

## 8 L'assistenza specialistica ambulatoriale: stato dell'arte e prospettive di sviluppo

di Clara Carbone, Cesare Cislighi, Francesca Giuliani  
e Antonella Sferrazza<sup>1</sup>

### 8.1 Introduzione

La riorganizzazione del settore dell'assistenza specialistica ambulatoriale rappresenta una delle grandi sfide che il SSN dovrà affrontare nei prossimi anni. Tale settore vale il 13,3% del FSN (intesa Stato-Regioni del 19 dicembre 2013 per il riparto del FSN per anno 2013 – si veda il capitolo 4), a cui va sommata, per avere un'idea complessiva del fenomeno, la quota di spesa sanitaria privata per prestazioni specialistiche da parte del cittadino (quasi il 60% del totale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali – si veda il capitolo 5). Questi valori vanno letti e interpretati insieme alle riflessioni sulle politiche del SSN relative all'appropriatezza. Quest'ultima rappresenta, infatti, un obiettivo costante e in continua evoluzione, in relazione al mutamento del quadro epidemiologico, tecnologico e della situazione economico-politica. In particolare, gli indirizzi nazionali più recenti (Patto per la Salute 2010-2012, PSN2010-2013, Patto per la Salute 2014-2016) orientano il dibattito verso nuove modalità di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, in alternativa ai regimi ospedalieri (ordinario e diurno), al fine di perseguire migliori livelli di appropriatezza organizzativa<sup>2</sup>. Quest'ultima (già definita nel PSN 1998-2000) concerne la scelta dell'ambito nel quale erogare le prestazioni sanitarie, la ricerca e l'applicazione delle azioni per massimizzare la sicurezza e il benessere del paziente (per esempio, programmi mirati a ridurre il rischio delle infezioni

<sup>1</sup> Sebbene il lavoro di ricerca sia frutto di riflessioni congiunte degli autori, a Clara Carbone sono attribuiti i §§ 8.1, 8.2.1, 8.3.1, 8.3.2 e 8.4; a Cesare Cislighi, Francesca Giuliani e Antonella Sferrazza i restanti.

<sup>2</sup> Oltre all'appropriatezza organizzativa, il PSN ha introdotto anche il concetto di appropriatezza clinica che si riferisce all'erogazione di cure mediche e interventi di comprovata efficacia in contesti caratterizzati da un profilo beneficio-rischio favorevole per il paziente (per un approfondimento si veda il documento del Progetto Mattoni – Mattone 07 – Misure dell'Appropriatezza).

ospedaliera), e, al tempo stesso, l'ottimizzazione dell'efficienza produttiva e del consumo di risorse<sup>3</sup>.

Le dimensioni economico-finanziarie del fenomeno e le prospettive di cambiamento dei *setting* assistenziali per una parte rilevante di prestazioni ospedaliere (per esempio, i DRG a elevato rischio di inappropriately), impongono una certa attenzione sul tema e, in particolare, su come i SSR e le aziende sanitarie organizzeranno i modelli organizzativi ed erogativi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (servizi diagnostici, di laboratorio e visite cliniche).

L'obiettivo del presente capitolo è, quindi, quello di analizzare il settore dell'assistenza specialistica ambulatoriale valutandone, alla luce delle informazioni a disposizione, i principali dati strutturali e di attività e interpretando le politiche nazionali e regionali in materia. A tal fine:

- ▶ il § 8.2 propone una fotografia del settore a partire dai dati (i) del numero di strutture ambulatoriali e di laboratorio, desumibili dal Rapporto annuale del Ministero della Salute «Attività economiche e gestionali», e (ii) dei livelli di attività di tali erogatori, forniti direttamente dalle Regioni (progetto coordinato da Agenas – gruppo RE.MO.LE.T)<sup>4</sup>;
- ▶ il §8.3 presenta le principali politiche adottate sul tema a livello nazionale e regionale per orientare e regolare le attività dell'assistenza specialistica ambulatoriale approfondendo, laddove significative, specifiche esperienze regionali;
- ▶ infine, il §8.4 trae delle considerazioni conclusive.

<sup>3</sup> Il Patto per la salute 2010-2012 propone alcuni indicatori per la misura e il monitoraggio dell'appropriatezza organizzativa in ambito ospedaliero calcolati a partire dal flusso SDO (schede di dimissione ospedaliera): 1. degenza media preoperatoria; 2. percentuale di fratture del femore operate entro due giorni dal ricovero; 3. percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico; 4. percentuale di ricovero con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri; 5. percentuale di ricoveri ordinari sul totale dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately; 6. percentuale di ricoveri DH medici diagnostici sul totale dei ricoveri DH medici; 7. percentuale di ricoveri ordinari medici brevi (0-2 gg) sul totale dei ricoveri ordinari medici; 8. percentuale di ricoveri oltre soglia sul totale di ricoveri ordinari medici di pazienti con età ≥ 65 anni.

<sup>4</sup> Hanno collaborato al gruppo REMOLET per questo lavoro: Maria Giovanna Fiume, Tiziana Spinosa, Gianluca Azzaro (Campania);Manuele Falcone (Toscana); Paolo Landa, Domenico Gallo, Angela Testi (Liguria); Carlo Zocchetti (Lombardia); Maria Balducci, Aldo Rosano, Cinzia Torri, Gabriella Guasticchi (Lazio); Salvatore Scondotto, Alessandra Allotta, Sebastiano Pollina Addario (Sicilia), Nicola Gennaro, Francesco Bortolan (Veneto), Eleonora Verdini, Monica Merlin, Antonio Brambilla (Emilia Romagna); Giuseppe Costa, Tania Landriscina, Alessio Petrelli (Piemonte); Lucia Bisceglia, Stefania Di Noia, Vito Petrarolo (Puglia); Giuliana Alessandrini, Marcello De Giorgi e David Franchini (Umbria), Francesca Giuliani, Antonella Sferrazza, Valentina Arena, Simona Olivadoti, Cesare Cislaghi (Agenas).

## 8.2 L'assistenza specialistica ambulatoriale in cifre

### 8.2.1 Dati strutturali

Le strutture che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale in nome e per conto del SSN sono gli Ambulatori e i Laboratori pubblici e privati accreditati. Questi ultimi rappresentano poco più della metà del totale delle strutture (circa il 60% – si veda il capitolo 3 e la Tabella 8.1). Nel tempo, analogamente al trend di riduzione del numero di ospedali, si è riscontrata una contrazione del numero di tali strutture del 10% (più accentuata nel pubblico pari al -15% rispetto al -6% del privato accreditato). Sia per il pubblico, che per il privato accreditato si evidenzia una prevalenza di strutture territoriali di tipo extra-ospedaliero (nel 2011, quasi il 70% per le strutture pubbliche, il 93% per le strutture private accreditate).

Con riferimento al panorama dei diversi SSR, può essere interessante mettere in relazione l'incidenza delle strutture di specialistica ambulatoriale private accreditate e il numero di strutture per 100.000 abitanti. È possibile, in questo modo, iniziare a valutare le scelte di numerosità e di esternalizzazione in termini di accreditamento di soggetti privati. L'incrocio di queste due dimensioni evidenzia che (si veda la Figura 8.1):

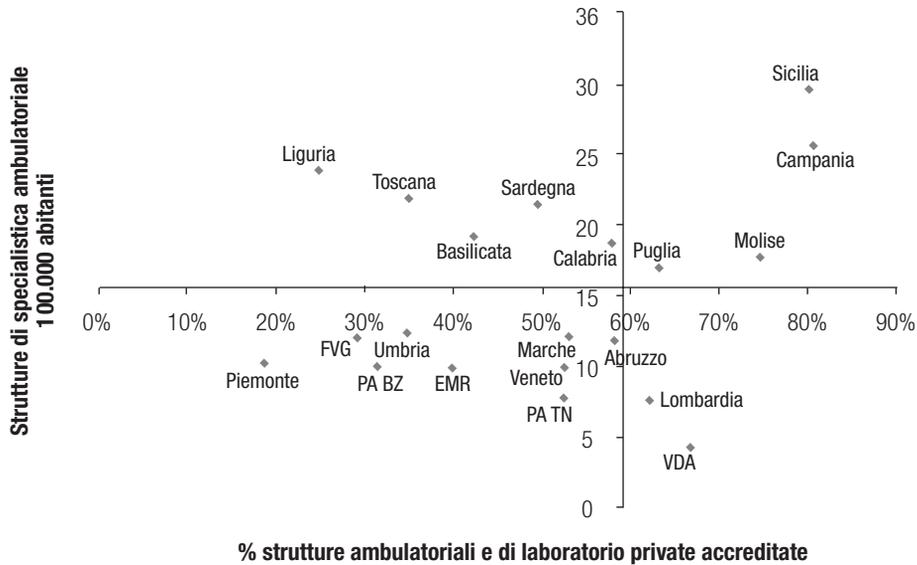
- ▶ alcune regioni mostrano una numerosità superiore alla media nazionale (quadranti superiori), con un diverso ricorso al privato accreditato (più elevato in Sicilia, Campania, Puglia e Molise e più limitato in Liguria, Toscana, Sardegna e Basilicata);
- ▶ altre regioni hanno meno strutture territoriali in rapporto alla popolazione e registrano un minor ricorso a strutture private accreditate, a eccezione della Lombardia e della Valle d'Aosta.

Tabella 8.1 **Numero di strutture ambulatoriali e di laboratorio per natura giuridica e assetto organizzativo (2005; 2007; 2011)**

	2005	2007	2011	var. 2005-2011
Ambulatori e laboratori pubblici	4570	3916	3894	-15%
<i>di cui extra ospedaliero</i>	<i>71%</i>	<i>70%</i>	<i>69%</i>	
Ambulatori e Laboratori privati accreditati	5968	5904	5587	-6%
<i>di cui extra ospedaliero</i>	<i>94%</i>	<i>93%</i>	<i>93%</i>	
<b>Totale</b>	<b>10538</b>	<b>9820</b>	<b>9481</b>	<b>-10%</b>

Fonte: elaborazioni da Ministero della Salute

Figura 8.1 **Numero di strutture ambulatoriali e di laboratorio per 100.000 abitanti e incidenza delle strutture ambulatoriali e di laboratorio private accreditate (2011)**

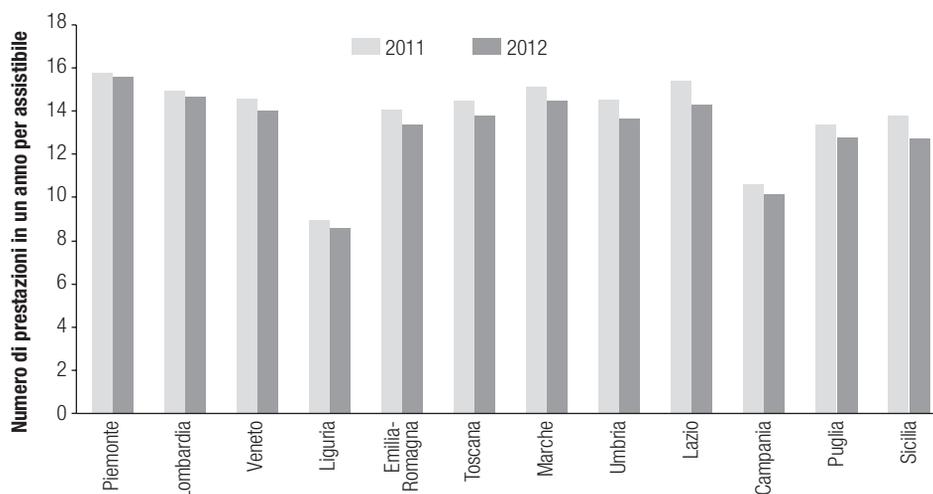


Fonte: elaborazioni da Ministero della Salute

## 8.2.2 Dati di attività

In attesa di essere autorizzati a utilizzare i flussi informativi oggi esistenti e basati sulla «tessera sanitaria», Agenas ha istituito, nel 2007, un gruppo di esponenti regionali che hanno messo a disposizione i dati delle prestazioni specialistiche (gruppo RE.MO.LE.T). Le Regioni che hanno aderito all'iniziativa sono state dodici: Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Campania, Puglia, Sicilia. La finalità del gruppo è stata quella di supportare i *policy maker* nell'analisi di alcuni fenomeni relativi alla specialistica ambulatoriale, che, sebbene talvolta già conosciuti all'interno delle singole realtà regionali e aziendali, restano, per molti versi, poco chiari o poco condivisi. Nonostante non si disponga dei dati di tutte le venti Regioni, si ritiene, comunque, ragionevole pensare che i risultati dell'analisi possano rappresentare l'intero Paese, in quanto le Regioni coinvolte rappresentano poco più dell'80% della popolazione italiana.

Ogni Regione ha fornito i dati relativi al numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali, il totale dei valori tariffari e il valore dei ticket riscossi nei tre settori in cui viene suddivisa l'attività specialistica (diagnostica, laboratorio e attività clinica). Non sono stati considerati i dati relativi alle prestazioni erogate in pronto

Figura 8.2 **Tasso standardizzato delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (2011-2012)**

Fonte: Elaborazione Agenas

soccorso, in quanto, per alcune Regioni, non erano disponibili, mentre per altre erano incompleti. Gli anni di riferimento dell'analisi sono il 2011 e il 2012. Si tenga conto, soprattutto nella lettura e interpretazione dei dati, che, ad agosto 2011, è stato introdotto il c.d. superticket (L. 111/2011 – si veda la Tabella 8.5).

Con riferimento ai livelli di attività di prestazioni di specialistica ambulatoriale, dall'analisi sui tassi standardizzati<sup>5</sup> (numero medio di prestazioni specialistiche effettuate in un anno per assistibile – si veda la Figura 8.2), si può notare come i consumi siano per ogni Regione, se anche di poco, inferiori nel 2012 rispetto al 2011. Nell'elaborazione sono stati considerati tutti e tre i settori della specialistica ambulatoriale (diagnostica, laboratorio e attività clinica) e le prestazioni prodotte sia dal pubblico che dal privato accreditato.

La riduzione si riflette indifferentemente nei tre settori della specialistica (Tabella 8.2) con alcune contrazioni regionali più accentuate (Lazio e Sicilia per il laboratorio, Campania per l'attività clinica). Si segnalano pochi casi con andamenti costanti o lievemente in aumento (Marche e Umbria per la diagnostica; Piemonte, Marche e Lombardia per l'attività clinica; Campania per il laboratorio).

Un altro aspetto importante da analizzare è l'andamento dei consumi della specialistica ambulatoriale, rispetto alla tipologia del soggetto assistibile. Sono

<sup>5</sup> I tassi sono stati aggiustati per età utilizzando la popolazione standardizzata come definita nel riparto tra le Regioni del finanziamento delle risorse economiche.

Tabella 8.2 **Variazione percentuale tra il 2011 e il 2012 delle prestazioni specialistiche distinte per i tre settori specialistici**

Regioni	Variazione percentuale 2011-2012		
	Diagnostica	Laboratorio	Attività clinica
Piemonte	-5%	-2%	2%
Lombardia	-1%	-3%	1%
Veneto	-1%	-2%	-6%
Liguria	-5%	-2%	-9%
Emilia Romagna	-3%	-4%	-7%
Toscana	-6%	-5%	-3%
Marche	0%	-6%	2%
Umbria	0%	-7%	-3%
Lazio	-5%	-9%	-1%
Campania	-1%	0%	-18%
Puglia	-9%	-4%	-5%
Sicilia	-1%	-9%	-3%

Fonte: elaborazione Agenas

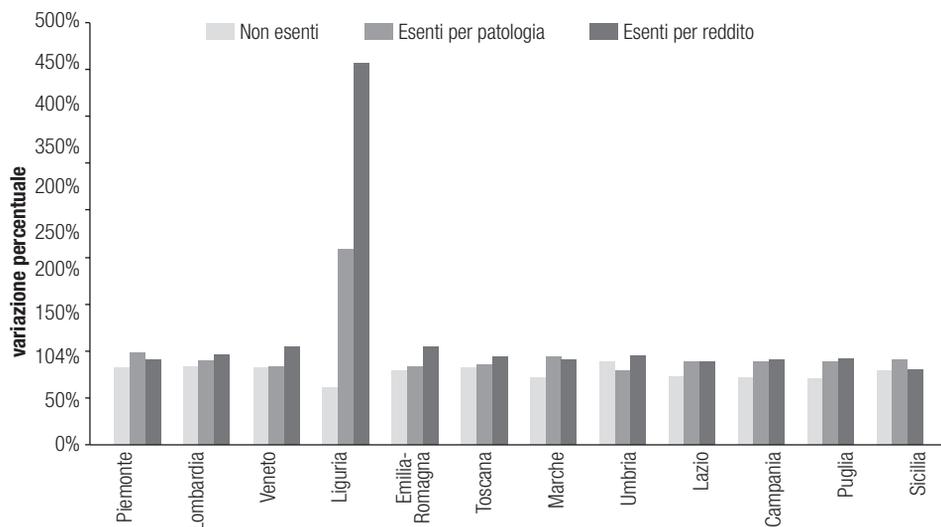
state individuate tre categorie di soggetti: non esenti dai pagamenti dei ticket, esenti per reddito ed esenti per patologia. La Figura 8.3 mostra la variazione, tra il 2011 e il 2012, del consumo di prestazioni in base al tipo di esenzione: il consumo degli esenti per reddito aumenta (soprattutto in Liguria), mentre diminuisce il consumo dei non esenti. Si segnala, però, che il grafico potrebbe essere soggetto anche a una diversa lettura, in quanto l'andamento degli indicatori in esame potrebbe derivare dal fatto che gli individui che hanno chiesto l'esenzione per reddito sono aumentati, diminuendo così il numero degli individui non esenti.

Rispetto alla tipologia di erogatore (pubblico o privato accreditato), si evidenziano modelli erogativi differenti tra le varie Regioni (si veda la Figura 8.4):

- ▶ in un primo gruppo di Regioni, l'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale è distribuita uniformemente (o quasi) tra pubblico e privato accreditato (Lombardia, Lazio, Puglia);
- ▶ in un secondo *cluster* le prestazioni di specialistica ambulatoriale sono prevalentemente (più del 60%) erogate dalle strutture pubbliche (Emilia Romagna, Toscana, Liguria, Piemonte, Veneto e Sicilia);
- ▶ in Campania quasi tutta la produzione è affidata al privato accreditato<sup>6</sup> (circa l'85%).

<sup>6</sup> Si segnala che in parte questo dato può essere spiegato da lacune dei flussi informativi delle attività di specialistica ambulatoriale delle strutture pubbliche.

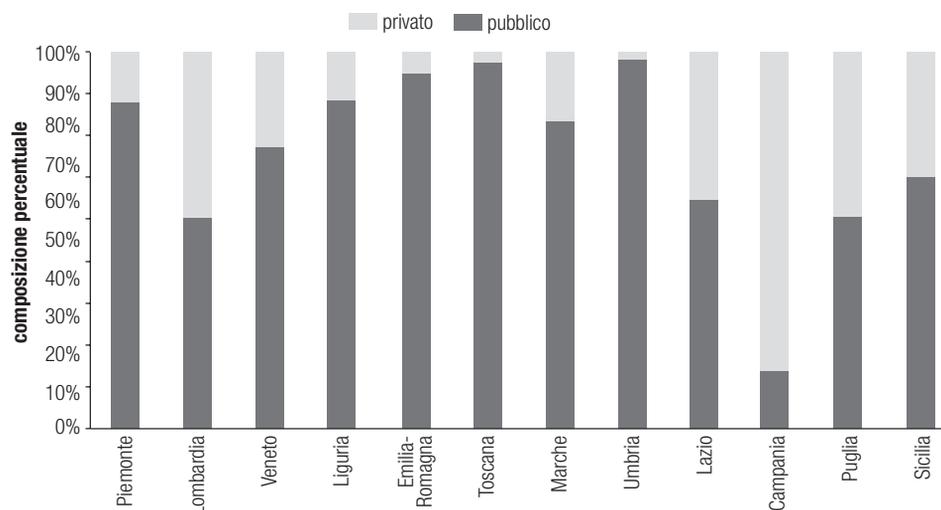
Figura 8.3 **Consumi di prestazioni di specialistica ambulatoriale per tipologia di assistibile – Trend 2011-2012\***



\* Il trend 2011-2012 è stato calcolato come rapporto tra il valore degli indicatori al 2012 e il valore al 2011; il risultato è stato moltiplicato per 100.

Fonte: elaborazione Agenas

Figura 8.4 **Distribuzione delle attività di specialistica ambulatoriale per natura giuridica del produttore**



Fonte: elaborazione Agenas

Si tenga conto che non si stanno considerando le prestazioni OOP (*out-of-pocket*), quasi tutte erogate dal settore privato, ma solo le prestazioni a carico del SSN.

Nel biennio 2011-2012 si registra una variazione nei consumi di prestazioni specialistiche ambulatoriali in entrambe le tipologie di produttori (cfr. Tabella 8.3): le prestazioni prodotte dal privato accreditato si contraggono di più di quanto si registri nelle strutture pubbliche. L'unica eccezione è la Campania, che incrementa il numero di prestazioni erogate dal pubblico.

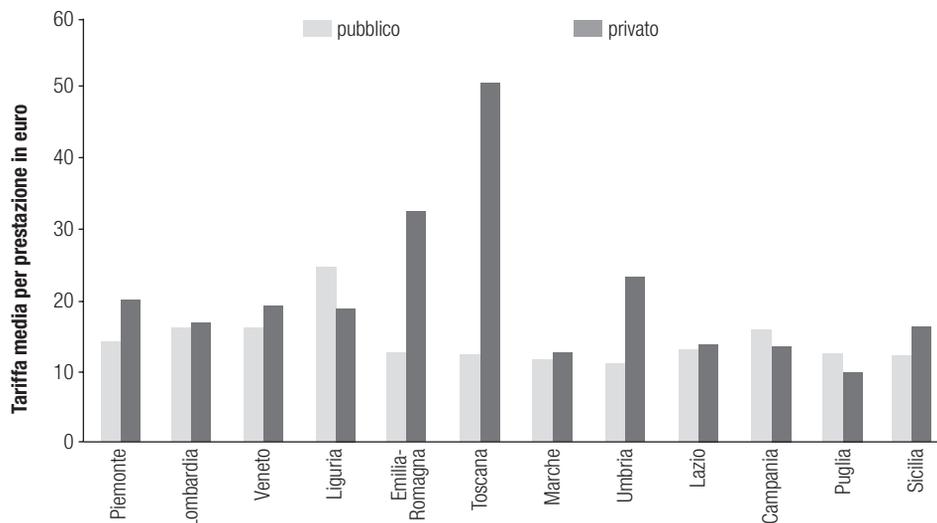
È interessante, inoltre, analizzare il comportamento del valore tariffario medio per prestazione per tipologia di produttore (si veda la Figura 8.5): nelle regioni in cui il privato accreditato detiene una quota di mercato inferiore, la sua tariffa media per prestazione è più alta rispetto a quella registrata nelle strutture pubbliche. Ciò è particolarmente evidente in Emilia Romagna e in Toscana, in cui la tariffa media per prestazione del privato accreditato è il doppio rispetto a quella del settore pubblico. Ciò fa pensare che, in queste Regioni, il privato accreditato tenda a erogare, prevalentemente, prestazioni più complesse e, quindi, anche più costose (come, per esempio, le prestazioni di diagnostica), mentre le prestazioni meno costose sono erogate, nella maggior parte dei casi, dal pubblico. Inoltre, la tariffa media delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche si attesta tra 11 e 16 euro; quella delle strutture private accreditate tra 10 e 50 euro, evidenziando una maggiore differenziazione tra le realtà regionali.

Tabella 8.3 **Variazione percentuale, tra il 2011 e il 2012, delle prestazioni specialistiche, distinte per natura giuridica del produttore**

Regioni	Variazione percentuale 2011-2012	
	Pubblico	Privato accreditato
Piemonte	0%	-8%
Lombardia	-1%	-2%
Veneto	-1%	-9%
Liguria	-5%	6%
Emilia Romagna	-4%	-10%
Toscana	-4%	-25%
Marche	0%	-20%
Umbria	-5%	-22%
Lazio	-4%	-12%
Campania	8%	-6%
Puglia	-3%	-6%
Sicilia	-9%	-5%

Fonte: elaborazione Agenas

Figura 8.5 **Valore tariffario medio per prestazione secondo il tipo di produttore – 2012**



Fonte: elaborazione Agenas

### 8.3 Le politiche nazionali e regionali: un quadro di sintesi

Diversi sono gli indirizzi nazionali sul tema dell'assistenza specialistica ambulatoriale. In questa sede si richiamano i più recenti. Il Patto della Salute 2010-2012 (art. 6 comma 5), prevedendo una razionalizzazione della rete ospedaliera ottenuta attraverso l'incremento dell'appropriatezza dei ricoveri e la contestuale promozione del passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e all'assistenza in regime ambulatoriale, stabilisce l'estensione delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza, con passaggio da 43 DRG (dell'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001), a 118 DRG (elenchi A<sup>7</sup> e B allegati allo stesso Patto della Salute). Tali indirizzi comportano l'esigenza di una riprogettazione organizzativa assistenziale, finalizzata allo sviluppo progressivo di nuove risposte sia presso l'ospedale (l'osservazione breve, il *day service*, i percorsi ambulatoriali complessi nei *day service*), sia in sede territoriale (strutture residenziali e semiresidenziali, case della salute, ospedali di comunità) e, infine, presso il domicilio del paziente con l'attivazione delle cure domiciliari di complessità appropriata al bisogno espresso.

<sup>7</sup> Con l'Allegato A è stata individuata una lista di «Prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza in regime di *daysurgery* – trasferibili in regime ambulatoriale (per esempio, «liberazione del tunnel carpale», «riparazione monolaterale di ernia», ecc.); mentre l'Allegato B individua i DRG a elevato rischio di inappropriatazza erogati in regime di degenza ordinaria.

Il Patto per la salute 2014-2016 conferma che le Regioni e le PA devono assicurare l'erogazione delle prestazioni erogate in regime di ricovero ordinario, in ricovero diurno o, previo il loro inserimento nel nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale con specifica definizione e relativo codice, in regime ambulatoriale. A tal fine, il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e le Regioni dovranno istituire un tavolo di lavoro per rendere omogenea la codifica delle prestazioni specialistica ambulatoriale, allo scopo di consentire la corretta lettura e interpretazione dei dati e così confrontare i diversi SSR.

A livello regionale, le principali politiche su questo tema sono stanzialmente riconducibili a tre macro-categorie, che vengono di seguito approfondite:

- ▶ politiche di miglioramento dell'appropriatezza organizzativa per l'erogazione di specifiche prestazioni;
- ▶ politiche sul monitoraggio e contenimento delle liste di attesa;
- ▶ politiche tariffarie e di compartecipazione e alla spesa da parte del cittadino.

### 8.3.1 Politiche per il miglioramento dell'appropriatezza

È parere comune dei tavoli di lavoro ministeriali, regionali e delle società scientifiche che una quota importante di ricoveri in *day hospital* medico per motivi diagnostici, pur richiedendo indagini cliniche, diagnostiche e strumentali plurime e multidisciplinari, non abbia bisogno né di allettamento, né di assistenza medico infermieristica, né di sorveglianza per più ore nel corso della giornata. Tuttavia, il modello tradizionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale è stato incentrato sulle singole prestazioni e non sul problema clinico del paziente. Per queste ragioni, la possibilità di trasferire una parte significativa delle prestazioni erogate in *day hospital* in regime ambulatoriale è apparsa subordinata alla definizione e realizzazione di modelli di assistenza ambulatoriale innovativi, di presa in carico da parte della struttura<sup>8</sup>.

A questo proposito, molte Regioni hanno avviato esperienze innovative di organizzazione dell'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali coordinate e complesse, denominate comunemente «*day service* ambulatoriale», attivate, in via preliminare, nell'ambito ospedaliero per proporre un'alternativa assistenziale al ricovero (generalmente il ricovero diurno). Le diverse esperienze regionali sono accomunate da alcuni tratti identificativi<sup>9</sup>.

<sup>8</sup> Va comunque sottolineato che una parte degli attuali ricoveri in *day hospital* medico è effettuata per erogare singole prestazioni (senza caratteri di multidisciplinarietà), che non prevedono elevati livelli di coordinamento clinico e organizzativo; questi pazienti dovrebbero essere assistiti nel tradizionale livello specialistico ambulatoriale.

<sup>9</sup> Per un approfondimento di rimanda ai gruppi di lavoro del Progetto Mattoni: «Evoluzione del sistema DRG», «Misure dell'appropriatezza» e «Specialistica ambulatoriale».

Con riguardo alla definizione del modello assistenziale, il *day service* ambulatoriale è un'innovativa modalità di assistenza, ricompresa nel livello territoriale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali. Essa è finalizzata:

- ▶ da una parte, alla gestione di casi clinici la cui soluzione richiede (i) l'erogazione di indagini cliniche e strumentali plurime e multidisciplinari anche complesse, previste da uno specifico percorso diagnostico terapeutico centrato sul problema clinico del paziente e non sulla singola prestazione, e (ii) un elevato livello di coordinamento clinico-organizzativo da parte della struttura erogatrice;
- ▶ dall'altra parte, deve assicurare al paziente facilità di accesso alle prestazioni attraverso la gestione, in carico alla struttura erogatrice, delle prenotazioni, in coerenza con l'iter diagnostico e in modo da ridurre il numero di accessi per l'utente.

L'assistenza ambulatoriale in *day service* viene erogata dagli ambulatori di istituti di cura/strutture di ricovero o da poliambulatori territoriali che assicurino la presenza, al loro interno, di tutte (o quasi) le discipline interessate dal percorso assistenziale. Il *day service* ambulatoriale viene avviato dallo specialista ospedaliero o del poliambulatorio al quale si rivolge il cittadino, su richiesta di visita o altra prestazione avanzata dal MMG o dal PLS che formula un primo quesito diagnostico. L'organizzazione del *day service* ambulatoriale prevede la redazione di una cartella clinica, alla cui compilazione partecipano, in modo coordinato, tutti gli specialisti implicati nella risposta assistenziale.

Nell'ambito del *day service* si inseriscono:

- ▶ i percorsi diagnostico terapeutici (P.A.C.C. – percorsi ambulatoriali complessi e coordinati o A.P.A. – accorpamenti di prestazioni ambulatoriali), quali gruppi ragionati di prestazioni che devono essere erogati in risposta a quesiti diagnostici per specifiche patologie. I P.A.C.C. sono proposti e condivisi dagli specialisti della struttura erogatrice, formalizzati e codificati dalle aziende sanitarie a cui afferiscono le strutture, ed eventualmente validati a livello regionale. L'intero iter previsto dal P.A.C.C. deve concludersi, di norma, entro 30 giorni dall'accettazione del paziente. Sono, generalmente, prestazioni afferenti alle branche dell'area funzionale della medicina, che, di norma, venivano prima e seguite in regime di ricovero ordinario o di DH;
- ▶ le «Prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale» (PCA), quali prestazioni prevalentemente di tipo chirurgico o afferenti a discipline di tipo chirurgico, riportate nella classificazione internazionale ICD-9-CM delle procedure. Si tratta di prestazioni afferenti alle branche dell'area funzionale della chirurgia, che, di norma, venivano eseguite in regime di ricovero ordinario o di *day-surgery* e che si ritiene possano essere trasferite, garantendo in regime ambulatoriale

standard sovrapponibili di sicurezza del paziente. Il trasferimento di livello di erogazione deve assicurare, in ogni caso, il mantenimento dei contenuti assistenziali, in termini di requisiti strutturali, impiantistici, organizzativi e professionali precedentemente garantiti in regime di ricovero, a tutela della garanzia dei pazienti. Il tema è di estrema attualità e anche la recente Bozza del decreto ministeriale del 9 luglio 2014 «Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera...» riporta un approfondimento sulla chirurgia ambulatoriale quale possibilità clinica, organizzativa e amministrativa di effettuare interventi chirurgici o, anche, procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive praticabili senza ricovero su pazienti accuratamente selezionati, comprese le prestazioni odontoiatriche. Sono erogabili a carico del SSN e costituiscono livelli essenziali di assistenza anche le prestazioni di chirurgia ambulatoriale e di diagnostica strumentale, precedentemente erogate in regime di ricovero, solo se effettuate negli ambulatori situati nelle strutture di ricovero a ciò accreditati dalle Regioni, con le modalità e i limiti previsti dalla normativa regionale, a tutela della garanzia dei pazienti. Lo stesso decreto impone alle Regioni di classificare le strutture che erogano prestazioni di chirurgia ambulatoriale, in base a: complessità tecnica/invasività delle prestazioni, tecniche di anestesia e di sedazione praticabili, possibili insorgenze di complicanze cliniche nel paziente, gradiente di sicurezza igienico-sanitaria della sala operatoria.

Ciascuna Regione ha modulato questa impostazione anche rispetto al proprio contesto regionale. Per esempio, la Lombardia, dal 2011, ha istituito le MAC (macroattività ambulatoriali complesse) e le BIC (macroattività ambulatoriali chirurgiche a bassa complessità operativa assistenziale), con l'obiettivo di perseguire l'appropriatezza di erogazione dei servizi che, pur necessitando di un posto letto, possono essere effettuati in un regime di tipo ambulatoriale complesso (si veda il Box 8.1).

Oltre alla spinta verso il *day service*, il Ministero della Salute e le Regioni mirano al miglioramento dell'appropriatezza organizzativa grazie anche a più efficaci modelli di presa in carico delle cronicità (per esempio, il modello CREG lombardo, le Case della salute in Emilia Romagna o il *Chronic Care Model* in Toscana)<sup>10</sup>. Questi sistemi, basati sull'associazionismo medico e sul coinvolgimento coordinato di altri professionisti sanitari (medici specialisti e infermieri), dovrebbero ridurre il ricorso alle strutture ospedaliere attraverso meccanismi di monitoraggio e di presa in carico dei pazienti cronici, ricorrendo a un uso appropriato dell'assistenza specialistica ambulatoriale.

<sup>10</sup> Per un approfondimento sul funzionamento operativo dei principali modelli regionali di *disease management* si rimanda al capitolo 9 del Rapporto Oasi 2012 (Carbone *et al.*).

### Box 8.1 **Caratteristiche delle MAC (macroattività ambulatoriale complessa e ad alta integrazione di risorse) – Regione Lombardia**

La Regione Lombardia con DRG n. IX/2633/2011 e IX/2946/2012 ha approvato le MAC (*macroattività ambulatoriali complesse e ad alta integrazione di risorse*) fornendo alcuni dettagli con la circolare del 30 gennaio del 2012. Esse sono una modalità organizzativa dell'erogazione di attività terapeutiche e diagnostiche complesse, caratterizzate da una significativa complessità dal punto di vista dell'integrazione contemporanea di più professionalità e più discipline, che devono interagire tra loro in maniera coordinata in un tempo significativamente prolungato. Da ciò deriva che questo modello organizzativo riguarda attività fino a ieri erogate in day hospital e/o in degenza ordinaria e che non può in nessun modo sostituire il regime ambulatoriale classico, caratterizzato dall'erogazione di singole prestazioni in un contesto non complesso. A fronte di questa definizione, è chiaro che le attività afferenti alla MAC sono relative esclusivamente a prestazioni di tipo non chirurgico.

La Regione ha individuato dodici pacchetti MAC e con DGR n. IX/2946/2012, ha definito le relative tariffe: le MAC 01-05 sono attività relative all'area oncologica (chemioterapia con o senza somministrazione di farmaci ad alto costo, terapia antitumorale, ecc.), le MAC 06-08 sono relative all'area della riabilitazione (bassa, media e alta complessità), le MAC 09-10 sono relative a terapia infusionali in pazienti con patologie acute o croniche che non necessitano di un ricovero ospedaliero e le MAC 11-12 sono manovre diagnostiche complesse (per esempio, biopsie, punture lombari, ecc.).

Da un punto di vista organizzativo gli aspetti principali sono i seguenti:

- i pacchetti MAC possono essere prescritti solamente dagli specialisti che operano presso la struttura dove gli stessi verranno erogati;
- a partire da gennaio 2016, i pacchetti MAC sono soggetti, se dovuta, alla compartecipazione alla spesa (ticket) da parte dei pazienti, in base alle regole già vigenti per le attività di specialistica ambulatoriale per i cittadini non esenti;
- i pacchetti MAC possono essere fruiti anche da pazienti di provenienza extra-regionale;
- le prescrizioni per la MAC sono relative esclusivamente ad attività erogate per conto del SSR e devono essere effettuate su impegnativa del SSN, precisando che ciascuna impegnativa può contenere fino a un massimo di otto pacchetti MAC. L'impegnativa utilizzata per la prescrizione di pacchetti MAC, indipendentemente dal numero di pacchetti prescritti, non dovrà contenere la prescrizione di altre prestazioni ambulatoriali non afferibili alla MAC, per le quali andrà, quindi, prevista un'altra MAC;
- la rendicontazione degli accessi per MAC con il flusso ambulatoriale (circolare28SAN) dovrà essere effettuata con cadenza mensile.

### 8.3.2 Politiche per il contenimento delle liste di attesa

Il Piano Nazionale di Contenimento dei Tempi di Attesa per il triennio 2006-2008 e il corrente Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (2010-2012) hanno definito a livello nazionale i tempi massimi per l'erogazione delle prestazioni, suddivise per aree critiche di bisogno assistenziale. In particolare, nelle procedure di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal SSN devono essere rispettate le seguenti classi di priorità:

- «U (Urgente)» per prestazioni da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;

- ▶ «B (Breve)» per prestazioni da eseguire entro 10 giorni;
- ▶ «D (Differibile)» per prestazioni da eseguire tra 11 e 30 giorni per le visite specialistiche e tra 11 e 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
- ▶ «P (Programmata)» per prestazioni programmate; oltre 30 giorni per le visite specialistiche, oltre 60 giorni per gli esami strumentali e, comunque, in entrambi i casi, entro 180 giorni.

Ai fini della verifica del rispetto dei tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali, sono prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto, mentre sono escluse tutte le prestazioni di controllo e le prestazioni di screening. In particolare, sono oggetto di monitoraggio 14 visite specialistiche e 29 prestazioni di diagnostica strumentale/esami specialistici (Fattore e Ferrè, 2012).

Ciascuna Regione, nella definizione del proprio piano di gestione delle liste di attesa, ha recepito gli indirizzi nazionali agendo su diversi fronti:

Tabella 8.4 **Elenco visite specialistiche e prestazioni diagnostiche oggetto di monitoraggio per i tempi di attesa secondo PNGLA 2010-2012**

Visite specialistiche	Diagnostica per immagini	Altri esami specialistici
Visita cardiologia	Mammografia	Colonscopia
Visita chirurgia vascolare	TC senza e con contrasto Torace	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile
Visita endocrinologica	TC senza e con contrasto Addome superiore	Esofagogastroduodenoscopia
Visita neurologica	TC senza e con contrasto Addome inferiore	Elettrocardiogramma
Visita oculistica	TC senza e con contrasto Addome completo	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)
Visita ortopedica	TC senza e con contrasto Capo	Elettrocardiogramma da sforzo
Visita ginecologica	TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	Audiometria
Visita otorinolaringoiatrica	TC senza e con contrasto Bacino	Spirometria
Visita urologica	RMN Cervello e tronco encefalico	Fondo Oculare
Visita dermatologica	RMN Pelvi, prostata e vescica	Elettromiografia
Visita fisiatrica	RMN Muscoloscheletrica	
Visita gastroenterologica	RMN Colonna vertebrale	
Visita oncologica	Ecografia Capo e collo	
Visita pneumologica	Ecocolordoppler cardiaca	
	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	
	Ecocolordoppler dei vasi periferici	
	Ecografia Addome	
	Ecografia Mammella	
	Ecografia Ostetrica – Ginecologica	

Fonte: Ministero della Salute, PNGLA 2010-2012

- ▶ attivazione e potenziamento del CUP a livello provinciale/regionale, utilizzando la quota di risorse da vincolare per specifici progetti regionali, come indicato dal PNGLA 2010-2012;
- ▶ aumento della disponibilità in fasce orarie uniformi nelle diverse strutture (per esempio, orario poliambulatori h12 dal lunedì al sabato);
- ▶ estensione dell'erogazione di PACC a erogatori privati;
- ▶ governo della domanda di prestazioni ambulatoriali attraverso azioni specifiche volte a risolvere gli squilibri domanda-offerta e migliorare (i) l'appropriatezza organizzativa nell'utilizzo dei *setting* assistenziali e l'appropriatezza clinica responsabilizzando i prescrittori, (ii) la trasparenza nella divulgazione delle informazioni sui tempi di attesa (per esempio, portale web dedicato; un database delle prestazioni ambulatoriali, da cui è possibile monitorare i tempi di attesa ex ante ed ex post) e (iii) la tempestività in base alle classi di priorità.

Con riferimento a questa tipologia di politiche regionali, può essere interessante sottolineare il caso della Regione Emilia Romagna (si veda il Box 8.2).

#### Box 8.2 Piano di governo delle liste di attesa – Regione Emilia Romagna

In Regione Emilia Romagna, secondo quanto stabilito dalla DGR 1035 del 20 luglio 2009 (programma regionale di miglioramento dell'accesso ai servizi di specialistica ambulatoriale), tutte le Aziende Usl hanno presentato uno specifico piano attuativo, nel quale sono specificate le modalità con cui l'Azienda Usl intende garantire il rispetto dei tempi di attesa, fissati in 24 ore per le urgenze, 7 giorni per le urgenze differibili, 30 giorni e 60 giorni rispettivamente per visite ed esami programmabili (non urgenti né di controllo).

Tali piani attuativi contengono: valutazione del fabbisogno della popolazione di riferimento; valutazione dell'appropriatezza di prescrizione e di erogazione; programmazione della produzione di visite ed esami specialistici; piano di produzione con la distinzione tra urgenza, urgenza differibile, controllo, programmabile; sistema delle garanzie di accesso. La garanzia del rispetto di tali tempi è data, per la maggior parte delle prestazioni, in ambito distrettuale; solo per alcune più complesse la garanzia riguarda l'ambito territoriale dell'intera azienda.

Le Aziende Usl, per rispettare i tempi di attesa, possono sia erogare direttamente visite ed esami, che stipulare accordi con Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliero-Universitarie, Ircss e con operatori privati accreditati.

All'interno dell'Azienda USL i compiti sono così ripartiti: (i) il Collegio di direzione dell'Azienda Usl è coinvolto nella valutazione del fabbisogno, nella definizione delle linee di miglioramento dell'organizzazione, nella valutazione dell'appropriatezza di prescrizione e di erogazione; (ii) la responsabilità del governo dei tempi di attesa è del direttore sanitario, quella dell'organizzazione dell'erogazione è del direttore del Dipartimento di cure primarie.

A livello regionale è stato istituito un tavolo di coordinamento che assicura il raccordo per il monitoraggio dell'intero processo di programmazione, erogazione e valutazione dei tempi di attesa per visite ed esami ed è stato creato un sito internet dedicato che permette di conoscere i risultati del monitoraggio che viene effettuato a livello regionale e locale. In particolare, i dati forniti per ASL sono:

- offerta settimanale di prestazioni programmabili, che l'Azienda mette a disposizione nella settimana di rilevazione;
- pazienti in lista d'attesa: numero di pazienti che sono in lista per ottenere la prestazione all'inizio del giorno indice (primo giorno della settimana di rilevazione);

## Box 8.2 (segue)

- pazienti prenotati totali: numero totale di pazienti che durante la settimana di rilevazione hanno richiesto la prenotazione della prestazione;
- giorni di attesa calcolati sul totale delle prestazioni prenotate: minimo, media, massimo, mediana, deviazione standard;
- strutture a target sul totale: indica il numero di strutture il cui indice di performance supera il 90%: rapporto percentuale tra il numero pazienti prenotati nella settimana di rilevazione con tempo di attesa inferiore agli standard regionali (30 gg. per le visite e 60gg. per la diagnostica, 7gg. per le prestazioni urgenti) sul totale dei pazienti prenotati nella medesima settimana;
- indice di offerta settimanale: numero di prestazioni offerte settimanalmente, rilevate nell'ambito del monitoraggio periodico, rapportato a 10.000 abitanti.

### 8.3.3 Politiche tariffarie e di compartecipazione alla spesa

Il nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale riporta le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili dal SSN e, sotto questo profilo, definisce il livello essenziale di assistenza in questo regime di erogazione. Il nomenclatore nazionale è stato approvato con il Decreto del Ministro della sanità del 22 luglio 1996. Con il Decreto del Ministero della Salute 18 ottobre 2012 è stata confermata l'erogabilità delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e sono state ridefinite, nell'allegato 3, le relative tariffe massime di riferimento per un totale di 1.715 tipologie di prestazioni.

In questo ambito, le politiche regionali riguardano principalmente tre fronti:

- ▶ l'aggiornamento dei nomenclatori regionali e delle tariffe con inserimento di eventuali prestazioni aggiuntive ed eliminazione di quelle obsolete;
- ▶ la modulazione delle tariffe per l'erogazione dei DRG a elevato rischio di inappropriata in regime di *day service* ambulatoriale e le relative forme di compartecipazione. Alcune Regioni l'hanno prevista secondo le vigenti normative che prevedono una compartecipazione da parte del cittadino, mentre altre, ritenendo le prestazioni di *day service* intermedie tra il ricovero in *day hospital* e l'assistenza ambulatoriale, hanno ritenuto opportuno non prevedere alcuna compartecipazione. A titolo esemplificativo, il Box 8.3 riporta l'esperienza della Regione Sicilia, che ha previsto un abbattimento della valorizzazione dei DRG a elevato rischio di inappropriata, oltre un valore soglia, definendo le tariffe per le prestazioni in *day service* ambulatoriale<sup>11</sup>;

<sup>11</sup> Ad esempio, la Regione Puglia, con DGR 1202/2014, ha modificato ed integrato il nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali con ulteriori prestazioni di chirurgia ambulatoriale (PCA) e pacchetti ambulatoriali complessi e coordinati (PACC), ha approvato l'elenco dei farmaci ad alto costo da addebitare in mobilità sanitaria regionale ed interregionale, qualora le prestazioni siano erogate in regime di *Day service* e ha esteso la facoltà di erogazione alle Case di cura private accreditate, purché le stesse siano accreditate per la disciplina di riferimento.

### Box 8.3 **Criteria di abbattimento dei DRG ad elevato rischio di inappropriatezza e definizione delle relative tariffe per l'erogazione in *day service* – Regione Siciliana**

La Regione Siciliana, con DA n. 954/2013 «Criteri di abbattimento dei DRG a rischio di inappropriatezza e definizione delle relative tariffe per l'erogazione in Day Service» ha provveduto a disporre l'abbattimento della valorizzazione dei DRG oltre il superamento di un valore soglia (che viene calcolato come somma dei ricoveri ordinari e dei ricoveri in day hospital sul totale dei casi – RO, DH e *day service* – del medesimo DRG) per tutte le strutture pubbliche e private accreditate.

Le strutture che erogano prestazioni in *day service* sono tenute a trasmettere all'Assessorato Salute con periodicità mensile il flusso SDAO (Scheda di dimissione Ambulatoriale ospedaliera).

Rispetto alle regole tariffarie, il decreto riporta i seguenti punti:

- per i ricoveri in regime ordinario e di DH, il valore da riconoscere oltre il valore soglia è pari alla tariffa del *day service* ridotta del 20%;
- i PACC/DRG erogati in regime di *day service* sono remunerati secondo le tariffe definite nell'allegato del decreto, che sono comprensive di tutte le prestazioni inerenti l'intero percorso diagnostico e terapeutico (compresi la visita, gli esami diagnostici e strumentali, l'intervento chirurgico e, per i *day service* chirurgici, la prima visita post-intervento) a prescindere dal numero degli accessi erogati;
- nei casi in cui la diagnosi finale determini un PACC/DRG finale non rientrante tra quelli individuati, ma, comunque, con una tariffa prevista per il DH nel relativo tariffario dei ricoveri ospedalieri, gli stessi saranno remunerati con una tariffa pari all'80% della tariffa dei ricoveri in regime di DH del medesimo DRG, considerando la tariffa di un unico accesso;
- al *day service* si applicano le norme in materia di partecipazione alla spesa, come previsto da DA del 17 febbraio 2010, ad esclusione dei pazienti esenti.

- la regolazione delle forme di compartecipazione alla spesa per l'erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale a seguito della manovra finanziaria del 2011 (L. 111/11), che ha introdotto il c.d. superticket (già previsto con la finanziaria per il 2007). Il superticket è una quota di compartecipazione (aggiuntiva rispetto alle forme di compartecipazione già previste nelle varie regioni) applicata alle ricette della specialistica (quota fissa di 10 euro), che ogni Regione ha poi modulato secondo criteri differenti pur rispettando i valori del gettito previsto (si veda la Tabella 8.5). Alcune Regioni, come, per esempio, Piemonte e Lombardia, hanno modulato il superticket sull'importo della prestazione, un secondo gruppo di Regioni, come la Toscana e l'Umbria, sul reddito; altre, invece, (la maggior parte delle Regioni in Piano di rientro) hanno applicato la quota fissa di 10 euro.

Analizzando il valore tariffario medio per prestazione nelle varie Regioni (si veda la Figura 8.6), tutte le Regioni evidenziano un incremento del valore medio per prestazione: ciò può essere dovuto anche al fatto che la diminuzione di prestazioni ha maggiormente riguardato le prestazioni meno costose, che, per altro, sono anche quelle dove il ticket proporzionalmente grava in misura maggiore.

Tabella 8.5 **Prestazioni specialistiche ambulatoriali – articolazione del sistema di compartecipazione alla spesa previste dalla L. 11/11 nelle regioni\***

	Quota ricetta non applicata	Quota ricetta fissa (10 €)	Misure alternative alla quota ricetta		fasce di reddito applicate nelle regioni	modalità di calcolo delle fasce di reddito nelle Regioni
			Rimodulazione quota ricetta aggiuntiva in base al reddito familiare	Rimodulazione quota ricetta aggiuntiva in base al valore della ricetta		
PIEMONTE				da 0 a 30 €		
VALLE D'AOSTA	X			da 0 a 30 €		
LOMBARDIA						
PROV. AUTON. BOZZANO	X					
PROV. AUTON. TRENTO	X					
VENETO		5 o 10 €			fino a 29.000 € superiore a 29.000 €	reddito familiare fiscale
LIGURIA		X				
EMILIA ROMAGNA			da 0 a 15 € + ticket max 36,15 €, eccetto le seguenti per le quali si paga solo quota fissa: TAC-RM da 36,15 a 70 €, visite specialistiche 23 € la prima visita e 18 € le successive, chirurgia ambulatoriale 46,15		fino a 36.151,98 € fra 36.151,99 € e 70.000 € fra 70.001 € a 100.000 € superiore a 100.000 €	reddito familiare
TOSCANA			da 0 a 30 €, TAC-RM da 0 a 34 €, chirurgia ambulatoriale, PET e scintigrafia da 0 a 40 €.		fino a 36.151,98 € fra 36.151,99 € e 70.000 € fra 70.001 € a 100.000 € superiore a 100.000 €	reddito familiare o ISEE
UMBRIA			da 0 a 15 € + ticket, eccetto TAC-RM per la quale si paga il ticket + da 0 a 34 € in base alle fasce di reddito		fino a 36.151,98 € fra 36.151,99 € e 70.000 € fra 70.001 € a 100.000 € superiore a 100.000 €	fasce di reddito lordo familiare fiscale
MARCHE			da 0 a 15 €, TAC-RM da 26,2 a 70,2 €		fino a 36.151,98 € fra 36.151,99 € e 70.000 € fra 70.001 € a 100.000 € superiore a 100.000 €	fasce di reddito del nucleo familiare

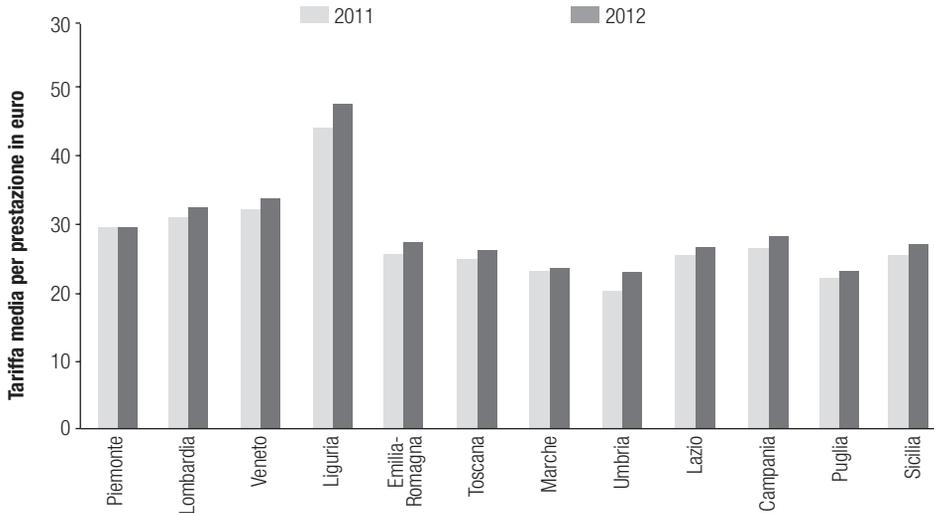
Tabella 8.5 (segue)

	Quota ricetta non applicata	Quota ricetta fissa (10 €)	Misure alternative alla quota ricetta		fasce di reddito applicate nelle regioni	modalità di calcolo delle fasce di reddito nelle Regioni
			Rimodulazione quota ricetta aggiuntiva in base al reddito familiare	Rimodulazione quota ricetta aggiuntiva in base al valore della ricetta		
LAZIO		X				
ABRUZZO		X				
MOLISE		X				
CAMPANIA				da 0 a 20 €		Sono richiesti n. 2 requisiti (età e reddito). Soggetti con meno di 6 anni o più di 65 anni con reddito familiare relativo all'anno precedente inferiore ad € 36.151,98
PUGLIA			X			Sono richiesti n. 2 requisiti (disoccupazione e reddito). Disoccupati e loro familiari a carico, con reddito familiare relativo all'anno precedente inferiore ad € 8.263,31 incrementato ad € 11.362,05 in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori € 516,46 per ogni figlio a carico.  fra € 18.000,01 ed € 23.000  fino a € 18.000 reddito ISEE  reddito familiare
BASILICATA						
CALABRIA		X				
SICILIA		X				
SARDEGNA						

\* Si segnala che per la regione Friuli Venezia Giulia non si dispongono le informazioni.

Fonte: Agenas

Figura 8.6 **Valore tariffario medio per prestazione nel 2011 e 2012**



Fonte: elaborazione Agenas

La scelta se e come modulare il super-ticket non ha influenzato i trend di variazione dei volumi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

In Figura 8.7 e Figura 8.8 sono rappresentati i trend, dal 2011 al 2012, dei ticket incassati per settore specialistico, rispettivamente, per produttori pubblici e privati accreditati nelle diverse Regioni, calcolato come rapporto tra il valore dei ticket incassati nel 2012 e quelli del 2011 espressi in percentuale. Per le strut-

Figura 8.7 **Rapporto tra i ticket riscossi (ticket e super-ticket) nel 2011 e 2012 per settore specialistico per le strutture pubbliche**

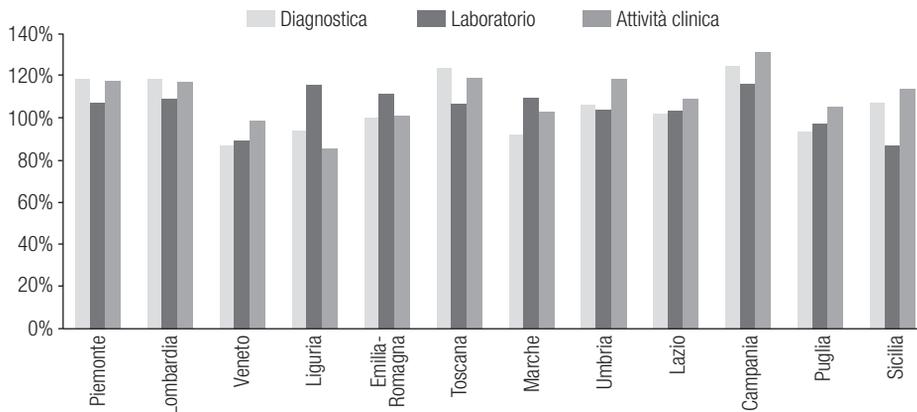
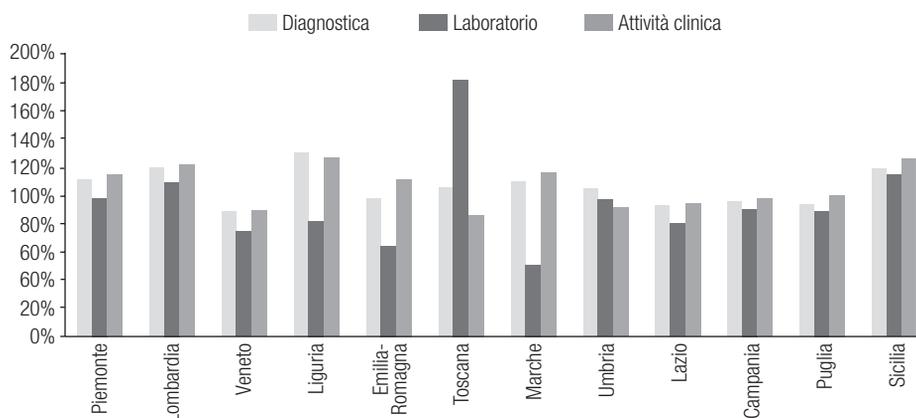


Figura 8.8 **Rapporto tra i ticket riscossi (ticket e super-ticket) nel 2011 e 2012 per settore specialistico per le strutture private accreditate**



Fonte: elaborazione Agenas

ture pubbliche si riscontra un aumento o una stazionarietà del gettito dei ticket incassati in tutte le Regioni, ad eccezione di qualche caso (Veneto, Sicilia e Puglia per le prestazioni di laboratorio, e Veneto, Marche e Puglia per le prestazioni di diagnostica); per le strutture private accreditate, i trend sembrano essere, nella maggior parte dei casi, in decremento o stazionari, a eccezione di qualche caso. Tra questi si distinguono Piemonte, Lombardia e Sicilia, che registrano degli incrementi nei tre settori. Per la Toscana, il gettito incassato attraverso le strutture private accreditate è rimasto invariato tra i due anni nel caso della diagnostica, è aumentato di circa l'80% per il laboratorio, mentre ha avuto una lieve contrazione nell'attività clinica.

#### 8.4 Considerazioni conclusive

A causa di un gap informativo storico sui dati di attività di specialistica ambulatoriale, a oggi non si può ancora comprendere se la riduzione significativa dei ricoveri ospedalieri trovi una compensazione in un aumento delle prestazioni ambulatoriali, di diagnostica e di laboratorio. Anzi, i dati disponibili sugli ultimi due anni mostrano una contrazione di tali prestazioni nel SSN. Questo è un trend che potremmo verificare tra qualche anno, avendo una base dati più solida e attendibile.

Tuttavia, il quadro presentato sulle dimensioni, sul ruolo e sui cambiamenti in atto del settore dell'assistenza specialistica ambulatoriale stimola alcune riflessioni conclusive rispetto al processo di trasformazione che il SSN e i SSR, insie-

me alle aziende sanitarie pubbliche e private accreditate, devono affrontare nel prossimo futuro. Si tratta di processi di *change management* che dovrebbero accompagnare lo sviluppo organizzativo e operativo di nuove modalità di offerta delle prestazioni specialistiche ambulatoriali. Soluzioni che presentano gradi di assorbimento delle risorse differenziati in base ai livelli di intensità di cura richiesti: dalla prestazione di chirurgia ambulatoriale, che prevede una modello di offerta più strutturata per erogare, in completa sicurezza, interventi o procedure per le quali devono essere predisposti esami e visite pre-operatorie, nonché successive visite di controllo, a prestazioni ambulatoriali complesse di tipo medico nella logica del *day service*; da pacchetti ambulatoriali relativi a PDTA territoriali rivolti ai pazienti cronici e inseriti in modelli strutturati di *disease management* e di presa in carico da parte dei MMG, a prestazioni ambulatoriali semplici. Se non ben governati e guidati dal livello nazionale e/o regionale, tali processi potrebbero non produrre i risultati attesi. A tal proposito, è utile sottolineare alcuni punti di attenzione.

Da un punto di vista istituzionale, le scelte regionali di governo dell'assistenza specialistica ambulatoriale possono avvenire attraverso il potenziamento delle strutture pubbliche oppure l'accreditamento di strutture private accreditate. L'esito del processo di cambiamento non dovrebbe cambiare, purché tutti gli attori, pubblici o privati accreditati, coinvolti nei modelli produttivi siano sottoposti alle stesse politiche volte al miglioramento dell'appropriatezza organizzativa e al contenimento delle liste di attesa.

Rispetto al tema della compartecipazione, almeno due questioni vanno sottolineate:

- ▶ può essere considerata critica e poco equa la situazione per cui, in caso di *day service* ambulatoriale, alcune Regioni richiedono compartecipazione alla spesa secondo le vigenti normative, mentre altre (ritenendo le prestazioni di *day service* intermedie tra il ricovero in *day hospital* e l'assistenza ambulatoriale) non considerano opportuno prevedere alcuna compartecipazione;
- ▶ si è potuto valutare come non basti mettere un *super ticket* per incrementare il gettito da *copayment*, in quanto è evidente come ci sia stata una quota di prestazioni in cui l'elevato valore del *copayment*, superiore o simile al prezzo richiesto per le prestazioni a pagamento ha prodotto un aumento del ricorso a tali prestazioni, spesso ottenute anche con liste di attesa meno lunghe, se non addirittura inesistenti. Il nuovo Patto per la Salute annuncia una revisione delle regole del *copayment*: vi è, innanzitutto, la necessità che i ticket non siano più gravosi del prezzo delle prestazioni, magari offerte *low-cost*. Sarà poi indispensabile valutare se modulare i ticket sulla capacità contributiva degli utenti, considerando anche la possibilità che gli attuali «esenti per patologia» diano un contributo, seppur minimo. Infine, sembra opportuno che venga introdotto un tetto massimo di contribuzione annua, sommando anche la con-

tribuzione effettuata in altri settori, come in quello farmaceutico. Questi tetti permetteranno di evitare che alcuni utenti che hanno la necessità di accedere a numerose prestazioni non siano gravati da somme globali di contribuzione talvolta addirittura insostenibili.

Infine, con riferimento alla dimensione più manageriale e di gestione delle strutture, sarebbe importante agire almeno su tre fronti: (i) analizzare i profili di consumo della specialistica ambulatoriale, prendendo in considerazione le singole tipologie di prestazioni, con l'obiettivo di favorire processi erogativi più vicini alle esigenze dell'utente e rafforzare i sistemi di programmazione e controllo su quest'ambito; (ii) lavorare sui sistemi di crescita professionale, sia dei medici di specialistica ambulatoriale attraverso processi di *knowledge management* e di contaminazione con gli specialisti ospedalieri, sia delle professioni sanitarie e infine (iii) rafforzare le modalità di gestione operativa delle piattaforme ambulatoriali che si stanno sviluppando nelle aziende sanitarie pubbliche e private per accompagnare questi processi di cambiamento istituzionale e organizzativo.

## Bibliografia

- Carbone C., Corsalini E., Longo F., Ricci. A. (2012), «Scenari per lo sviluppo dei servizi territoriali. Confronto tra modelli regionali di presa in carico della cronicità» in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della Sanità Italiana – Rapporto Oasi 2012*, Milano, Egea.
- Cislaghi C. e Sferrazza A. (2013), «Gli effetti della crisi economica e del super ticket sull'assistenza specialistica (2013)», *Gruppo Remolet di Agenas; Monitor (n. 33) Agenas*.
- Dirindin N. (2011), «Eliminare la detraibilità fiscale dei ticket?», *Politiche sanitarie* 2011;12(3):95-100.
- Fattore G. e Ferrè F. (2012), «Il contenimento dei tempi di attesa», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della Sanità Italiana – Rapporto Oasi 2012*, Milano Egea.
- Rebba V. (2009), «I ticket sanitari: strumenti di controllo della domanda o artefici di disuguaglianze nell'accesso alle cure?», *Politiche sanitarie*, vol. 10, n. 4, Ottobre-Dicembre 2009.
- Rebba V. e Rizzi D. (2013), «Ticket o franchigia? Considerazioni per una riforma delle compartecipazioni alla spesa sanitaria», in Rizzi D. e Zantomio F. (a cura di), *Analisi e strumenti di politica sociale*, Edizioni Ca' Foscari, Venezia.