ATTI PARLAMENTARI

XIV LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. **CCI**
n. **16**

RELAZIONE

CONCERNENTE L'ATTUAZIONE DEGLI ADEMPIMENTI PREVISTI DALL'ACCORDO TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO DEL 14 FEBBRAIO 2002 IN MATERIA DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE E DI INDIRIZZI APPLICATIVI SULLE LISTE DI ATTESA

(Anno 2004)

(Articolo 52, comma 4, lettera c*), della legge 27 dicembre 2002, n. 289)*

Predisposta dalla Regione Emilia-Romagna
Presentata dalla Presidenza del Consiglio dei ministri

Trasmessa alla Presidenza il 21 luglio 2005

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

PAGINA BIANCA

RegioneEmiliaRomagna

Giunta Regionale

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

Il Direttore Generale

Franco Rossi

Protocollo N° ASS/DIR/05/ 24934
Data 8/07/2005

Alla Conferenza permanente
Per i rapporti tra Stato, Regioni e
Province autonome

Alla cortese attenzione del
Dr. Riccardo Carpino

Roma

Oggetto: Relazione annuale sull'attuazione degli adempimenti di cui al comma 4 lettera c) dell'articolo 52 della Legge 289/2002.

Con riferimento all'oggetto, si provvede a trasmettere in allegato la relazione annuale in merito alle iniziative assunte dalla scrivente regione volte al contenimento delle liste di attesa nel proprio territorio, per il successivo inoltro al Parlamento.

Nell'occasione si porgono distinti saluti.

Franco Rossi

All.: csi

PRESIDENZA DEL CONSIG...
UFFICIO DI SEGRETERIA DEL...
PERMANENTE PER I RAP...
LE REGIONI E LE ...
19 LUG. 2005
Prot. n. 3572
4.1.21.7.1.3

40127 Bologna - Viale Aldo Moro, 21
Tel. 051/6397161-2 Fax 051/6397056
e-mail: dgsan@regione.emilia-romagna.it

PAGINA BIANCA

REGIONE EMILIA ROMAGNA
RELAZIONE ALLA CONFERENZA STATO-REGIONI PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI
ANNO 2004

La Regione Emilia-Romagna è impegnata sul versante dei tempi di attesa fin dal 1998, in attuazione a quanto previsto dal del decreto legislativo D.Lgs 124/98 che affidava alle regioni la disciplina dei criteri per il tempo massimo di attesa. Fin da allora sono state avviate una serie di azioni tra cui il monitoraggio dei tempi di attesa, avviato nel 1999, e perfezionato nel corso di questi anni.
Le principali strategie adottate, in materia di liste di attesa, hanno previsto una serie articolata di interventi sia sul versante organizzativo che su quello della qualità percepita del cittadino.
In particolare, in questi anni, gli interventi hanno riguardato:

1. **La definizione degli standard** di riferimento dei tempi di attesa sulla base delle differenti modalità di accesso;
2. **Il monitoraggio dei tempi** di attesa per le prestazioni individuate come critiche, in quanto frequentemente soggette al superamento degli standard;
3. **L'offerta di prestazioni** attraverso il monitoraggio dei volumi di attività erogati;
4. **Gli indicatori di programmazione** utili alla valutazione dell'offerta di prestazioni;
5. **La definizione di indicazioni e priorità cliniche** per l'accesso ad alcune prestazioni (densitometria ossea ed ecocolordoppler);
6. **La rilevazione dell'attività specialistica** con un apposito flusso informativo;
7. **Le condizioni di accessibilità** attraverso l'attivazione di punti informativi e di prenotazione;
8. **La facilitazione dei percorsi** diagnostico terapeutici a livello ambulatoriale attraverso l'individuazione di un modello organizzativo finalizzato,
9. **La qualità percepita da parte del cittadino**

1. La definizione degli standard.

L'Accordo del 14 febbraio 2002 tra Governo, Regioni e Provincie Autonome, in merito al monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali individuate fissa in 30 giorni per le visite e 60 giorni per le prestazioni di diagnostica strumentale i tempi che devono essere garantiti all'80% dei cittadini che effettuano la prenotazione.
Tali standard temporali sono gli stessi adottati già da tempo in questa regione
Si precisa che gli standard dei tempi di attesa precedentemente indicati sono relativi alle prestazioni programmabili e che in questa regione lo standard per le prestazioni ambulatoriali urgenti è stato fissato in 7 giorni.

2. Il monitoraggio dei tempi

La Regione Emilia-Romagna anche per il 2004[1] ha inteso perseguire quanto previsto dall'Accordo del 14 febbraio 2002 tra Governo, Regioni e Provincie Autonome in merito al monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali individuate.

[1] DGR 1280/2004 Linee di programmazione e finanziamento del SSR per l'anno 2004

Le Azioni per il 2004 completano il processo avviato da tempo[2] per la rimodulazione dell'attività specialistica ambulatoriale ed esplicitate in dettaglio nell'analoga relazione per il 2003[3].
Così come negli anni precedenti il monitoraggio dei tempi di attesa per un numero predefinito di prestazioni (8 visite e 10 diagnostiche strumentali) ha interessato, attraverso le Aziende, tutti i soggetti erogatori pubblici e privati con cadenza trimestrale.
Nel 2004 la metodologia della rilevazione dei tempi di attesa è stata modificata per adeguarla anche alle nuove esigenze informative derivanti dal monitoraggio ministeriale. I criteri utilizzati sono infatti quelli individuati a livello nazionale nell'ambito del progetto mattone - liste d'attesa del Nuovo Sistema Informativo Sanitario – NSIS - finalizzato a supportare il processo di regionalizzazione della Sanità[4]. ed integrati sulla base delle specificità regionali.

Le novità introdotte per il 2004 sono state:

- La gestione dei dati sui tempi di attesa di tutti gli erogatori ubicati sul proprio ambito territoriale, comprese le Aziende Ospedaliere, è stata affidata alle Aziende USL che provvedono alla raccolta ed all'invio in Regione. Alle Aziende USL è affidato, infatti, il compito di programmare l'attività specialistica ambulatoriale sul proprio ambito territoriale, con il vincolo del rispetto del tempo di accesso alle prestazioni.
- La raccolta sistematica di due differenti tipologie di informazione - una relativa all'erogatore e una alla prestazione - aumenta il dettaglio delle informazioni acquisite. In particolare nelle rilevazioni 2004 si fa riferimento alle singole strutture eroganti (STS) e non più alle singole agende di prenotazione; di queste ultime si mantiene comunque evidenza di eventuali chiusure.
  I dettagli riguardanti le prestazioni fanno riferimento a :
  - data dell'appuntamento (prenotazione);
  - numero di pazienti prenotati nel giorno indice;
  - priorità di accesso;
  - informazioni riguardanti le modalità di gestione delle urgenze 24 h. e di quelle differibili (accesso diretto, prenotazione cup, contatto diretto con il professionista ecc.).

La rilevazione del tempo di attesa, in Regione Emilia-Romagna, avviene anche attraverso il flusso informativo della specialistica ambulatoriale (ASA)[5] . Questa modalità consente di evidenziare i tempi di ogni singola prestazione anche sulla base della priorità di accesso, come ad esempio l'urgenza ambulatoriale.
Nel corso del 2004 sono state date indicazioni operative per la compilazione dei nuovi modelli di ricetta medica a lettura ottica previsti dall'art. 50 della Legge 326/03[6], e sono stati forniti contestualmente gli elementi necessari per l'adeguamento del flusso ASA, con particolare riferimento alla rilevazione delle classi di priorità.

Al fine di garantire una comunicazione istituzionale efficace in materia di tempi di attesa è stato predisposto, nel corso del 2004, uno schema-tipo di rapporto sulla base del quale le Aziende USL forniranno, secondo criteri e linguaggi comuni, una relazione semestrale per le conferenze dei Sindaci e per le OO.SS. territoriali, contenente valutazioni sull'andamento delle attività della specialistica ambulatoriale e sulle azioni e gli strumenti messi a punto in ambito Distrettuale ed Aziendale.
Più precisamente si fa riferimento alle condizioni di accessibilità delle prestazioni esistenti in ambito aziendale (es. numero punti di prenotazione per abitante, ore giornaliere medie di apertura) ed all'offerta per quella tipologia di prestazioni.
Le medesime informazioni, inoltrate anche all'Assessorato alla Sanità della Regione, saranno utilizzate per effettuare valutazioni congiunte con le parti sociali interessate.

---

[2] DGR 1296/98

[3] Nel 2004, così come già indicato negli obiettivi per il 2003, è stato completato il processo di separazione delle liste in prestazioni programmabili (prima visita o prima prestazione diagnostica-terapeutica), urgenti, di controllo (visite ed esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che ha già preso in carico il paziente) e di screening.

[4] L'Emilia Romagna partecipa ai lavori di questo gruppo

[5] Circolare 3/2002 e 13/2003

[6] Circolare 23/2004

Il rispetto dei tempi di attesa, da parte delle Aziende Sanitarie, anche per il 2004 è stato inserito fra gli obiettivi di interesse regionale, al quale è vincolata la quota del 20% del trattamento economico percepito dai Direttori Generali.

Riguardo i risultati raggiunti, nell'ambito del totale dell'attività erogata solo il 17% delle prestazioni di diagnostica ed il 25% delle visite risultano potenzialmente critiche per i tempi di attesa.
Nell'ambito delle prestazioni oggetto di monitoraggio regionale e nazionale le prestazioni di diagnostica strumentale presentano criticità meno rilevanti e, nella rilevazione di ottobre, hanno raggiunto l'obiettivo della performance dei tempi di attesa all'80%.
In particolare la gastroscopia è stata garantita entro i 60 giorni a più dell'88% di pazienti prenotati (208 pazienti entro gli standard su 235 totali); la TAC del capo a circa l'85% (147 pazienti entro gli standard su 174 totali); la TAC addome a più dell'87% (61 pazienti entro gli standard su 70 totali); l'RMN cerebrale a circa l'82% (59 pazienti entro gli standard su 72 totali) e l'RMN della colonna all'85% (73 pazienti entro gli standard su 86 totali).
Le visite, in particolare l'oculistica, l'urologica e l'endocrinologica, presentano invece ancora importanti criticità, alla cui risoluzione concorrono opportune revisioni dei percorsi finalizzate a ricondurre l'erogazione delle prestazioni a criteri di appropriatezza.
Non si riscontrano problemi per la visita oncologica.
Per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio regionale per i tempi di attesa nel 2004 è stato riscontrato un incremento dell'indice di consumo del 4% rispetto al 2003.

3. L'offerta di prestazioni

Nel 2004 sono state erogate circa 65 milioni di prestazioni contro 61 milioni del 2003 (v. Tab. 1 - elaborazione a giugno 2005). Il volume di prestazioni fruite dai cittadini in questo anno, anche in assenza dei dati derivanti dalla mobilità passiva extraregionale, conferma la tendenza di crescita progressiva osservata anche per gli anni precedenti
Complessivamente le visite specialistiche e le prestazioni di diagnostica hanno mostrato un incremento analogo, pari al 4%, rispetto al 2003.
Tra le prestazioni oggetto di monitoraggio nel 2004 sono state, infatti, consumate 366,4 visite per 1000 abitanti con un aumento del 4% rispetto al 2003 e del 7% rispetto al 2002 e 229,9 prestazioni diagnostiche strumentali sempre per 1000 abitanti con un aumento del 5% rispetto al 2003 e del 12% rispetto al 2002[7].
In particolare il consumo della visita oculistica, pari a 114,6 prestazioni per 1000 abitanti, è aumentato del 6% rispetto al 2003, analogamente a quello delle visite neurologiche, endocrinologiche ed urologiche per le quali rispettivamente sono stati registrati incrementi del 7, 8 e 9 %.
Il consumo delle altre visite monitorate, invece, quali la fisiatrica e l'ortopedica, si è mantenuto pressoché costante.
Per quanto riguarda la diagnostica strumentale, il consumo della TAC addominale, pari a 7,7 prestazioni per 1000 abitanti, è aumentato del 12% rispetto al 2003; quello delle risonanze della colonna, cerebrale e addome ha avuto incrementi compresi in un intervallo che va dal 7 all'11%, così come quello dell'ecocolordoppler che con 58 prestazioni per 1000 abitanti ha registrato un accrescimento del 10%. I consumi dell'ecografia addominale, gastroscopia e TAC cerebrale, invece, si mantengono costanti nel biennio.
L'incremento dell'offerta è stato realizzato mediante accordi locali con gli specialisti ambulatoriali territoriali ed ospedalieri ricorrendo alla prenotazione di un numero di pazienti superiore al programmato (overbooking), calcolato sulla base degli abbandoni e delle rinunce attesi (variabile dal 18 al 26%).

Per quanto riguarda, infine, le prestazioni di tipo terapeutico, che annoverano al loro interno la radioterapia, la dialisi, la chirurgia ambulatoriale ecc., tra il 2003 ed il 2004 l'incremento osservato è stato del 3%, dovuto anche al trasferimento al livello ambulatoriale nel 2003 di alcune tipologie di interventi chirurgici prima eseguiti

[7] www.regione.emilia-romagna.it/sanita/sis/index.htm

in day surgery (vedi aggiornamento nomenclatore delle prestazioni specialistiche ambulatoriali[8]). In particolare nel 2004 sono stati eseguiti 2.322 interventi di "tunnel carpale" e 17.877 di "cataratta". Per i dettagli dei volumi dell'attività del biennio 2003 e 2004 si osservi anche la TAB 1 allegata.

4. Indicatori di programmazione

La Regione Emilia-Romagna sta da tempo affrontando il problema della raccolta dei dati di attività specialistica ambulatoriale e dell'individuazione di indicatori a supporto della programmazione regionale.
La disponibilità sistematica di dati di attività specialistica ambulatoriale analitici per tipo di prestazione è, infatti, relativamente recente nel panorama nazionale dei sistemi informativi regionali. Fino all'emanazione del D.M. 22 luglio 1996 (Nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale), di fatto si faceva riferimento esclusivamente a dati aggregati spesso incompleti e di bassa qualità. Questo sta alla base della scarsissima esperienza, esistente in materia di analisi dei dati di attività ambulatoriale.

Un ulteriore stimolo all'analisi è rappresentato dalla sempre maggiore importanza che riveste la specialistica ambulatoriale nell'ambito del processo di riduzione dei ricoveri ospedalieri a favore di attività svolte a livelli di assistenza più appropriati (day hospital o ambulatorio).
Nel corso del 2004[9] si è cercato pertanto di individuare metodi di analisi ed una reportistica predefinita da rendere disponibile alle Aziende per agevolare la stima del fabbisogno della popolazione e rendere possibile il processo di pianificazione per il prossimo triennio.
L'obiettivo è stabilire i criteri da indicare alle Aziende per classificare i propri Distretti in relazione ad un'area identificata come di normalità, individuare eventuali squilibri e proporre piani di intervento per le situazioni di eccesso o di carenza di offerta .
Il dimensionamento dell'offerta di prestazioni non può prescindere, infatti, da un'analisi dell'esistente e dell'utilizzo delle prestazioni.

Per l'analisi sono stati impiegati indicatori di offerta (densità assoluta dell'offerta) e indicatori pesati per volumi di produzione (densità dell'offerta pesata), offrendo la possibilità di fotografare la capacità erogativa di ogni struttura. Questi indicatori sono stati poi integrati con gli indici di consumo standardizzati per età, in generale e per ogni tipologia di prestazione (visite, laboratorio ecc.).

Per ogni Distretto sono stati analizzati i consumi anche in relazione al luogo in cui le prestazioni sono state fruite, considerando autosufficienza territoriale l'insieme delle prestazioni ottenute dalle strutture del Distretto di appartenenza oppure dalle Aziende (ospedaliere o private accreditate) presenti nel territorio di residenza dell'utente.
La combinazione delle valutazioni dei diversi indicatori ha portato a classificare i Distretti in quattro gruppi abbastanza omogenei:
Gruppo 1 Distretti scarsamente dotati di strutture e con elevata mobilità passiva in presenza di consumi limitati;
Gruppo 2 Distretti nell'area "normale";
Gruppo 3 Distretti con consumi elevati senza un'ampia dotazione di strutture;
Gruppo 4 Distretti con alti consumi e alta dotazione di strutture.

Tale metodologia, testata nel corso del 2004, per il 2005 costituirà strumento per l'elaborazione del[10] Programma aziendale della specialistica ambulatoriale, da sottoporre ai comitati di Distretto e della Conferenza territoriale sociale e sanitaria, necessario a supportare il processo di accreditamento istituzionale .

---

[8] DGR 24 febbraio 2003, n. 262 entrato in vigore il 29/04/2003

[9] Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna, Agenzia Sanitaria Regionale, Dossier 101- 2004 www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/colldoss/doss101.pdf

[10] DGR 14 febbraio 2005 , n 293 "Accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e private e dei professionisti per l'assistenza specialistica ambulatoriale e criteri per l'individuazione del fabbisogno"

5. La definizione di indicazioni e priorità cliniche[11]

La normativa sui livelli essenziali di assistenza[12] prevede che l'erogazione delle prestazioni vada modulata in riferimento ai criteri dell'appropriatezza.
In tale contesto la programmazione regionale ha pertanto attivato azioni mirate a rendere più appropriata la domanda di prestazioni specialistiche ambulatoriali affiancandole alla riorganizzazione dell'offerta.
Le prestazioni fino ad ora considerate sono la densitometria ossea e l' ecocolordoppler per le quali sono state utilizzate le raccomandazioni prodotte da un panel pluridisciplinare di esperti.
Sono prestazioni caratterizzate da lunghi tempi di attesa per le quali si è reso necessario avviare verifiche sul grado di appropriatezza raggiunto all'interno delle Aziende.
Si è cercato inoltre di valutare l'impatto che i criteri di priorità determinano sugli accessi a tali prestazioni. I lavori[13] sono stati conclusi ed i risultati pubblicati nel 2004; confermando il principio che la razionalizzazione degli accessi, con conseguente contenimento della domanda e riduzione dei volumi di attività, ha inciso sul controllo dei tempi di attesa maggiormente rispetto al tradizionale strumento utilizzato di aumento dell'offerta.
In considerazione del fatto che nel panorama europeo il nostro Paese è uno dei maggiori "consumatori" di esami diagnostici che comportano l'uso di radiazioni ionizzanti (650 esami/1.000 abitanti), il tema della radioprotezione si è inevitabilmente intrecciato con quello più generale del governo clinico, nella misura in cui implica un utilizzo clinicamente razionale (vale a dire appropriato) degli strumenti diagnostici disponibili.
È sembrato a tal fine utile adottare il documento Radiaction Protection n. 118[14], prodotto nel 2000 dalla Commissione europea e ampiamente condiviso; tradotto ed adattato alla nostra realtà da un gruppo di esperti.
L'elaborazione di linee guida richiede, infatti, molto tempo ed è abitualmente compito delle Società scientifiche.
Per il futuro si ritiene utile investire maggiormente nelle attività di controllo delle prescrizioni, analogamente a quanto accade nel settore del farmaco, attraverso l'utilizzo anche di precisi indicatori.
Attualmente il monitoraggio del fenomeno avviene attraverso la rilevazione della specialistica (ASA) che, in via sperimentale, evidenzia la presenza del quesito diagnostico in questa tipologia di prestazioni.
Per le prestazioni di radioterapia, inoltre, nell'ambito di un gruppo di lavoro regionale sul tema, che ha visto coinvolte tutte le strutture regionali, è stata concordata una modalità di classificazione dei livelli di priorità delle prestazioni di radioterapia, con la esclusione delle visite radioterapiche. Tale classificazione, che ha la finalità di permettere un monitoraggio omogeneo e rilevante delle attese, prevede quattro categorie:

- Urgenti
- Prioritarie
- Differibili
- Programmabili.

La corretta attribuzione delle prestazioni ad una delle 4 categorie è ovviamente a carico degli operatori dei servizi di radioterapia che le riportano all'interno del flusso della specialistica.
La messa a regime di questa modalità di rilevazione, sperimentata nel corso del 2004, richiede tuttavia tempi più lunghi.

6. La rilevazione dell'attività specialistica ambulatoriale

---

[11] Circolare 21/2001 e 16/2002

[12] DPCM 29/11/2001

[13] E. Antonazzo, G. Fiorentini, R. Grilli, A. Paganelli "L'impatto dei criteri di priorità per gli accessi alla diagnostica ambulatoriale" In Fiorentini G. (a cura di), I servizi sanitari in Italia, Il Mulino, Bologna, 2004

[14] : www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/colldoss/doss74.pdf

Il flusso informativo dell'assistenza specialistica ambulatoriale ASA , avviato dal 1999[15], ha consentito la rilevazione delle prestazioni prima in forma aggregata e dal 2002[16] in forma puntuale su base individuale in modo da permettere una analisi completa della tipologia e della quantità di prestazioni erogate ed operare a livello locale una modulazione dell'offerta rapportata alle effettive esigenze della popolazione.
La rilevazione, nel corso degli anni, è migliorata sia dal punto di vista della completezza che della qualità delle informazioni raccolte.
La stessa rilevazione alimenta, inoltre, la sperimentazione tra Regioni e Ministero della Salute per il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). La rilevazione ASA diventa quindi non solo un importante strumento per la programmazione regionale ed il monitoraggio delle liste d'attesa, ma è utilizzata per rispondere anche alle richieste di monitoraggio che derivano dai Ministeri dell'Economia e Finanze e dal Ministero della Salute.

A livello regionale il flusso ASA, come meglio dettagliato nella relazione per l'anno 2003, è stato implementato per renderlo funzionale anche al monitoraggio delle liste di attesa.
Le informazioni raccolte con questo flusso, in relazione alla tipologia di prestazioni erogate, alle sedi di erogazione, alla modalità di accesso ecc., hanno costituito il supporto informativo necessario per collaudare gli indicatori individuati quali strumenti adeguati per costruire un programma dell'attività specialistica ambulatoriale proporzionato al fabbisogno di uno preciso ambito territoriale - provinciale, distrettuale - e per consentire un corretto avvio del processo di accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e private e dei professionisti[17].

7. Le condizioni di accessibilità e comunicazione al cittadino

L'offerta disponibile è raggiungibile attraverso il sistema di prenotazione CUP e attraverso i punti telefonici aziendali (riservati a visite specialistiche, prestazioni di diagnostica strumentale senza preparazione ecc.)
Il sistema cup, di norma a valenza provinciale, si articola in una rete di sportelli territoriali ed ospedalieri, di farmacie, di sedi dei comuni, di associazioni sindacali ecc. Sono in fase di sperimentazione gli sportelli virtuali (il c.d. Cupweb).
Il sistema, accanto alla funzione propria di prenotazione, fornisce informazioni sull'offerta pubblica e privata; gestisce la revisione periodica delle liste di attesa e il recupero programmato degli abbandoni e delle rinunce.
Sul territorio regionale è presente 1 sportello ogni 3.000 abitanti circa.
I volumi di attività gestiti a CUP costituiscono circa il 70% delle prestazioni, dalle quali sono escluse ovviamente quelle ad accesso diretto quali il laboratorio, le prestazioni destinate ai controlli e alle urgenze.

Per facilitare l'accesso alle prestazioni specialistiche nella Regione Emilia – Romagna è stato istituito un numero telefonico dedicato, c. d. Numero Verde unico del Servizio Sanitario Regionale 800 033 033, gratuito, a disposizione dei cittadini.
Il Numero Verde risponde attraverso un call center (con 14 postazioni ed operatori appositamente formati), a sua volta collegato in rete telematica e telefonica con gli URP delle Aziende sanitarie, ai quali la telefonata viene trasferita, per risposte a domande che richiedono approfondimenti specifici.
Il flusso informativo al numero verde è garantito dalla banca dati: è comune a tutto il Servizio sanitario regionale, è costruita a partire dalle domande dei cittadini ed è alimentata sia dalla Regione (per le informazioni comuni) sia dalle Aziende sanitarie (per le informazioni relative all'ambito locale).
Nella banca dati sono raccolte informazioni su oltre 2300 servizi/prestazioni, di cui oltre 2000 visite ed esami specialistici.
In due anni e mezzo di attivazione ha risposto a circa 140.000 chiamate, 20.000 in più rispetto al 2003, con una media di oltre 400 al giorno.

8. La facilitazione dei percorsi diagnostico terapeutici a livello ambulatoriale

[15] DGR n. 1296/98, "Linee guida per la rimodulazione dell'attività specialistica ambulatoriale e per l'istituzione del sistema informativo"
[16] Circolare 3/2002 e 13/2003
[17] DGR n. 293/05 "Accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e private e dei professionisti per l'assistenza specialistica ambulatoriale e criteri per l'individuazione del fabbisogno"

All'interno delle Aziende sanitarie la facilitazione dell'accesso[18] ai servizi ed il superamento della frammentarietà nell'offerta prestazioni specialistiche, così come precisato nella relazione per il 2003, ha richiesto una serie di adeguamenti organizzativi finalizzati a garantire la "presa in carico" del paziente con il proprio problema clinico e a dargli risposta attraverso un numero limitato di accessi.
L'innovazione tecnologica, ammettendo l'effettuazione a livello ambulatoriale di procedure diagnostico terapeutiche complesse, ha sollecitato, inoltre, la realizzazione di nuove forme di assistenza sanitaria alternative, in termini di costo efficacia, al ricovero ordinario, anche in coerenza con quanto previsto dal DPCM 29/11/2001 relativo ai livelli essenziali di assistenza.
Nel corso del 2004 si è stato individuato un nuovo modello dell'attività ambulatoriale, denominato Day Service Ambulatoriale (DSA)[19], che riprende dalla logica organizzativa del Day Hospital alcune indicazioni fondamentali, quali la riduzione del numero degli accessi e la concentrazione, in intervalli di tempo ristretti, delle prestazioni da erogare, con la finalità anche di migliorare i tempi di risposta ai cittadini con problemi clinici complessi.
In tale contesto è stato sperimentato il trattamento a livello specialistico ambulatoriale di una casistica più problematica, che necessita di una pluralità d'interventi specialistici integrati fra di loro ma non necessita di sorveglianza medica e/o infermieristica protratta per tutta la durata dei singoli accessi.
La direttiva in materia, pur traendo ispirazione dalle differenti esperienze aziendali spesso mutuate direttamente dal day hospital, ha cercato di chiarire le caratteristiche proprie di questo livello assistenziale fornendo indicazioni per l'attuazione del DSA con criteri uniformi a livello regionale.
Le diverse esperienze aziendali di Day Service ambulatoriale, realizzate nel corso del 2004, sono state censite ricorrendo ad un apposito questionario che ha consentito di rilevare 301 Day Service di cui 150 di tipo diagnostico, 129 diagnostici e terapeutici e 22 terapeutici.
Per essi sono stati attuati dei percorsi preferenziali di accesso attraverso la previsione di un numero di posti da riservare presso i servizi di diagnostica o di laboratorio. In particolare in tali servizi sono stati riservati posti per circa il 94% dei Day Service diagnostici e per quasi il 90 % di quelli diagnostici e terapeutici.
In tutti i percorsi è stato registrato il quesito diagnostico o sul referto di prima visita o sulla cartella ambulatoriale.
Nel caso di Day Service diagnostico la durata dell'episodio è risultata di circa 20 giorni con un numero di accessi pari a 3; nel caso di quelli diagnostici e terapeutici la durata di 30 giorni con numero di accessi pari a 3; nel caso di quelli terapeutici la durata uguale a 30 giorni con un numero di accessi pari a 4. Il tutto coerente con le indicazioni delle linee guida sopra citate.

9. La qualità percepita da parte del cittadino[20]

Si richiamano in proposito le tre ricerche effettuate all'interno di alcune Aziende sanitarie della Regione Emilia Romagna relativamente alla percezione sociale che i cittadini hanno delle liste d'attesa, già citati nella precedente relazione, a cui ha fatto seguito un lavoro finalizzato a presentare in forma sintetica informazioni su come i cittadini valutano alcuni servizi del Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna, sui nodi critici ancora presenti, e sulle differenze nei giudizi di alcune categorie di cittadini (anziani, immigrati, ecc.).

In particolare le tre ricerche sono state effettuate in riferimento all'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e alla chirurgia di elezione. I temi toccati riguardano il grado di tolleranza all'attesa e l'accettazione dell'introduzione di criteri di priorità per la gestione delle liste d'attesa. Sono stati contattati cittadini che afferiscono alle strutture pubbliche nel momento di fruizione dei servizi di cui hanno fatto richiesta.
Il primo studio: "Accettabilità delle attese e criteri di priorità nei pazienti in attesa di cataratta" ha interessato un campione di 183 pazienti in attesa di intervento di chirurgia della Cataratta.
Il tempo di attesa, che è conosciuto dal paziente con certezza al momento della visita pre-operatoria, è

[18] DGR 2142/2000 "La semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali"
[19] Circ. 8/2004 "Linee guida per un nuovo modello organizzativo di assistenza ambulatoriale complessa ed integrata (Day service ambulatoriale: DSA)."
[20] Le liste d'attesa nella prospettiva del cittadino, Agenzia Sanitaria Regionale,93_Dossier 2004; SapereAscoltare. Il valore del dialogo con il cittadino - , Agenzia Sanitaria Regionale, 105_Dossier 2005

inferiore ai 30 giorni per circa la metà del campione (46,7%); quasi il 40% attende un periodo di tempo compreso tra 30 e 60 giorni, mentre solo 14% subisce attese superiori ai 2 mesi. Per quanto riguarda l'atteggiamento degli intervistati rispetto ai tempi di attesa effettivi (che colgono l'intero periodo dal momento della prima visita specialistica al momento dell'intervento) emerge un primo risultato interessante, ovvero una diffusa soddisfazione, tale che il 56,8% dei pazienti considera i propri tempi ragionevoli. Solo il 18,8% lamenta attese più lunghe di quanto desiderato, ma nessuno le giudica "molto più lunghe di quanto vorrebbe". Inoltre, una quota pari al 24,4% li considera addirittura troppo brevi.
Il secondo studio: "La percezione dei cittadini sulle liste di attesa" ha riguardato un campione di intervistati di 223 persone ed è stato identificato in modo casuale sulla base della disponibilità di chi era in sala di attesa degli ambulatori indicati dalle Aziende Usl.
Il 55% degli intervistati ha dichiarato un tempo di attesa - dal momento della prenotazione alla prestazione - che si aggira intorno a 7gg-30gg; il 24% tra i 30gg-60gg e il 15% entro i 60gg. Infine un 7% afferma di avere aspettato entro i 7gg.
Il 65,4% delle persone che hanno richiesto visite specialistiche dichiarano un tempo di attesa entro i 30gg, il 33,7% oltre i 30gg-60gg, l'8% più di 3 mesi.
Il 53% di chi ha effettuato esami strumentali afferma di avere atteso un tempo entro i 30gg; il 47% oltre i 30gg-60gg. I tempi riferiti si rivelano entro gli standard fissati, in particolare quelli degli esami strumentali essendo 60gg il tetto massimo dei tempi di attesa definito dalla Regione.
Riguardo inoltre il livello di soddisfazione circa il 65% degli intervistati afferma di essere soddisfatto del tempo di attesa. La soglia oltre la quale l'insoddisfazione aumenta in modo considerevole si colloca tra un tempo di attesa che varia tra i 30gg e i 60gg. Occorre tuttavia rilevare un livello di tolleranza complessivamente elevato: la metà tra chi dichiara di avere aspettato 60 e più giorni si dice soddisfatto.
Il 3° studio "La valutazione della qualità dei servizi diagnostici ed ambulatoriali dal punto di vista dei cittadini" ha riguardato 3324 soggetti. Per quanto concerne nello specifico i tempi di attesa, nel 51% circa dei casi le persone hanno ottenuto la prestazione entro un mese e nel 12,7% entro due mesi. Nel 23,4% circa dei casi hanno atteso oltre 2 mesi.
Si rileva un livello di tolleranza mediamente alto sui tempi di attesa dalla prenotazione-prestazione, che pare vissuto come accettabile entro i 2 mesi.

Nel corso del 2004 è stato realizzato un documento incentrato principalmente sull'analisi dei valori che connotano il Sistema sanitario regionale, così come statuiti da documenti legislativi e di programmazione sanitaria, confrontando i valori dichiarati dal sistema da una parte, e le aspettative e la fruizione dei servizi da parte dei cittadini dall'altra.
Nell'ultima parte del documento i temi di discussione sono incentrati sui nodi critici del sistema e di come vengono percepiti dai cittadini. Da essi possono emergere aspetti che richiedono ulteriori esplorazioni conoscitive: si tratta cioè di questioni sulle quali potrebbe concentrarsi la futura programmazione sanitaria indirizzata all'ascolto degli utenti.

I diversi punti di vista presi in considerazione riguardano alcuni target di utenti, dei quali da qualche anno si rileva la percezione di qualità nei confronti dei servizi sanitari di cui usufruiscono: anziani, donne coinvolte nelle campagne di screening, immigrati, malati cronici, persone con disagi psichici, tossicodipendenti.
In particolare, per quanto riguarda gli ambulatori specialistici, il giudizio complessivo positivo è pari all'84,3%, quello negativo al 4,3%. Gli aspetti che maggiormente contribuiscono al giudizio di insoddisfazione sono la scarsa disponibilità del servizio al momento del bisogno e la velocità di accesso. Gli elementi riconosciuti come qualificanti sono il rispetto per le persone, la gentilezza, la cortesia nei rapporti, il comfort e la pulizia degli ambienti.

Per quanto riguarda i suggerimenti, li formulano 37 cittadini su 100. Vengono innanzitutto richiesti tempi di attesa per la prestazione più contenuti, soprattutto da parte della fascia di età più anziana. Sono chiamati in causa tutti i servizi in generale, ma prevalentemente gli ambulatori specialistici e la diagnostica intraospedaliera. Il tema dell'attesa e della velocità di accesso ai servizi - contrariamente al luogo comune -

è centrale nella valutazione di qualità della popolazione anziana, che per la propria condizione di vita ha poco tempo (i tempi di attesa sono troppo lunghi: "si fa a tempo a morire").

Per quanto riguarda la valutazione di qualità della popolazione immigrata, in linea generale viene percepita una sostanziale equità con i cittadini italiani sia nell'accesso sia nei tempi d'attesa. Viene inoltre riconosciuta una buona qualità del servizio nelle strutture cui essi si rivolgono più frequentemente: Consultori familiari, Servizi di igiene pubblica, Unità operative di ginecologia e pediatria. Viene valutata inoltre con soddisfazione la presenza di ambulatori per coloro che sono ancora irregolari, oltre alla collaborazione di mediatori culturali.
Tra le criticità è emerso che il paziente straniero spesso non comprende i percorsi terapeutici, manifesta il dolore in modo diverso e dà un significato diverso ai sintomi, sospende la terapia farmacologica una volta tornato a casa (per mancanza di tempo o per una cattiva comprensione della prescrizione), non accetta la malattia psichiatrica.

Sicuramente i risultati riportati sono stati sintetizzati con particolare riferimento a quelle condizioni che più di altre possono riscontrare difficoltà nell'accesso; ovviamente dal documento nel suo complesso emergono aspetti che richiedono ulteriori esplorazioni conoscitive: si tratta cioè di questioni sulle quali potrebbe concentrarsi la futura programmazione sanitaria indirizzata all'ascolto degli utenti.

TAB 1 *Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali - Confronti Anni 2003 - 2004*

		2003	*% su tot prestaz*	*2004*	*% su tot prestaz*	*var % 2004/2003*
VISITE						
	Prima visita	5.202.732		5.406.470		
	Visita di controllo	1.901.795		1.998.435		
		7.104.527	**12%**	**7.404.905**	**11%**	**4%**
DIAGNOSTICA						
	Diagnostica strumentale con radiazioni	2.526.664		2.614.494		
	Diagnostica strumentale senza radiazioni	2.948.243		3.092.160		
	Medicina nucleare	46.389		51.795		
	Altra Diagnostica	335.220		340.851		
		5.856.516	**10%**	**6.099.300**	**9%**	**4%**
LABORATORIO						
	Prelievi	4.061.856		4.344.889		
	Chimica clinica	30.333.921		32.991.288		
	Ematologia/coagulazione	6.151.556		6.472.948		
	Immunoemalogia e trasfusionale	152.954		208.258		
	Microbiologia/virologia	2.405.389		2.550.254		
	Anatomia ed istologia patologica	463.303		513.277		
	Genetica/citogenetica	76.144		83.418		
		43.645.123	**72%**	**47.164.332**	**72%**	**8%**
RIABILITAZIONE						
	Diagnostiche	123.804		119.195		
	Riabilitazione e Rieducazione Funzionale	1.304.994		1.274.829		
	Terapia Fisica	708.036		693.886		
	Altra Riabilitazione	103.769		92.064		
		2.240.603	**4%**	**2.179.974**	**3%**	**-3%**
TERAPEUTICHE						
	Radioterapia	305.655		321.356		
	Dialisi	348.671		361.934		
	Odontoiatria	151.614		159.457		
	Trasfusioni	15.840		17.292		
	Altre prestazioni Terapeutiche	1.345.348		1.363.686		
		2.167.128	**4%**	**2.223.725**	**3%**	**3%**
ALTRO						
	Altro	17.682		12.321		
		17.682	**0%**	**12.321**	**0%**	**-30%**
	Totale	**61.031.579**	**100%**	**65.084.557**	**100%**	**7%**