ma l'appropriatezza (di visite, esami e prescrittiva) significa fare SOLO quello che serve, QUANDO serve, nel MODO più consono al bisogno REALE del paziente. Significa quindi tendere ad essere ragionevolmente certi della effettiva necessità della richiesta. Bene la priorità, bene la prima richiesta (con dei limiti), ma l'obiettivo prioritario deve essere che chi elabora la richiesta lo faccia per una visita/esame/prestazione (che sia o non la prima) di cui ci sia davvero bisogno. E attualmente questo aspetto è richiamato negli atti, ma non presidiato nelle azioni.

Scarsa la severità dei controlli sulla libera professione, possibilità offerta spesso dallo stesso CUP (e non solo dalla *vulgata*) non come possibile utilizzo integrativo /sostitutivo (con ticket) in caso di inadempienza rispetto ai tempi massimi, ma come alternativa (a pagamento completo) per tagliare i tempi (ovviamente: senza alcuna verifica dell'appropriatezza). Il che certamente esacerba gli animi e alimenta il giudizio negativo dei cittadini verso l'istituzione pubblica.

La **definizione inadeguata di prima visita/primo esame strumentale** (quel tipo di prestazione per cui, relativamente alle poco di più di 40 elencate negli atti, scattano i tempi massimi di attesa). Qui è meglio aprire una parentesi. Alla base della filosofia delle politiche per il governo delle liste di attesa c'è il diverso percorso che dovrebbero fare le prestazioni per il monitoraggio dei pazienti cronici e per l'approfondimento diagnostico dei casi già valutati dallo specialista rispetto a quelle da effettuarsi per la valutazione di "nuove" situazioni. Le prestazioni di monitoraggio e quelle di approfondimento dovrebbero essere di regola prescritte e prenotate dallo specialista. Le altre dovrebbero essere prescritte dal medico curante e prenotate tramite il CUP. Le delibere insistono sempre sul fatto che nel caso delle "prime" prestazioni (quelle da CUP per intenderci) si tratta delle prestazioni critiche che rappresentano il primo contatto col sistema e sono dirimenti per la diagnosi e sottolineano che vanno differenziate dalle prestazioni di controllo le quali quindi "escono dalla logica delle liste di attesa". Per questo solo le prime sono sottoposte a verifica. Le delibere però citano in modo letterale, ma parziale, le Linee Guida ministeriali perché dimenticano sempre che queste ultime aggiungono poi "... ovvero quello che rappresentano il primo contatto con il sistema relativamente AL PROBLEMA DI SALUTE POSTO". La questione non è solo semantica. Si pensi alle polipatologie, che certo hanno problemi di controlli anche sistematici, ma in cui NUOVI PROBLEMI spesso si pongono in scenari clinici che possono essere fortemente mutevoli. Inutile negare che ciò non può che ampliare la platea delle possibili "prime visite/primi esami strumentali". Non è abbattendo in modo burocratico i bisogni reali che ci si difende dalle richieste. Dunque, di nuovo, è la certezza di una richiesta appropriata che fa/farebbe la vera differenza.

Le delibere dichiarano in modo sistematico che tutte le innovazioni avverranno a **costo zero**. Si tratta di una dichiarazione ormai costante nelle delibere sulla sanità e, temo, anche in molte altre. Non credo esista alcun imprenditore, anche piccolo, che non sappia che qualunque innovazione ha bisogno di un investimento e, quindi, di risorse. Può darsi che, a regime, l'innovazione produca un ri-equilibrio dei costi e che, quindi, l'investimento sia riassorbito dai risparmi prodotti. In un certo lasso di tempo, però. Per non affidarsi al caso o alla buona sorte bisognerebbe dunque identificare, nelle delibere, da quali costi cessanti o decrescenti deriveranno le risorse necessarie per le innovazioni indicate. Impensabile semplicemente "ordinare" ai Direttori il raggiungimento di risultati senza una preventiva analisi del riassetto organizzativo necessario, magari da condividere con essi e, perché no, con le Associazioni dei cittadini. I generali che ordinavano ai soldati di



conquistare le colline senza spiegare perché e senza i mezzi per farlo hanno sempre perso le guerre. E i soldati la vita.

Che fare dunque?

Partirei da cosa NON bisogna fare:

- 1) scambiare la scrittura di una delibera come l'obiettivo (questo vale anche per le leggi, i regolamenti, le norme in genere): essa è solo uno strumento;
- 2) non considerare cittadini e operatori come interlocutori da valorizzare nei documenti e nei comunicati salvo poi escluderli dal confronto nella prassi;
- 3) ritenere possibile (vale per le liste di attesa, ma anche per il sistema informativo, gli ospedali di comunità, le strutture territoriali, l'ADI, le cure intermedie e molto altro) che si possa innovare senza investire;
- 4) decidere senza conoscere i dati e, soprattutto, senza conoscere quelli che davvero servono per decidere. Ad esempio, relativamente alle liste di attesa, non basta conoscere i punti di erogazione e la loro "produzione" quantitativa ma poi trascurare quanto personale medico, tecnico e infermieristico è dedicato all'attività ambulatoriale, non tenere conto se esso è impiegato o meno anche nell'attività di Reparto (e se per caso il personale è carente già solo per l'attività di Reparto), se in quel punto di erogazione c'è equilibrio fra attività libero professionale e non, se i locali sono adeguati, se le attrezzature sono obsolete, e così via;
- 5) decidere senza una preventiva analisi dell'esistente (di cui la raccolta dei dati è un aspetto fondamentale) e senza mettere in campo una progettualità rigorosa che censisca i problemi, ne definisca le priorità, disegni tempi e modi, proceda per sperimentazioni graduali valutando via via in modo critico i risultati.

Sul **piano del metodo** ognuna delle 5 cose assolutamente da non fare indirizza verso una cosa (opposta) assolutamente da fare, su cui, a questo punto, non ritengo necessario dilungarmi. Si tratta adesso di capire cosa fare poi **sul piano operativo**. Cioè, come si fa a passare dal piano *enunciativo / declamativo / burocratico* (quello delle norme / delibere / "determine") a quello *reale*?

Utilizzo un **diagramma di causa-effetto**: lo so è un po' complesso, ma non ci sono modi più semplici per schematizzare una questione così difficile. Lo integro anche con cause extra-sistema sanitario (**figura 1**). Sono identificate, come si può vedere, 3 cause esterne al sistema sanitario e 21 cause interne (i determinanti) del problema: dire che la lunghezza dei tempi di attesa abbia una genesi multifattoriale è ovvio, ma potrebbe essere scoraggiante. E mettere in rilievo che dei 21 determinanti interni la questione del primo accesso e della priorità è solo la sub-causa 2d della causa n. 2/21 (scarsa appropriatezza) che prevede da sola altre 4 sub-cause, può essere perfino imbarazzante. Questo non significa sostenere che primo accesso e priorità valgano solo una frazione ulteriore di un/ventunesimo del problema: infatti non tutti i determinanti hanno lo stesso peso, ma tale posizionamento nella topografia delle cause credo renda comprensibile perché agendo su una sola causa sia impensabile che il problema sia risolto. Ho anche indicato nello schema (NB) che esistono interazioni e interconnessioni fra le diverse cause della lunghezza delle liste di attesa, così come effetti indiretti su altri punti del sistema (ad esempio sul Pronto Soccorso). Peraltro a chi sia davvero scoraggiato per la complessità va detto che alcune delle



cause sono contigue (e, appunto, interrelate), per cui è sensato ritenere che un approccio razionale possa raggrupparle e consentire di affrontarle in modo contestuale.

Non è questa l'occasione per affrontare una per una le cause potenziali di un allungamento delle liste di attesa (e i possibili rimedi) in modo da delineare un approccio operativo complessivo. Infatti, ad esempio, sarebbe impossibile in questa sede spiegare un'evoluzione (fattibile ma con tempi e metodologie rigorose) del CUP verso un sistema di accoglienza/presa in carico capace di indirizzare/accompagnare il paziente verso la prestazione/il percorso più appropriato per il suo bisogno. Oppure analizzare in modo sufficientemente approfondito se e come l'aumento di prestazioni offerte possa essere una risposta ragionevole: talvolta sì (in Emilia-Romagna questa strada è stata affrontata) ma solo in certi contesti e comunque con forti limiti, producendo sempre un contestuale aumento della domanda.

Allora affronterò **solo un raggruppamento di cause** su cui identificare un'azione organizzativa, partendo però da una premessa operativa da adottare anche per altri raggruppamenti: ogni intervento sulle liste di attesa deve identificare un gruppo di lavoro e le figure professionali (SEMPRE di più discipline e di più competenze), chi è il coordinatore/responsabile, qual è (o quali sono) gli obiettivi specifici (misurabili) rispetto al problema, quali sono le risorse (di persone, di tempo/lavoro, strumentali), quale il cronogramma, quali le verifiche, quali i premi per i risultati (se il gruppo lavorerà in extra-tempo). Credo sia evidente che NON si deve trattare del solito "tavolo", spesso inconcludente e dispersivo che, quand'anche produca qualcosa, produce solo "carta" (e spesso neanche questa): di esempi storici nel nostro piccolo mondo ne esistono tanti.

Il mio esempio (che nasce da [esperienze sul campo anche recenti su temi di pari complessità come la dimissione protetta dagli ospedali](#)): poniamo di voler affrontare in un determinato contesto organizzativo i determinanti da 2 a 5 sotto riprodotti dal diagramma di causa-effetto. Come si vede, creo un raggruppamento in cui è compreso anche il problema considerato "principe" delle delibere e cioè le richieste carenti per cause/priorità/tipo di accesso. Il raggruppamento nasce dalle interazioni/interconnessioni dei singoli aspetti organizzativi e cerca di tener anche conto di effetti non solo sulle liste di attesa ma anche, ad esempio, sull'affollamento al Pronto Soccorso. Ciò sarà utile per coinvolgere non solo i soggetti direttamente interessati, ma anche quelli su cui si ripercuotono gli effetti del mancato governo delle liste di attesa in modo da disegnare in modo cooperativo i possibili rimedi. Ecco quei determinanti:

- 2 Scarsa appropriatezza domanda
 - 2a CUP incapace di selezionare la domanda
 - 2b Mancanza/limiti applicazione Linee Guida
 - 2c Non applicazione PDT / RAO
 - 2d Richieste carenti per cause/priorità/primo accesso**
 - 2e Presenza punti prenotazione differenziati
- 3 Carenza follow up programmati alla dimissione
- 4 Carenza/impossibilità attivazione ADI
- 5 Carenza/assenza cooperazione sistematica
 - 5a fra Ospedale e Distretto
 - 5b fra Ospedalieri, MMG e specialisti convenzionati

Partiamo dalla identificazione di chi siano i soggetti (professionali, istituzionali, rappresentanti dei cittadini) che in quel determinato contesto dovranno costituire il gruppo di lavoro di base (il team



multidisciplinare). Facciamo conto che siano rappresentati da: Medico ed infermiere ospedaliero, Medico di Medicina Generale, Medico ed infermiere del Distretto, Assistente sociale, dirigente URP, rappresentante/i dei Comitati di partecipazione. Il team deve essere di non più di 10-15 persone per essere gestibile; si avvale di volta in volta anche di soggetti che per competenza e conoscenza siano ritenuti utili o necessari ai fini della elaborazione di parti del progetto.

L'obiettivo da raggiungere, nell'esempio, è quello di affrontare i punti da 2 a 5 presentando le modalità, pur differenziate nei tempi, per una soluzione concretamente raggiungibile. Nel team va scelto il coordinatore, che sarà responsabile della comunicazione/informazione, della sintesi degli incontri, del rispetto dei tempi. L'area di intervento di cui il team è incaricato di occuparsi deve essere sufficientemente grande per essere rappresentativa, ma non troppo grande per non correre il rischio che la progettazione sia ingovernabile: l'Area vasta è identificabile come l'estensione ideale. Opportuna anche nel caso in cui si voglia intraprendere una sperimentazione da mettere a disposizione altrove.

Le Direzioni coinvolte (ASUR, Aree Vaste, Aziende Ospedaliere, INRCA e – in alcuni casi – il Servizio Salute) ufficializzano il progetto formalizzando di conseguenza il diritto/dovere dei dipendenti di utilizzare il tempo di lavoro necessario per parteciparvi. La Regione (che agisce avvalendosi dell'Agenzia Regionale Sanitaria) coinvolge i MMG (se possibile in modo formale, altrimenti impiegando uno o più professionisti su base volontaria), attribuisce ad una Azienda in particolare la responsabilità della supervisione del progetto, precisa le risorse economiche necessarie, compresi i premi per il raggiungimento del risultato e le mette a disposizione in accordo con le Aziende.

Il team definisce in modo operativo il progetto, attiva la raccolta dei dati necessari (o di quelli disponibili), verifica le cause identificate, ne analizza le priorità, la strategia per affrontarle e i soggetti coinvolti, disegna il cronogramma articolato degli interventi, gli indicatori, stabilisce chi farà cosa e quando, le verifiche e le eventuali revisioni parziali e finali, la reportistica, la comunicazione interna ed esterna. Se ritenuto necessario programma una breve sperimentazione preliminare.

La Figura 2 definisce il **cronogramma** su un arco di 10 mesi. Ogni singolo intervento previsto, nel progetto operativo, si attua naturalmente in successive azioni per consentire il risultato nel tempo previsto. Dovrei però qui entrare in una ulteriore analisi, impossibile nella presente descrizione, ma assolutamente possibile e ovviamente necessaria se la metodologia proposta venisse approvata. Un metodo analogo potrebbe essere seguito per gli altri determinanti delle liste di attesa, affidandolo a veri progetti operativi, a veri gruppi di lavoro, a vere risorse, a vere scadenze e a vere verifiche: un lavoro che potrebbe essere fatto in parallelo e, quindi, in modo contestuale. E, per la verità, lo stesso metodo sarebbe necessario anche per altri problemi che il sistema sanitario regionale deve affrontare.

La consapevolezza delle difficoltà può aiutare a comprendere che questioni complesse hanno bisogno di progettazioni complesse, di tempi adeguati, di risorse, di professionalità diverse, di partecipazione dei cittadini. E ovviamente di dati, di competenze, di conoscenze che non possono essere improvvisate. Le decisioni adeguate ai bisogni non possono che derivare da tale rigorosa preparazione: sia in termini di efficienza (e quindi di appropriato impiego delle risorse) sia di efficacia (e quindi in termini di risultati di salute per i cittadini).

(Allegato n. 1)		LISTE DI ATTESA - Diagramma Causa-Effetto	
Cause indipendenti dal sistema			
1	Elevata età media della popolazione (demografia)		
2	Società orientata al "consumismo sanitario"		
3	Inappropriato ricorso a informazioni sul web		
		Diagramma Causa-Effetto	
Cause dipendenti dal sistema			
Metodi		Personale	
1	Mancanza dati certi di riferimento sui punti di erogazione	(Non solo visite e prestazioni ma anche Q, risorse, LP)	1 Numero professionisti insufficienti
2	Scarsa appropriatezza domanda		2 Formazione/training inadeguato
2a	CUP incapace di selezionare la domanda	(Necessità di vero Sistema di accogl/indirizzo)	3 Competenze inadeguate
2b	Mancanza/carenza applicaz Linee Guida		
2c	Non applicazione PDT / RAO		
2d	Richieste carenti per cause/priorità/primo accesso		
2e	Presenza punti prenotazione differenziati		
3	Carenza follow up programmati alla dimissione		
4	Carenza/impossibilità attivazione ADI		
5	Carenza/assenza cooperazione sistematica		
5a	fra Ospedale e Distretto		
5b	fra Medici Ospedalieri, MMG, specialisti convenzionati		
6	Difficoltà invio in strutture territoriali di pz che ne abbiano bisogno		
7	Libera professione concorrenziale		
8	Organizzazione/pianificazione prestazioni inefficiente		
9	Carenza del sistema informativo (e/o insufficiente utilizzo)		
10	Mancanza di campagne sistematiche informative alla popolazione		
		Liste attese ↑	
Strutture		Attrezzature	
1	Punti di erogazione insufficienti		1 Mancanza attrezzature diagnostiche
2	Punti di erogazione logisticamente non raggiungibili da tutti		2 Obsolescenza attrezzature
3	Barriere architettoniche		3 Carenza dell'hardware
4	Spazi insufficienti		
5	Offerta insufficiente		
NB:		NB:	
Interazioni/interdipendenze "INTERNE" (fra cause diverse e, quindi, anche fra eventuali azioni correttive)		Interazioni/interdipendenza "ESTERNE" (sul PS, sul territorio, sulla prevenzione, sulla integrazione socio-sanitaria, sulle fragilità, sulla emergenza)	

[illegible]