

Codici di priorità contro le liste d'attesa

Giuseppe Belleri

Medico di medicina generale
Flero (BS)

Selezione delle prestazioni su criteri che individuino percorsi o corsie preferenziali per l'esecuzione celere di esami o visite specialistiche.

È questa la proposta dell'attuale esecutivo per fronteggiare l'eccessiva lungaggine delle liste di attesa

Si sa che le liste d'attesa sono la spina nel fianco, la madre di tutte le priorità per amministratori e politici del settore sanitario. Il Governo Berlusconi non ha fatto eccezione affrontando come primo provvedimento pubblico della nuova gestione proprio l'intricato nodo dei tempi d'attesa. È così toccato al sottosegretario del Welfare con delega alla Salute, **Ferruccio Fazio**, illustrare un progetto destinato a ridurre le "code" per accertamenti sanitari e visite specialistiche, ora al vaglio del tavolo tecnico delle Regioni.

L'idea dell'attuale esecutivo è di introdurre una selezione delle prestazioni basata su criteri di priorità che individuano alcuni percorsi o corsie preferenziali, per l'esecuzione celere dell'esame, in rapporto al "peso" clinico del problema.

Non si tratta di una proposta inedita. Da quasi un decennio sono infatti in vigore, a livello regionale, diverse delibere che consentono di eseguire prontamente accertamenti diagnostici in situazioni di "urgenza differibile" (in genere entro 2-3 giorni dalla richiesta) onde evitare accessi impropri al PS (in Lombardia si tratta del cosiddetto "bollino verde"). Sulla scia di queste esperienze alcune Regioni, come Friuli, Veneto e la provincia di Trento, hanno introdotto sistemi di "priorizzazione" delle prestazioni più articolati e differenziati, non dissimili da quelli proposti dal Fazio. Inoltre da anni sono stati inseriti alcuni codici di "priorità" sulle ricette a lettura ottica del Ssn, che però sono fino a ora rimasti sulla carta, nel senso che non sono mai stati attivati su tutto il territorio nazionale.

Da quando nel 2003 è stata introdotta la nuova ricetta "rosa" del Ssn vi compaiono sul lato destro 4 caselle, pronte per la biffatura, contrassegnate da un codice alfabetico corrispondente ad altrettanti tempi d'attesa teorici; l'ultima versione del disciplinare tecnico della ricetta del marzo 2008 li ha però definiti in modo formale, pur demandando l'applicazione pratica alle singole Regioni.

Le aree cliniche di rilievo

Per studiare e proporre soluzioni il nuovo esecutivo ha subito istituito una Commissione con il compito di individuare le modalità e i criteri per giungere all'abbattimento delle liste di attesa, criteri differenziati in relazione al tipo di prescrizione - esami diagnostici piuttosto che trattamenti - e in rapporto alla gravità della malattia sospetta o accertata. La proposta Fazio introduce però una sorta di priorità nelle proprietà, nel senso che individua per ora solo due aree cliniche di rilievo epidemiologico a cui applicare la selezione dell'accesso per i casi clinici più "impegnativi", vale a dire la patologia cardio-

vascolare e quella neoplastica. Non è chiaro per ora in che tempi e con quale strumento normativo verranno introdotti i nuovi codici, né se verranno implementate a livello nazionale *ope legis* oppure conservando una certa discrezionalità regionale.

Pregi e difetti

Per comprendere effetti pratici, potenziali pregi e difetti del provvedimento annunciato da governo occorre rifarsi all'esperienza pluriennale dell'urgenza differibile. A breve distanza dall'introduzione del bollino verde, all'inizio del millennio, emersero alcuni effetti collaterali non previsti o francamente dissonanti rispetto agli obiettivi perseguiti dalle Regioni. In sostanza una quota di "bollini verdi" si utilizzava non tanto per accelerare l'esecuzione di esami o visite per assistiti in condizioni potenzialmente critiche ma solo per bypassare lunghe liste d'attesa in assenza di gravità clinica. In buona sostanza prevalevano sovente motivazioni burocratiche e di contesto su quelle strettamente cliniche previste dalla normativa: si tratta un esempio emble-

Codici di priorità della ricetta a lettura ottica

Casella U = urgente: da eseguire nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore.

Casella B = breve: da eseguire entro 10 giorni.

Casella D = differita: da eseguire entro 30 giorni per le visite; entro 60 giorni per gli accertamenti specialistici.

Casella P = programmata da eseguire o priorità.

L'avvio, nelle singole Regioni, della compilazione di questa area è subordinato alla definizione di modalità stabilite attraverso accordi locali tra le Regioni e le associazioni rappresentative dei medici di famiglia, anche nell'ambito della contrattazione decentrata.

Gradi di priorità

Malattie cardiovascolari

- ▶ Prestazione urgente per la quale l'alternativa è il ricorso al Pronto Soccorso, da erogare entro le 72 ore per la possibile gravità del decorso clinico.
- ▶ Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente dolore, disfunzione o disabilità, da erogare entro 10 giorni.
- ▶ Prestazione la cui tempestiva esecuzione non condiziona la prognosi a breve, ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o disfunzione o disabilità, da erogare entro 30 giorni.
- ▶ Prestazione che può essere programmata in un maggior arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione o la disabilità.
- ▶ Le procedure di screening e controllo non rientrano nella prioritizzazione e non devono essere comprese nelle liste di attesa generali.

Malattie oncologiche

Diagnostica. Gli esami diagnostici (diagnostica per immagini, endoscopia, patologia clinica) e i trattamenti per pazienti con diagnosi accertata di patologia oncologica o con fondato sospetto di questa patologia devono avere accoglienza prioritaria rispetto ad altre patologie. Si possono identificare 4 diversi gruppi di pazienti.

1. Priorità diagnostiche urgenti (entro 72 ore)
 - pazienti con patologia oncologica in rapida evoluzione/sintomatica;
 - complicanze gravi correlate ai trattamenti erogati.
2. Priorità diagnostiche per una adeguata programmazione terapeutica (entro 10 gg.)
 - pazienti con diagnosi accertata o sospetta di patologia tumorale o di recidiva/ricaduta;
 - pazienti in stadiazione iniziale o per recidiva/ricaduta di patologia neoplastica;
 - rivalutazione in corso od alla fine di trattamento antitumorale.
3. Follow-up di pazienti già trattati per patologia neoplastica (entro i limiti definiti dalle linee-guida).
4. Screening organizzato/screening opportunistico (entro i limiti definiti dalle linee-guida).

Le condizioni relative ai gruppi 1 e 2 sono prioritarie. Quelle definite come 3 e 4 non sono prioritarie: per indicazioni e tempistiche si rimanda alle linee-guida nazionali e internazionali.

matico di distorsione di una norma dovuta al suo impatto "ecologico". In pratica il baricentro decisionale era via via scivolato dal giudizio circa la gravità del paziente - tale da giustificare il scavalcare della lista d'attesa - alla presenza *tout court* di una lista d'attesa giudicata intollerabile a prescindere da criteri clinici. Per di più altri attori si affacciavano sulla scena interferendo nella decisione del Mmg: dagli assistiti stessi al personale amministrativo, dagli specialisti agli operatori del CUP si moltiplicavano i consiglieri che premevano in modo più o meno esplicito e diretto sul Mmg per ottenere l'agognato bollino. Inutile dire che l'esito finale di tali insistenze, non sem-

pre respinte dal generalista, era l'induzione di prestazioni inappropriate sul versante organizzativo, ovvero l'attivazione della procedura urgente differibile per prestazioni che non ne avevano affatto i requisiti. Probabilmente per contenere questa nuova forma di inappropriatezza è stato coniato il Codice B che coincide con la proposta ministeriale di un termine di 10 giorni entro il quale deve essere garantita la prestazione "la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente dolore, disfunzione o disabilità". In questo modo molte "urgenze differibili" improprie potranno trovare un corsia preferenziale idonea senza so-

vraccaricare servizi diagnostici rivolti a bisogni realmente urgenti.

Tuttavia le nuove norme ministeriali soffrono contemporaneamente di un eccesso di specificità nelle aree cliniche scelte (cardiovascolare e neoplastica) e di genericità nella formulazione dei criteri. È certamente un limite aver individuato solo due aree patologiche per l'utilizzo dei codici di priorità, a fronte di una carenza di offerta che interessa trasversalmente la gran parte delle specialità. Peraltro tale limite è parzialmente compensato, per quanto riguarda i tumori, dalla natura altrettanto trasversale di tale patologia. Se infatti si dovessero approvare i nuovi criteri di priorità basterà il sospetto di una patologia neoplastica per poter applicare il codice B o D a una vastissima gamma di accertamenti diagnostici - dalla TAC alla RMN, dall'ecografia alle radiografie - o consulenze specialistiche. All'opposto la griglia di selezione proposta dal ministero, specie per le patologie neoplastiche, soffre di un'evitabile genericità che sarà compensata da interpretazioni soggettive e presterà il fianco a inevitabili pressioni esterne per ottenere la priorità, come accaduto con l'urgenza differibile. L'esperienza infatti dimostra quanto sia problematico attribuire una precisa categoria a assistiti portatori di un'ampia gamma di patologie o disturbi, spesso di difficile codifica e "incasellamento". L'applicazione pratica dei criteri di priorità dunque comporterà non pochi problemi interpretativi ed esporrà il Mmg a dubbi ed incertezze.

Per non parlare della sezione riguardante le priorità cliniche in campo terapeutico per le patologie neoplastiche. A detta dello stesso documento ministeriale "il problema dell'abbattimento delle liste di attesa terapeutiche è più complesso e non facilmente risolvibile in tempi brevi senza una profonda riorganizzazione del sistema assistenziale".

Il documento non precisa a chi spetti il compito di applicare queste priorità ma è assai dubbio chi il Mmg possa, sulla base delle conoscenze medie in una specialità così varia come quella oncologica, prendere decisioni terapeutiche così rilevanti e delicate.