

**Disegno di legge di conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie (Atto Senato n. 1161)**

**Audizione Società Italiana di Reumatologia (SIR) - prof. Gian Domenico Sebastiani**

**26 giugno 2024**

**Senato della Repubblica**

**Commissione Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale**

Signor Presidente, Onorevoli Senatrici ed Onorevoli Senatori,

in qualità di Presidente della Società Italiana di Reumatologia – SIR, desidero ringraziarvi per la possibilità che avete voluto accordarci di intervenire in questa sede istituzionale su un tema tanto importante per la SIR quale la riduzione dei tempi delle liste di attesa.

Come Società scientifica siamo fortemente convinti della necessità di trovare una tempestiva soluzione all'annosa questione delle liste d'attesa, che rappresenta un grave problema per i pazienti reumatologici a causa della natura progressiva e spesso invalidante delle malattie reumatiche. Il ritardo nell'accesso alle cure può aggravare, infatti, la condizione del paziente, portando a un peggioramento dei sintomi e una riduzione significativa della qualità della vita. Il ritardo diagnostico conduce, inoltre, all'accumulo di danno irreversibile, direttamente proporzionale all'invalidità e ai costi sociali di queste malattie.

**SIR: CHI SIAMO, COSA FACCIAMO**

Sono qui oggi in rappresentanza della Società Italiana di Reumatologia, la quale conta oltre 1950 iscritti ed è a supporto di circa 6,5 milioni di persone affette in Italia da patologie reumatologiche, tra cui sono comprese malattie estremamente eterogenee, potenzialmente invalidanti, a patogenesi in molti casi autoimmune o immuno-mediata e a frequente coinvolgimento sistemico.

Con una forte vocazione alla ricerca scientifica, la formazione e l'assistenza sanitaria in campo reumatologico, la SIR supporta ogni iniziativa volta ad assistere il malato reumatico nonché a prevenire e curare le malattie reumatologiche diffondendo le conoscenze acquisite sia sugli aspetti scientifici che su quelli sociali.

La SIR è impegnata in molteplici iniziative, quali la ricerca scientifica epidemiologica, l'attività formativa rivolta ai giovani reumatologi, la comunicazione attraverso campagne mediatiche, la collaborazione con altre società scientifiche e le associazioni di pazienti, l'implementazione della piattaforma dedicata alla telemedicina e, infine, la collaborazione con numerose autorità istituzionali per la stesura di documenti che incentivino la prevenzione e la cura delle malattie reumatologiche.

**IL PROVVEDIMENTO E LE OSSERVAZIONI DELLA SIR**

In termini generali, desideriamo esprimere un forte apprezzamento per la volontà di introdurre norme che intervengano sull'annosa questione delle liste d'attesa, che dimostra attenzione su una delle principali criticità del nostro Servizio Sanitario Nazionale e sulla quale la SIR è da anni fortemente impegnata.

Il problema delle liste d'attesa è una questione critica che affligge numerosi ambiti della sanità pubblica, e l'area terapeutica della reumatologia non fa eccezione. Le malattie reumatologiche, che comprendono un vasto spettro di disturbi caratterizzati da infiammazione e dolore alle articolazioni, muscoli e tessuti connettivi, necessitano di diagnosi tempestive e trattamenti appropriati per prevenire danni permanenti e migliorare la qualità della vita dei pazienti.

La crescente prevalenza delle malattie reumatologiche, dovuta all'invecchiamento della popolazione e alla maggiore consapevolezza diagnostica, ha portato a un aumento della domanda di cure specialistiche. Questo incremento, però, non è stato accompagnato da un corrispondente aumento delle risorse disponibili, come personale medico specializzato e strutture adeguate. Di conseguenza, molti pazienti si trovano costretti ad attendere mesi, se non anni, per una prima visita reumatologica o per accedere a trattamenti specifici.

L'impatto delle liste d'attesa è duplice. Da un lato, i pazienti soffrono di un deterioramento della loro condizione clinica, con un peggioramento dei sintomi e una possibile progressione della malattia che potrebbe essere evitata con un intervento tempestivo. Dall'altro lato, il sistema sanitario subisce un aumento dei costi a lungo termine, dovuto alla gestione di complicanze che avrebbero potuto essere prevenute con cure tempestive e all'invalidità che ne consegue. La cronicizzazione dei sintomi e la comparsa di disabilità permanenti comportano non solo un carico maggiore sui servizi sanitari, ma anche una perdita di produttività lavorativa e una riduzione della qualità di vita dei pazienti.

Per tali ragioni, la Società Italiana di Reumatologia intende sollevare le seguenti criticità e osservazioni:

#### **Assunto di necessità dell'erogazione**

Il decreto parte dall'assunzione che tutte le prestazioni richieste debbano essere erogate. Tuttavia, questa impostazione non tiene conto della realtà di una vasta richiesta inappropriata di prestazioni sanitarie, spesso frutto di un utilizzo inefficiente delle risorse disponibili. Questa domanda inappropriata rischia di saturare il sistema sanitario senza apportare un effettivo miglioramento della salute della popolazione. Di conseguenza, l'applicazione della norma in questo modo può portare a un sovraccarico delle strutture sanitarie, ritardando ulteriormente l'accesso a cure necessarie per i pazienti con condizioni gravi e urgenti.

L'assunto ispiratore del decreto dovrebbe essere quello dell'appropriatezza, intesa come l'erogazione di prestazioni che siano clinicamente giustificate e che rispondano realmente ai bisogni di salute dei pazienti. Per raggiungere questo obiettivo, è essenziale implementare meccanismi di filtro più efficaci a livello di medicina territoriale, come una migliore formazione dei medici di base per identificare i casi che necessitano di intervento specialistico e l'utilizzo di linee guida cliniche aggiornate. Inoltre, l'introduzione di strumenti di valutazione dell'appropriatezza delle richieste di prestazioni, come sistemi di triage basati su criteri clinici rigorosi, potrebbe contribuire a ridurre la pressione sulle strutture ospedaliere, garantendo che le risorse sanitarie siano impiegate in modo più efficiente e mirato.

Solo attraverso un focus sull'appropriatezza delle prestazioni sarà possibile ottimizzare l'allocazione delle risorse, migliorare la qualità delle cure e ridurre le liste d'attesa. Questo richiede una collaborazione stretta tra tutti gli attori del sistema sanitario, inclusi i medici di base, gli specialisti e i decisori politici, per sviluppare e implementare strategie che promuovano un uso più razionale e giustificato delle risorse sanitarie.

### Focus ospedale-centrico e ruolo della medicina territoriale

Il decreto è fortemente orientato verso l'ospedale come principale erogatore di prestazioni, lasciando in secondo piano il ruolo cruciale della medicina territoriale. Questo può portare a un sovraccarico degli ospedali, ignorando il potenziale filtro delle cure primarie, necessario per ridurre le richieste di prestazioni non necessarie (o per lo meno non contemplate nei livelli essenziali di assistenza) o inappropriate.

Il decreto in esame non valorizza sufficientemente la medicina territoriale, che potrebbe invece giocare un ruolo fondamentale nella gestione delle patologie croniche e nella riduzione delle liste d'attesa. L'invio di pazienti spesso inappropriato oppure con criteri di priorità non coerenti con l'effettiva urgenza della valutazione rappresenta una delle maggiori criticità.

È necessario, pertanto, potenziare il ruolo dei medici di base e delle strutture sanitarie territoriali per gestire in modo più efficiente le patologie reumatologiche non infiammatorie (artrosi, osteoporosi, fibromialgia, reumatismi localizzati). Questo includerebbe l'integrazione di protocolli diagnostico-terapeutici specifici per queste patologie a livello territoriale.

Nell'ambito dell'assistenza territoriale, la SIR ha lavorato alla stesura di un documento riguardante la riorganizzazione della rete reumatologica territoriale con l'obiettivo di delineare una ottimale gestione dei pazienti, facilitando i percorsi di collaborazione tra i vari livelli di rete *Hub&Spoke*.

Questo, permetterebbe da un lato di ridurre le liste di attesa e, dall'altro, di assicurare un'appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni ed un corretto utilizzo delle risorse del Servizio sanitario.

Nello specifico, il modello prevederebbe un:

- primo livello territoriale con la presenza del medico di medicina generale ed il pediatra di libera scelta (nel caso dei pazienti in età pediatrica) che formulano un sospetto di diagnosi sempre più precoce con un accurato esame di sintomi e segni, con l'uso di appropriati esami di laboratorio e delle attuali metodiche di immagine ed indirizzano il paziente al Reumatologo di primo o secondo livello e in caso di necessità al Reumatologo di terzo livello, contribuendo ad evitare ritardi diagnostici, sviluppo di complicanze e utilizzo improprio di risorse secondo criteri di appropriatezza clinica. Tale livello prevede anche l'ambulatorio specialistico territoriale che avvia il percorso di presa in carico per arrivare alla diagnosi precoce;
- secondo livello ospedaliero (Centri Spoke) che consistono in Unità Operative di Reumatologia con posti letto di Day Hospital (DH), Day Service (DS) o degenza ordinaria, funzionali all'interno dell'area omogenea, in grado di gestire le malattie reumatologiche all'interno di protocolli definiti e condivisi e di PDTA integrati con i centri Hub; in grado di somministrare terapie infusionali in regime ambulatoriale protetto per malattie che interessano prevalentemente l'apparato locomotore a carattere infiammatorio e non infiammatorio o malattie sistemiche di natura autoimmune o immunomediate; in possesso dell'autorizzazione alla prescrizione dei farmaci biologici;
- terzo livello (ospedaliero) (Centro Hub) che consiste in Unità Operativa di Reumatologia Complessa (UOC) o Semplice Dipartimentale (UOSD) con posti letto di degenza ordinaria "dedicati", DH/DS, in grado di gestire tutte le malattie reumatologiche, in particolare le malattie rare e/o complesse e le malattie che interessano prevalentemente l'apparato locomotore a carattere infiammatorio o non infiammatorio, e i casi gravi, complessi e/o refrattari.

### **Sistema di monitoraggio e meccanismi di controllo**

L'articolo 1, allo scopo di governare le liste di attesa, istituisce presso l'AGENAS la Piattaforma nazionale delle Liste di Attesa, di cui si avvale il Ministero della Salute, diretta a realizzare l'interoperabilità con le piattaforme per le liste di attesa relative a ciascuna regione e provincia autonoma. La Piattaforma persegue in particolare l'obiettivo di garantire l'efficacia del monitoraggio di livello nazionale.

La creazione della Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa è un passo importante, ma l'interoperabilità con le piattaforme regionali potrebbe incontrare ostacoli tecnici molto rilevanti con necessità di investimenti onerosi. Inoltre, tale misura può portare ad una parcellizzazione delle prestazioni erogate nel percorso di cura di un singolo assistito limitandone quindi la continuità e la qualità.

In proposito va ricordato che attualmente il principale strumento per gestire le liste d'attesa è il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021, il quale prevede una serie di misure e prescrizione da osservare e prescrive il rispetto, da parte delle Regioni e delle Province autonome, dei tempi massimi di attesa individuati nei loro Piani Regionali di Governo delle Liste di Attesa per tutte le prestazioni erogate sul proprio territorio.

Il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021 riporta, nei punti 3.1 e 3.2, l'elenco delle prestazioni ambulatoriali e delle prestazioni in regime di ricovero soggetto a monitoraggio.

In quanto alle prestazioni individuate, si tratta di 69 prestazioni ambulatoriali (14 visite specialistiche e 55 prestazioni strumentali) e di 17 prestazioni in regime di ricovero ordinario o diurno. Tra le prestazioni elencate, non sono incluse quelle in ambito di reumatologia.

Oltre al monitoraggio delle liste di attesa per singola prestazione, sarebbe necessario implementare sistemi di *feedback* tra inviante ed erogatore sull'effettiva appropriatezza/utilità delle prestazioni.

Infine, riteniamo necessario supportare un sistema di continuità dell'assistenza che permetta una gestione integrata del paziente, coinvolgendo diversi livelli di cura (medici di base, specialisti, ospedali). Questo approccio può migliorare la qualità dell'assistenza e ridurre i tempi di attesa per prestazioni diagnostiche e terapeutiche.

### **Controlli e verifiche**

L'articolo 2 del decreto istituisce presso il Ministero della Salute l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, il cui compito è vigilare e svolgere verifiche presso le aziende sanitarie locali e ospedaliere e presso gli erogatori privati accreditati sul rispetto dei criteri di efficienza e di appropriatezza nella erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa e dei piani operativi per il recupero delle liste medesime.

L'istituzione di un Organismo di verifica e controllo è essenziale, ma la sua effettiva efficacia dipende dalle risorse disponibili e dalla capacità di coordinamento tra le diverse entità coinvolte. Inoltre, l'eccessiva burocrazia potrebbe rallentare le operazioni di monitoraggio e intervento. Anche la formazione dei 'controllori' non è generalmente adeguata a comprendere le dinamiche intrinseche della cura dei pazienti, applicando regole rigide che spesso non migliorano la qualità delle cure.

Inoltre, si ritiene necessario monitorare e valutare la qualità delle prestazioni erogate, utilizzando indicatori di performance per garantire che gli standard di qualità siano mantenuti in tutte le strutture sanitarie, sia pubbliche che private accreditate.

### **Mancanza di specialisti reumatologi**

Il decreto contempla misure volte a potenziare l'offerta assistenziale in relazione alle visite diagnostiche. In particolare, l'articolo 4 prevede, al fine di ridurre i tempi delle liste di attesa, che le visite mediche e specialistiche siano effettuate anche nei giorni di sabato e domenica, e che la fascia oraria per l'erogazione di tali prestazioni possa essere prolungata. Inoltre, l'articolo 5 dispone l'incremento dei valori massimi della spesa per il personale già previsto per il personale del Servizio sanitario nazionale.

Tali misure, seppure apprezzabili e potenzialmente utili, non risultano adeguate se il numero di specialisti non è sufficiente a coprire la domanda di cura e assistenza che arriva dalla popolazione.

A tal proposito, è da sottolineare come a livello degli ambulatori del territorio, gli specialisti reumatologi sono molto carenti: troppo spesso i malati affetti da malattie reumatologiche, per ottenere una prima diagnosi, sono costretti a rivolgersi alla sanità privata, perché non ci sono abbastanza specialisti per rispondere ai loro bisogni.

La mancanza di specialisti reumatologi sul territorio contribuisce significativamente all'allungamento delle liste di attesa per diverse ragioni. Innanzitutto, la reumatologia è una specialità medica che si occupa di malattie complesse e croniche come l'artrite reumatoide, il lupus eritematoso sistemico e altre malattie autoimmuni e infiammatorie. Queste condizioni richiedono diagnosi accurate e trattamenti personalizzati, spesso implicando visite frequenti e monitoraggio continuo.

Secondo un rapporto della SIR, il numero di reumatologi in Italia è insufficiente rispetto alla domanda crescente di cure. Un'analisi del 2020 ha indicato che in Italia ci sono circa 1.200 reumatologi, una cifra considerata bassa rispetto alla prevalenza delle malattie reumatiche nella popolazione, che colpiscono circa il 10% degli italiani. Questo squilibrio crea un carico di lavoro elevato per i reumatologi disponibili, i quali non riescono a soddisfare tempestivamente tutte le richieste di visite e consulenze.

La carenza di specialisti si traduce in tempi di attesa prolungati per i pazienti che necessitano di prime visite e controlli periodici. Le stime mostrano che, in alcune regioni, il tempo di attesa per una prima visita reumatologica può superare i sei mesi. Questa dilatazione dei tempi è particolarmente critica per malattie che richiedono un intervento tempestivo per evitare danni irreversibili e migliorare la qualità della vita del paziente.

Un altro aspetto da considerare è la distribuzione geografica ineguale dei reumatologi, con alcune aree, specialmente le regioni meno urbanizzate, che soffrono maggiormente la carenza di specialisti. Questo obbliga i pazienti a spostarsi verso i centri urbani più grandi, sovraccaricando ulteriormente le strutture sanitarie di queste aree e allungando ulteriormente le liste di attesa.

La combinazione di un numero insufficiente di specialisti, l'incremento della domanda dovuto all'invecchiamento della popolazione e la distribuzione disomogenea dei reumatologi sul territorio crea un circolo vizioso. I pazienti, non potendo accedere rapidamente a cure specialistiche, spesso vedono un peggioramento della loro condizione, necessitando così di interventi ancora più complessi e frequenti, che aggravano ulteriormente il problema delle liste di attesa.

### **Appropriatezza dell'invio**

Implementare sistemi di triage sul corretto invio delle prestazioni per medici di base e specialisti è una strategia cruciale per migliorare l'efficienza del sistema sanitario. Questi sistemi dovrebbero essere progettati in modo da integrare tecnologie avanzate, compresa l'intelligenza artificiale, per supportare i professionisti nella valutazione delle necessità dei pazienti. L'intelligenza artificiale può analizzare una vasta gamma di dati clinici, storici e demografici per fornire raccomandazioni basate su evidenze, aiutando a identificare rapidamente i casi che richiedono un intervento immediato da parte degli specialisti e quelli che possono essere gestiti a livello di cure primarie.

L'utilizzo di nuove "soglie" di invio, che vadano oltre la semplice priorità della prescrizione e includano il tipo e la severità della patologia, potrebbe significativamente migliorare l'appropriatezza delle richieste di prestazioni specialistiche. Queste soglie dovrebbero essere basate su criteri clinici rigorosi e continuamente aggiornati in base alle ultime evidenze scientifiche e alle linee guida terapeutiche. Per esempio, un sistema di triage avanzato potrebbe utilizzare algoritmi di intelligenza artificiale per analizzare i sintomi del paziente, i risultati dei test di laboratorio e delle immagini diagnostiche, assegnando una priorità e determinando il percorso di cura ottimale.

Inoltre, l'integrazione di tali sistemi con le piattaforme di gestione delle liste di attesa permetterebbe una visione più completa e coordinata delle esigenze dei pazienti, riducendo i tempi di attesa e migliorando la qualità delle cure erogate. Questo approccio consentirebbe anche di identificare rapidamente eventuali discrepanze o anomalie nelle richieste di prestazioni, facilitando interventi tempestivi per correggere l'inappropriatezza.

La formazione continua dei medici di base e degli specialisti nell'utilizzo di questi sistemi di triage e nelle nuove tecnologie è fondamentale per garantirne l'efficacia. I professionisti sanitari devono essere adeguatamente addestrati a interpretare le raccomandazioni generate dai sistemi di intelligenza artificiale e a integrarle con la loro esperienza clinica per prendere decisioni informate e personalizzate per ciascun paziente.

Implementare questi avanzati sistemi di triage non solo contribuirebbe a ridurre le liste d'attesa, ma migliorerebbe anche l'allocazione delle risorse, assicurando che i pazienti ricevano la cura giusta al momento giusto. Questo approccio potrebbe trasformare significativamente il modo in cui vengono gestite le prestazioni sanitarie, portando a un sistema più reattivo, efficiente e centrato sul paziente.

### **Modalità operative di intervento per la riduzione delle liste d'attesa**

In generale vi sono diversi possibili approcci potenzialmente efficaci nel governare le liste di attesa che hanno dimostrato una qualche efficacia nei diversi sistemi sanitari e che includono:

- Gestione della domanda: migliorare l'appropriatezza delle richieste di prestazioni sanitarie.
- Ottimizzazione dei percorsi di cura: creare percorsi clinici standardizzati per ridurre le variabilità e migliorare l'efficienza.
- Uso delle tecnologie digitali: implementare sistemi di triage e teleconsulto per gestire meglio i flussi dei pazienti.
- Aumento delle risorse: investire in personale e strutture per aumentare la capacità di erogare servizi.

### **CONCLUSIONI**

In conclusione, il decreto-legge rappresenta un passo avanti nella gestione delle liste di attesa, ma necessita di ulteriori interventi per bilanciare l'approccio 'ospedalecentrico' e valorizzare la medicina territoriale.

I pazienti affetti da malattie reumatiche necessitano di diagnosi tempestive e trattamenti continui per prevenire danni permanenti e migliorare la loro qualità di vita. Tuttavia, la carenza di specialisti e l'inadeguata distribuzione delle risorse creano un circolo vizioso che peggiora le condizioni cliniche dei pazienti e aumenta i costi a lungo termine per il sistema sanitario. L'attuale orientamento ospedale-centrico del decreto non valorizza adeguatamente il ruolo della medicina territoriale, che potrebbe svolgere una funzione cruciale nel filtro delle cure primarie e nella gestione delle patologie croniche, contribuendo così alla riduzione delle liste d'attesa.

La Società Italiana di Reumatologia (SIR) sottolinea l'importanza di adottare un modello di assistenza integrata che coinvolga medici di base, specialisti e strutture sanitarie territoriali in un sistema di rete Hub&Spoke. Tale modello permetterebbe una gestione più efficiente delle patologie reumatologiche, migliorando l'appropriatezza delle richieste di prestazioni e ottimizzando l'uso delle risorse disponibili, oltre che determinare una importante riduzione delle liste di attesa.

Infine, è cruciale affrontare la carenza di specialisti reumatologi attraverso misure che includano l'aumento delle risorse umane e la valorizzazione della formazione medica specifica. Solo un approccio coordinato e integrato, che tenga conto delle peculiarità delle patologie reumatologiche e della necessità di interventi tempestivi, potrà realmente ridurre le liste d'attesa e migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria.