

LISTE D'ATTESA PRIORITÀ DI POLITICA SANITARIA **Policy Brief**

n° 5 – Maggio 2024

Il Ministero della Salute prepara il decreto ministeriale per abbattere le liste d'attesa, una vera piaga per il SSN. Ora si avvia una fase di confronto con il MEF per il reperimento dei fondi.

Angelo Avogaro, Presidente della Società Italiana di Diabetologia - SID
Federico Serra, Responsabile relazioni istituzionali della Società Italiana di Diabetologia - SID

Introduzione

Le liste d'attesa sono il nemico numero uno dei pazienti, tanto che circa 3 milioni di italiani dei 4,5 milioni complessivi che hanno rinunciato a curarsi nel 2023 lo hanno fatto proprio a causa di attese troppo lunghe per curarsi. Una emergenza nazionale contro la quale anche il Governo vuole provare a correre ai ripari con un decreto-legge attese a breve in Consiglio dei ministri. Il Ministero della Salute in tal senso ha preparato il decreto con il quale il ministro della Salute, Orazio Schillaci, punta ad abbattere il fenomeno delle liste d'attesa, che penalizza il SSN, i medici e i cittadini. Il Decreto è atteso in Consiglio dei ministri per il 3 giugno e una prima bozza. Il documento potrebbe avere delle modifiche alla luce del confronto tra Ministero della Salute e MEF, riguardo la copertura finanziaria. Un documento che diversi punti, che vanno dalla Carta dei diritti dei cittadini, fino ad arrivare agli obblighi di comunicazione e trasparenza da parte delle aziende sanitarie.

Inoltre, viene istituito un Sistema Nazionale di Governo delle Liste di Attesa, si definisce l'interoperabilità tra Cup e questa piena interoperabilità dei centri di prenotazione degli erogatori privati accreditati con i competenti Cup territoriali costituirà condizione preliminare, a pena di nullità, per la stipula degli accordi contrattuali per l'accreditamento delle strutture sanitarie. Compito dei Cup sarà anche quello di attivare un servizio di "Recall" per ricordare ai pazienti il loro appuntamento. Se questi non si presenteranno alla visita senza disdirla, dovranno pagare la prestazione.

Inoltre, cambia poi il tetto di spesa per il personale sanitario che diventa meno stringente, così come le tariffe orarie per le prestazioni aggiuntive svolte dal personale medico e del comparto sanitario. Il Decreto pone una nuova stretta per contrastare il fenomeno dei gettonisti in corsia e si introducono nuove misure nell'ambito della farmacia dei servizi.

Policy Options

Option 1. Potenziamento della rete endocrino-metabolica

Option 2. Promozione di una strategia di integrated care che veda il diabetologo driver di processo

Option 3: Sinergie con le Farmacia dei servizi

Option 4: Ridurre il divario socio-sanitario-assistenziale tra nord e sud

Option 5: Potenziamento della rete endocrino-metabolica

Option 6: Potenziamento dei servizi di Telemedicina

Alle farmacie dei servizi nella bozza di decreto-legge sul contenimento delle liste d'attesa vengono esternalizzate sul territorio alcune prestazioni che il servizio sanitario dovrebbe erogare in ospedale o nei laboratori convenzionati ma che non riesce a garantire.

COSA PREVEDE IL DECRETO LEGGE

Di seguito una sintesi, della bozza attesa nei primi giorni di giugno in Consiglio dei ministri.

L'articolo 1 presenta una Carta dei diritti dei cittadini ai fini dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza. Tra le altre cose, i cittadini hanno diritto ad accedere alle liste d'attesa senza incorrere nella sospensione delle prenotazioni; all'effettiva erogazione delle prestazioni sanitarie nell'ambito delle strutture pubbliche e private accreditate; al rispetto dei tempi di attesa; ad una comunicazione trasparente sia in merito ai tempi di attesa massimi previsti, sia sulla tipologia dei percorsi di presa in carico delle richieste per le quali il Servizio sanitario non sia in grado al momento della prenotazione di offrire la prestazione nei tempi garantiti unitamente alla definizione delle modalità di erogazione delle prestazioni.

Le Regioni dovranno attuare ogni utile iniziativa per garantire l'effettiva erogazione delle prestazioni sanitarie nell'ambito delle strutture pubbliche e private accreditate, per garantire il rispetto dei tempi di attesa, per monitorare e vigilare sui risultati raggiunti, prevedendo, in caso contrario, idonee misure da adottare nei confronti dei direttori generali delle aziende sanitarie.

In caso di sospensione delle attività di prenotazione delle prestazioni le sanzioni vengono inasprite da 2.000 a 10.000 euro, e da 8.000 a 30.000 euro per violazioni del registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri.

All'articolo 2 si specifica come, ad ognuna delle seguenti classi di priorità, corrisponda una diversa tempistica di erogazione della prestazione sanitaria:

a) classe U (Urgente): entro 72 ore dalla richiesta di prestazione;

- b) classe B (Breve attesa): entro 10 giorni dalla prenotazione;
- c) classe D (Differita): entro 30 giorni per le visite ovvero 60 giorni per gli accertamenti diagnostici dalla prenotazione;
- d) classe P (Programmabile): entro 120 giorni dalla prenotazione secondo indicazione del medico prescrittore.

Per l'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, le aziende sanitarie locali erogano le prestazioni sanitarie nei confronti dei propri assistiti anche tramite l'offerta delle aziende ospedaliere, nonché degli erogatori privati accreditati, previa stipula di accordi contrattuali. Queste dovranno erogare almeno il 90% delle prestazioni entro i tempi massimi previsti da ogni classe di priorità.

I direttori generali delle aziende sanitarie locali e ospedaliere dovranno elaborare annualmente un documento di programmazione che contiene l'analisi e la previsione relative alla domanda di prestazioni ambulatoriali proveniente dai propri assistiti e alla corrispondente offerta aziendale, comprensiva anche di quella delle aziende ospedaliere nonché degli erogatori privati accreditati.

Le aziende sanitarie locali e ospedaliere nonché gli erogatori privati accreditati garantiscono l'utilizzo degli strumenti di telemedicina, tra cui il teleconsulto, quali strumenti di integrazione tra i medici ospedalieri e i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta di afferenza territoriale.

Con l'articolo 3, al fine di implementare l'efficacia del coordinamento di livello nazionale per la riduzione e il superamento delle liste di attesa, con particolare riguardo alla risoluzione delle disuguaglianze regionali e del fenomeno della mobilità attiva e passiva, viene istituito presso il Ministero della salute è istituito il Sistema Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (Singla).

Questo, tra i suoi diversi compiti, dovrà analizzare il fabbisogno di prestazioni ambulatoriali e in ricovero ordinario e Day Hospital attraverso l'individuazione del livello delle prestazioni attese nelle diverse regioni, nelle loro articolazioni territoriali, per ambiti di patologia e per percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (Pdta), adottando uno specifico strumento operativo finalizzato a determinare i livelli di prestazioni attese, idoneo a un'analisi puntuale dei bisogni che

consenta il superamento dell'attuale modello di valutazione basato sui valori storicizzati delle prestazioni erogate nel passato.

Dovrà poi governare la domanda delle prestazioni attraverso la promozione della appropriatezza prescrittiva e organizzativa in collaborazione con i medici di famiglia e i pediatri di libera scelta; identificare e dimensionare il sistema d'offerta necessario per garantire la risposta alla domanda di prestazioni attese; integrare il modello di governance del Ssn basato sul Nuovo Sistema di Garanzia (Nsg) con indicatori di monitoraggio riguardanti le liste di attesa; collegare strutturalmente i sistemi regionali e aziendali di governo delle liste di attesa ai ruoli di rete nel Servizio sanitario regionale (Ssr) quali il sistema dell'emergenza urgenza, delle reti tempo-dipendenti, delle reti di patologia, i sistemi di risposta tempestiva e di prevenzione e controllo in caso di eventi catastrofici di tipo biologico e non biologico; definire un piano di formazione dei professionisti sanitari per promuovere l'appropriatezza prescrittiva e organizzativa.

E ancora, definire un piano di comunicazione istituzionale diretto ai cittadini per informarli dei propri diritti e delle responsabilità in merito al corretto utilizzo del Cup; promuovere il collegamento dei sistemi di prenotazione con il Fse; introdurre il monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri; e rafforzare strumenti di monitoraggio dell'equilibrio tra offerta istituzionale e attività libero professionale intramoenia (Alpi), sia per le prestazioni ambulatoriali che di ricovero.

Il funzionamento del Sistema nazionale di governo delle liste d'attesa (Singla) è disciplinato all'articolo 4. Questo sarà governato da una Cabina di Regia (CdR) istituita presso il Ministero della salute e presieduta dal Ministro della salute. Alla CdR partecipano il capo di gabinetto del Ministero della salute; due rappresentanti delle regioni designati dalla Conferenza Stato Regioni; il capo Dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche in favore del Ssn; il capo Dipartimento della prevenzione, della ricerca e delle emergenze sanitarie; il direttore generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria; il direttore responsabile dei sistemi informativi del Ministero della salute; il presidente dell'Istituto Superiore di Sanità (Iss); il direttore dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas).

La CdR sovrintende all'elaborazione del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa e vigila sull'attuazione delle misure previste dal decreto e si avvale del supporto dell'Osservatorio nazionale delle liste di attesa.

Il Singla individua e adotta specifici strumenti per la promozione dell'appropriatezza prescrittiva e delle prestazioni rese, attraverso l'implementazione del “Sistema Nazionale delle Linee Guida” (Snlg) adottato dall'Iss e tenendo conto del programma nazionale di “Buone Pratiche Cliniche”, sviluppato dall'Iss in collaborazione con l'Agenas, e con il monitoraggio del Ministero della salute.

All'articolo 5 troviamo il Piano nazionale del governo delle liste di attesa (Pingla). Con il Pingla il Ministero della Salute definisce apposite Linee di Indirizzo rivolte alle regioni, dirette all'allineamento della domanda di assistenza sanitaria, definendo standard nazionali di natura organizzativa, tecnologica e infrastrutturale, rilevanti anche per la revisione e l'aggiornamento degli standard assistenziali relativi all'assistenza ospedaliera e territoriale.

Le regioni, in coerenza con le Linee di indirizzo di cui al comma 1, definiscono i “Piani regionali di contenimento e recupero delle liste di attesa” nell'ambito dei quali è stimato il fabbisogno regionale di prestazioni per ogni branca specialistica per provincia e per area metropolitana, programmando la struttura di offerta.

Le disposizioni per il governo delle liste d'attesa vengono specificate all'articolo 6. L'Agenas effettuerà il monitoraggio nazionale sul rispetto dei tempi massimi di attesa per classi di priorità e le prestazioni prenotate in regime istituzionale e in regime di libera professione intramoenia (Alpi).

Al fine di implementare il livello di monitorabilità del sistema di erogazione delle prestazioni nell'ambito del Ssn, l'erogazione delle prestazioni nell'ambito del Servizio sanitario nazionale richiede l'utilizzo di strumenti di prescrizione dematerializzati e interoperabili che individuino il quesito diagnostico anche in base all'assegnazione dell'appropriata classe di priorità da parte del medico prescrittore.

L'articolo 7 stabilisce l'istituzione presso Agenas della Piattaforma nazionale delle Liste di Attesa finalizzata a realizzare l'interoperabilità con le piattaforme per le liste di attesa relative a ciascuna regione. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del Ministro della salute, sono adottate specifiche linee guida per definire le modalità attuative della predetta interoperabilità tra la Piattaforma nazionale e le piattaforme regionali.

La piattaforma ha l'obiettivo di garantire l'efficacia del monitoraggio di livello nazionale in merito alla:

- a) misurazione delle prestazioni in lista di attesa sul territorio nazionale;
- b) disponibilità di agende sia per il sistema pubblico che per gli erogatori privati accreditati;
- c) verifica del rispetto del divieto di sospensione delle attività di prenotazione;
- d) modulazione dei tempi di attesa in relazione alle classi di priorità;
- e) produttività con tasso di saturazione delle risorse umane e tecnologiche;
- f) attuazione decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77;
- g) appropriatezza nell'accesso alle prestazioni, in coerenza con i criteri Raggruppamenti Omogenei di Attesa (RAO) e con le raccomandazioni previste nelle Linee guida e suggerite nelle Buone pratiche clinico-assistenziali.

A fronte di inefficienze o anomalie emerse a seguito del controllo delle agende di prenotazione, l'Agenas può attuare meccanismi di audit nei confronti delle aziende sanitarie.

All'articolo 8 si istituisce, sul sito internet istituzionale del Ministero della salute, il registro delle segnalazioni per il mancato rispetto dei diritti dei cittadini. Con decreto del Ministro della salute, da adottarsi entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, è stabilita la composizione dell'Osservatorio Nazionale delle Liste di Attesa, cui partecipano comunque i rappresentanti regionali designati dalla Conferenza Stato Regioni e i rappresentanti delle organizzazioni civiche di tutela della salute, e sono definite le modalità di raccolta e analisi delle segnalazioni pervenute e delle problematiche più rilevanti analizzate.

Gli erogatori pubblici e gli erogatori privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali afferiscono al Centro unico di prenotazione (Cup) che è unico a livello regionale o infra-regionale, come chiarito all'articolo 9.

La piena interoperabilità dei centri di prenotazione degli erogatori privati accreditati con i competenti Cup territoriali costituirà condizione preliminare, a pena di nullità, per la stipula degli accordi contrattuali per l'accreditamento delle strutture sanitarie. Inoltre, l'implementazione, da parte delle strutture sanitarie private autorizzate, di una piena interoperabilità del proprio sistema di prenotazione e di accesso alle prestazioni con il sistema dei Cup costituirà uno specifico elemento di valutazione.

Il Cup dovrà attivare un sistema di "Recall" per ricordare all'assistito la data di erogazione della prestazione, per richiedere la conferma o per la cancellazione delle prenotazioni, da effettuarsi almeno due giorni lavorativi prima dell'erogazione della prestazione, anche in modalità on demand, nonché sistemi di ottimizzazione delle agende di prenotazione, secondo le indicazioni tecniche indicate in linee guida omogenee di livello nazionale, adottate con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza Stato Regioni. In caso di assenza ingiustificata e visita non annullata, l'assistito può essere tenuto al pagamento all'erogatore pubblico o privato accreditato della quota ordinaria di partecipazione al costo stabilita dalle norme vigenti alla data dell'appuntamento, per la prestazione prenotata e non usufruita.

Al fine di ridurre i tempi delle liste di attesa e di evitare le degenze prolungate dovute alla mancanza di disponibilità per gli esami diagnostici, le visite diagnostiche e specialistiche, come spiegato all'articolo 10, possono essere effettuate nei giorni di sabato e domenica e la fascia oraria per l'erogazione di tali prestazioni può essere prolungata.

L'articolo 11 spiega poi che il tetto di spesa per il personale sanitario è incrementato a livello regionale, per l'anno 2024, di un importo complessivo pari al 25% dell'incremento del fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente. A decorrere dal 2025, la spesa per il personale delle aziende e degli enti del Ssn, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario

standard cui concorre lo Stato è determinata sulla base della metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale del Ssn di cui al DM 24 gennaio 2023.

L'articolo 12 interviene in materia di tariffe orarie per le prestazioni aggiuntive svolte dal personale medico e del comparto sanitario. La manovra ha autorizzato Regioni a potersi avvalere fino al 31 dicembre 2024 delle misure previste dall'incremento tariffa oraria prestazioni aggiuntive personale medico e sanitario, potendo coinvolgere anche le strutture private accreditate in deroga alla normativa vigente sui limiti dati dal tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati, relativamente all'aggiornamento del tetto di spesa per tali acquisti, al fine di garantire l'attuazione dei Piani operativi per il recupero delle liste d'attesa. Il limite di spesa previsto per l'attuazione delle misure è fissato ad una quota non superiore allo 0,4% del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2024. Impatto da 520 mln. Nella predetta quota dello 0,4%, si spiega ora, si considerano anche gli emolumenti corrisposti ai medici specialisti con incarichi di lavoro autonomo finalizzati al recupero delle liste d'attesa.

I compensi erogati per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 89, comma 2 del contratto collettivo nazionale di lavoro dell'area sanità - triennio 2019-2021, del 23 gennaio 2024, rideterminati ai sensi dell'articolo 1, comma 218 della legge 30 dicembre 2023, n. 213, sono soggetti a tassazione separata con aliquota del 15%.

I compensi erogati per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 7, comma 1, lettera d), del contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale del comparto sanità - triennio 2019-2021, rideterminati ai sensi dell'articolo 1, comma 219 della legge 30 dicembre 2023, n. 213, sono soggetti a tassazione separata con aliquota del 15%. Tali compensi non si considerano concorrenti all'imponibile per l'esonero sulla quota dei contributi previdenziali.

Ancora, “per garantire la completa attuazione dei Piani operativi per il recupero delle liste d'attesa” il decreto prevede, all'articolo 13, che “le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale possono avvalersi degli specialisti ambulatoriali interni, già in servizio a tempo indeterminato, su richiesta degli stessi”, la cui tariffa oraria “può essere incrementata fino a 100 euro lordi

omnicomprensivi”. A questo scopo è “autorizzata la spesa di 100 milioni di euro annui per l’anno 2024, a cui si provvede a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato che, a tal fine, è corrispondentemente incrementato”.

All’articolo 14 si allunga il monte ore che gli specializzandi possono impiegare all’interno del SSN come liberi professionisti: il decreto prevede che, fino al 31 dicembre 2025 e in via sperimentale, siano “soppresse le parole per un massimo di 8 ore settimanali” e sostituite da “per un massimo di 12 ore settimanali” per l’ingaggio di medici in formazione specialistica regolarmente iscritti al relativo corso di studi, in modo che possano “assumere, su base volontaria e al di fuori dall’orario dedicato alla formazione, incarichi libero-professionali, anche di collaborazione coordinata e continuativa, presso i servizi sanitari del Servizio sanitario nazionale”.

Sempre al fine di ridurre le liste di attesa, di contrastare il fenomeno dei cosiddetti “gettonisti” e di reinternalizzare i servizi sanitari affidati a cooperative, recita ancora il decreto all’articolo 15, “le Province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti del Servizio sanitario nazionale possono reclutare il personale del comparto e della dirigenza medica e sanitaria nonché delle professioni sanitarie attraverso forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, in deroga all’articolo 7, comma 6, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”.

All’articolo 16 sono previste le disposizioni sui limiti di spesa per l’acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati. Si aumentano le percentuali rispetto a quanto previsto dalla legge di bilancio e la spesa viene incrementata di 2 punti percentuale (non più 1) per l’anno 2024, di 4 punti percentuali per l’anno 2025 (non più 3) e di 5 punti percentuali a decorrere dall’anno 2026 (non più 4). Le prestazioni salvavita effettuate dal pronto soccorso delle strutture ospedaliere private accreditate non sono in ogni caso soggette al limite di spesa.

L’articolo 17 introduce il capitolo Farmacia e si prevede la somministrazione presso le farmacie, da parte di farmacisti opportunamente formati a seguito del superamento di specifico corso abilitante e di successivi aggiornamenti annuali, organizzati dall’Istituto superiore di sanità, di vaccini individuati dal Piano nazionale di prevenzione vaccinale nei confronti dei soggetti di età non inferiore a 12 anni, nonché l’effettuazione di test diagnostici che prevedono il prelievamento

del campione biologico a livello nasale, salivare o orofaringeo, da effettuare in aree, locali o strutture, anche esterne alla farmacia, dotate di apprestamenti idonei sotto il profilo igienico-sanitario e atti a garantire la tutela della riservatezza.

C'è spazio per la PCR: il decreto introduce la possibilità “dell’effettuazione da parte del farmacista dei test diagnostici per il contrasto all’antibiotico-resistenza, a supporto del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta ai fini dell’appropriatezza prescrittiva”, oltre a “l’effettuazione da parte del farmacista, nei limiti delle proprie competenze professionali, dei servizi di telemedicina nel rispetto dei requisiti funzionali e dei livelli di servizio indicati nelle linee guida nazionali”.

All’articolo 18, si dettano le modalità per il processo di riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio Sanitario Nazionale.

All’articolo 19 si prevede che “ai fini della valutazione e della verifica dell’attività dei direttori generali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano assegnano specifici obiettivi annuali relativi alla riduzione delle liste di attesa, integrando i relativi contratti individuali, con misure di premialità (un incremento della retribuzione di risultato non inferiore al 10 per cento).

L’articolo 20, nel titolo II del decreto, autorizza inoltre la spesa di 80 milioni di euro annui a decorrere dall’anno 2024 per i servizi di Salute mentale e all’art. 21 è autorizzata per gli anni 2024-2026 la spesa di 40 milioni di euro per la realizzazione di nuove residenze per l’esecuzione delle misure di sicurezza (REMS).

L’articolo 22 prevede l’istituzione della Scuola nazionale dell’Amministrazione sanitaria con un fondo con dotazione pari a 1 milioni di euro.

L’articolo 23 contiene misure urgenti in materia di approvazione dei bilanci degli ordini professionali, mentre l’art. 24 prevede disposizioni in materia di fondi sanitari integrativi e altri

soggetti equiparati per il contenimento delle liste di attesa: “Nell’ambito della collaborazione pubblico-privato per il contenimento dei tempi di attesa, con l’obiettivo specifico di migliorare la capacità del Servizio sanitario nazionale di monitorare i bisogni di salute dei cittadini, di analizzare la domanda delle prestazioni ricomprese nei livelli essenziali di assistenza e, tra esse, quelle che non trovano copertura da parte della rete pubblico e al fine di programmare accuratamente l’offerta, l’iscrizione all’Anagrafe dei fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale è subordinata all’adozione da parte del soggetto richiedente di un nomenclatore delle prestazioni, articolato per ambiti e aree assistenziali in coerenza con il sistema di classificazione delle prestazioni incluse nei vigenti Livelli Essenziali di Assistenza del Servizio Sanitario Nazionale.

IL PUNTO DI VISTA DELLA SID

Uno dei problemi del diabete in tempi di Covid è stato quello delle visite mancate. Infatti, un po’ per tutti gli ambiti della sanità, l’arrivo virulento del Coronavirus e la necessità di fronteggiarlo con la maggiore efficacia possibile ha avuto un effetto stravolgente: da un lato ha imposto restrizioni connesse al lockdown e dall’altro ha assorbito, condizionato e spesso monopolizzato l’impiego delle risorse umane, strumentali e strutturali, interferendo così nel trattamento di tante altre patologie, anche importanti. Il diabete in tempi di Covid non ha potuto fare eccezione.

Nella relazione del Ministero della Salute al Parlamento sull’applicazione della legge 115/87 viene fatto notare come la emergenza *Coronavirus* “*ha richiesto la sospensione di più di 580.000 visite diabetologiche, di cui 20.000 prime visite*”, *un effetto che rischia di aggravare il problema dell’inerzia clinica o inerzia terapeutica, cioè del ritardo con cui ogni paziente con diabete ha accesso alla cura migliore*” Il ritardo delle prestazioni sanitarie accumulato durante la pandemia ha determinato un ulteriore allungamento delle liste di attesa che le Regioni non riescono a smaltire nonostante le risorse stanziare dal Governo.

Una problematica che colpisce anche l’area endocrino-metabolica e comporta difficoltà nell’erogare una adeguata assistenza alle persone con diabete.

I pazienti, soprattutto per la diagnostica, sono costretti a rivolgersi al privato, se ne hanno le possibilità economiche –oppure attendere gli inaccettabili tempi di attesa delle strutture pubbliche sino a rinunciare alle prestazioni, con conseguenze imprevedibili sulla loro salute.

Secondo una recente audizione dell'Istat la quota di persone che hanno dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie è passata dal 6,3% nel 2019 al 9,6% nel 2020, sino all'11,1% nel 2021. E se nel 2022 le stime attesterebbero un recupero con una riduzione al 7%, l'ostacolo principale rimangono le lunghe liste di attesa (4,2%) rispetto alle rinunce per motivi economici (3,2%).

La spesa privata. Nel 2021 la spesa sanitaria in Italia ha raggiunto i 168 miliardi, di cui 127 miliardi di spesa pubblica (75,6%), 36,5 miliardi (21,8%) a carico delle famiglie e 4,5 miliardi (2,7%) sostenuti da fondi sanitari e assicurazioni (dati Istat). Secondo il Rapporto Crea Sanità nel 2021 la spesa privata è in media 1.734 per nucleo familiare, ovvero il 5,7% dei consumi totali. E nel 2020 oltre 600 mila famiglie hanno dovuto sostenere spese "catastrofiche", ovvero insostenibili rispetto ai budget, e quasi 380 mila famiglie si sono impoverite per spese sanitarie, in particolare nelle Regioni meridionali.

Il monitoraggio del Ministero della Salute sugli adempimenti ai Livelli essenziali di assistenza (Lea) documenta enormi diseguaglianze regionali con un gap Nord-Sud ormai incolmabile, che rende la "questione meridionale" in sanità una priorità sociale ed economica e che ha un impatto significativo soprattutto nelle malattie croniche non trasmissibili e in particolare nel diabete. Infatti, guardando ai punteggi Lea nel decennio 2010-2019, tra le prime 10 Regioni solo due sono del centro (Umbria e Marche) e nessuna del sud; nel 2020 solo 11 Regioni risultano adempienti ai Lea, di cui solo la Puglia al Sud; eccetto Basilicata e Sardegna sono in Piano di rientro tutte le Regioni del centro-sud, con Calabria e Molise commissariate; e nel 2020 Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto attraggono il 94,1% della mobilità sanitaria.

Esistono poi altre diseguaglianze meno note: tra aree urbane e rurali, tra uomini e donne, oltre che correlate al grado di istruzione e di reddito. Ovvero, il Ssn garantisce una "salute diseguale" che si riflette anche sugli anni di vita perduti.

Pochi sanno però che da oltre 20 anni c'è una norma che "difende" i pazienti costretti ad attendere oltre ai tempi massimi previsti e che consente a chi aspetta troppo per una visita o un esame di chiedere alla Asl di pagare la prestazione in intramoenia. Per il cittadino a cui al massimo toccherà pagare solo il ticket non è facile attivare questa procedura anche perché i Cup e le Asl non li avvertono di questa possibilità, per questo si sono moltiplicate le associazioni di pazienti pronti ad assisterli con la messa a disposizione di moduli ad hoc.

Cosa prevede questa norma approvata oltre 20 anni fa

La misura normativa risale come detto ad oltre 20 anni fa e in particolare al Dlgs 124 del 1998 che senza troppi giri di parole prevede che se le attese per una prestazione sanitaria supera i termini previsti (in base all'urgenza sono previsti dei codici e dei giorni massimi di attesa) allora il paziente può chiedere *«che la prestazione venga resa nell'ambito dell'attività libero professionale intramuraria, ponendo a carico dell'azienda unità sanitaria locale di appartenenza e dell'azienda unità sanitaria locale nel cui ambito è richiesta la prestazione, in misura eguale, la differenza tra la somma versata a titolo di partecipazione al costo della prestazione e l'effettivo costo di quest'ultima, sulla scorta delle tariffe vigenti»*. In pratica il paziente potrà prendere la visita e l'esame in intramoenia pagando se non è esente il ticket. Nel caso invece *«l'assistito sia esente dalla predetta partecipazione l'azienda unità sanitaria locale di appartenenza e l'azienda unità sanitaria locale nel cui ambito è richiesta la prestazione corrispondono, in misura eguale, l'intero costo della prestazione»*.

Vi è infine il grave problema caratterizzato dal contesto lavorativo in cui molti diabetologi sono costretti ad operare. In molti ospedali la diabetologia è inserita nell'ambito della medicina generale/interna: ciò presuppone che gli specialisti diabetologi dedichino gran parte del loro tempo ad operare come medici di guardia sia diurna sia notturna. Questa condizione ha risvolti estremamente negativi per l'assistenza diabetologica: da una parte i pochi diabetologi sono chiamati ad attività disallineate dalle loro competenze specialistiche, dall'altra si riducono significativamente le ore dedicate all'assistenza del paziente con diabete. Il recupero dalle ore notturne del medico diabetologo, unitamente al fatto che in molte strutture il numero di diabetologi sia assolutamente insufficiente porta inevitabilmente all'allungamento dei tempi di attesa.