

ATTI PARLAMENTARI

XV LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. CCI

n. 20

R E L A Z I O N E

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

(Aggiornata all'anno 2005)

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

Presentata dalla Regione Emilia-Romagna

Trasmessa alla Presidenza il 17 aprile 2008

PAGINA BIANCA



Giunta Regionale

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale,

Planificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari

Il Dirigente Responsabile del Servizio

Eugenio Di Ruscio

Reg. del TIPO ANNO NUMERO
P 6 | 2007 | 97112
05 APR 2007

Alla Camera dei Deputati
Servizio per il controllo parlamentare
c. a. Consigliere Capo Servizio
Dott. Carlo Lo maglio

e p.c.

**Al Direttore generale Affari
istituzionali e legislativi Giunta
Regione Emilia-Romagna
Dott.ssa Filomena Terzini
V.le A. Moro, 52**

Loro Sedi

Oggetto: Invio relazione relativa al contenimento dei tempi attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali – anno 2005.

Con la presente, e come da Vs. richiesta Prot. N. 2007/0009469/GEN/CP del 23.03.07 relativa all'oggetto, da voi inviata alla Direzione generale Affari istituzionali e legislativi Giunta della Regione Emilia – Romagna che legge per conoscenza, trasmettiamo in allegato relazione relativa all'oggetto.

Distinti saluti.

Eugenio Di Ruscio

All. 1

40127 Bologna - Viale Aldo Moro, 21
Tel. 051/6397319-20 Fax 051/6397062
e-mail: segredistrettisan@regione.emilia-romagna.it

		ANNO	NUMERO	INDICE	LIV.1	LIV.2	LIV.3	LIV.4	LIV.5				ANNO	NUMERO	SUB
a uso interno	DP			Classif.	3460	600	70	40	30		Fasc.		2007	4	

REGIONE EMILIA ROMAGNA
RELAZIONE ALLA CONFERENZA STATO-REGIONI PER IL
CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI
SPECIALISTICHE AMBULATORIALI
ANNO 2005

La Regione Emilia-Romagna è impegnata sul versante dei tempi di attesa fin dal 1998, in attuazione a quanto previsto dal 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
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 2005 ha perseguito 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, provvedendo alla rilevazione trimestrale dei tempi di attesa per le prestazioni critiche e valutando più complessivamente l'attività erogata attraverso specifici indicatori.

La rilevazione del tempo di attesa, in Regione Emilia-Romagna, avviene anche attraverso il flusso informativo della specialistica ambulatoriale (ASA)¹. Questa modalità consente di evidenziare i tempi di attesa effettivi delle prestazioni erogate (calcolati per differenza tra data di prenotazione e data di erogazione) analizzati sulla base della priorità di accesso, come ad esempio l'urgenza ambulatoriale.

Le Azioni per il 2005 completano il processo avviato da tempo² per la rimodulazione dell'attività specialistica ambulatoriale ed esplicitate in dettaglio nell'analoga relazione per il 2004³.

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.

Da ottobre 2005 sono state effettuate le seguenti integrazioni:

- il periodo della rilevazione viene ampliato passando da un giorno ad una settimana lavorativa (dal lunedì al venerdì);
- il monitoraggio viene integrato con la rilevazione della visita odontoiatrica per avviare le prime verifiche sul livello di attuazione del programma regionale della assistenza odontoiatrica (DGR 2678/04);
- l'implementazione di un applicativo informatizzato di acquisizione, controllo ed elaborazione dei dati sui tempi di attesa prospettati al fine di automatizzare la rilevazione e produrre in tempo reale la reportistica aziendale e regionale.

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, 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, uno schema-tipo di rapporto sulla base del quale le Aziende USL forniranno, secondo criteri e linguaggi comuni, una relazione semestrale per le Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie, i Comitati di Distretto 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 alle Politiche per la Salute, saranno utilizzate per effettuare valutazioni congiunte con le parti sociali interessate.

Il rispetto dei tempi di attesa, da parte delle Aziende Sanitarie, anche per il 2005 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 15% delle prestazioni di diagnostica ed il 23% 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 l'RMN addome è stata garantita entro i 60 giorni a circa l'88% dei pazienti prenotati nella settimana di rilevazione (63 pazienti entro gli standard su 71 totali); la TAC addome a più dell'86% (277 pazienti entro gli standard su 321 totali); la gastroscopia a circa l'84% (1244 pazienti entro gli standard su

¹ Circolari regionali n. 3/2002, n. 13/2003, n. 6/2005

² DGR 1296/98

³ Nel 2005, così come già indicato negli obiettivi per il 2004, è proseguito 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.

1047 totali); la TAC del capo all'81% (427 pazienti entro gli standard su 528 totali) e l'ecocolordoppler a circa l'80% (3150 pazienti entro gli standard su 3985 totali).

Le visite, in particolare l'endocrinologica e l'ortopedica, presentano invece ancora importanti criticità, alla cui risoluzione concorrono opportune revisioni dei percorsi finalizzate a ricondurre l'erogazione delle prestazioni a criteri di appropriatezza.

Per il superamento delle criticità della visita oculistica è in atto una proposta di sperimentazione alle Aziende Sanitarie dell'Area vasta Romagna che tiene conto delle liste di attesa differenziate per classe di priorità clinica.

Non si riscontrano problemi per la visita oncologica.

Per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio regionale per i tempi di attesa nel 2005 è stato riscontrato un incremento dell'indice di consumo del 3% rispetto al 2004.

3. L'offerta di prestazioni

Nel 2005 sono state erogate circa 65 milioni di prestazioni (v. Tab. 1 - elaborazione a giugno 2005). Complessivamente le visite specialistiche e le prestazioni di diagnostica hanno mostrato un incremento pari rispettivamente 3,5% ed al 4,5%, rispetto al 2004. Per queste prestazioni si conferma la tendenza di crescita progressiva osservata anche per gli anni precedenti, mentre si osserva una tendenza inversa per le prestazioni di laboratorio e riabilitative, rispetto alle quali sono stati messi in atto interventi finalizzati ad una maggiore appropriatezza prescrittiva.

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 2004 ed il 2005 l'incremento osservato è stato del 1%, dovuto anche al trasferimento al livello ambulatoriale nel 2003 di alcune tipologie di interventi chirurgici prima eseguiti in day surgery (vedi aggiornamento nomenclatore delle prestazioni specialistiche ambulatoriali⁴). In particolare nel 2005 sono stati eseguiti 3.709 interventi di "tunnel carpale" e 23.216 di "cataratta". Per i dettagli dei volumi dell'attività del biennio 2004 e 2005 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).

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 triennio⁵.

⁴ DGR 24 febbraio 2003, n. 262 entrato in vigore il 29/04/2003

⁵ Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna, Agenzia Sanitaria Regionale, Dossier 101- 2004 www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/colldoss/doss101.pdf

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 ha costituito strumento per l'elaborazione del 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.

5. La definizione di indicazioni e priorità cliniche⁶

La normativa sui livelli essenziali di assistenza⁶ 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 lavori⁷ 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.

⁶ 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"

⁷ Circolare 21/2001 e 16/2002

⁸ DPCM 29/11/2001- DGR 295/2002 "ricepimento del DPCM 29 novembre 2001 definizione dei livelli essenziali di assistenza"

⁹ 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

È sembrato a tal fine utile adottare il documento Radiation Protection n. 118¹⁰, 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 il flusso 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.

Ulteriore iniziativa riguarda le "Indicazioni per l'uso della Terapia anticoagulante orale e suo monitoraggio"¹¹. E' da tempo noto come la TAO erogata presso strutture organizzate a questo scopo è nettamente superiore rispetto a quella praticata senza le dovute conoscenze specifiche. La migliore qualità del trattamento, in termini di maggior tempo trascorso dai pazienti entro l'intervallo terapeutico ha come conseguenza una riduzione delle complicanze (emorragiche o tromboemboliche) e come effetto finale una riduzione dei ricoveri ospedalieri e della spesa sanitaria complessiva. Diventa quindi di fondamentale importanza organizzare servizi (con il coinvolgimento dei MMG) che erogino una adeguata TAO in grado di prevenire le manifestazioni tromboemboliche senza aumentare eccessivamente le complicanze emorragiche.

Il Monitoraggio dei pazienti Anticoagulati è finalizzato ad una serie di funzioni, come raccomandato dalle Linee Guida Internazionali:

- rispettare le appropriate indicazioni a questo trattamento
- evitare di trattare pazienti che presentino importanti controindicazioni
- fornire un'adeguata informazione ed educazione sanitaria del paziente
- fornire un'adeguata determinazione periodica del livello di anticoagulazione
- prescrivere la dose giornaliera idonea di anticoagulante
- guidare i pazienti nelle situazioni particolari (cure dentarie, malattie associate, chirurgia, manovre invasive, ecc.)
- verificare la qualità conseguita con il trattamento (sia per quanto riguarda l'aspetto di laboratorio che per i risultati clinici).

La valutazione della qualità del trattamento erogato ai pazienti è affidata ai responsabili del processo, attraverso analisi statistiche dedicate che consentono di verificare l'adeguatezza della terapia.

6. La rilevazione dell'attività specialistica ambulatoriale

Il flusso informativo dell'assistenza specialistica ambulatoriale ASA, avviato dal 1999¹², ha consentito la rilevazione delle prestazioni prima in forma aggregata e dal 2002¹³ in forma puntuale su base individuale in

¹⁰ : www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/collidoss/doss74.pdf

¹¹ - "Indicazioni per l'uso della Terapia anticoagulante orale e suo monitoraggio" - Servizio Assistenza Distrettuale febbraio 2004

¹² DGR n. 1296/98, "Linee guida per la rimodulazione dell'attività specialistica ambulatoriale e per l'istituzione del sistema informativo"

¹³ Circolare 3/2002, 13/2003, 6/2005

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 relazioni per gli anni precedenti, 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 professionisti¹⁴.

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 già attivi in alcune realtà 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 cittadini¹⁵.

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 tre anni e mezzo di attivazione il Numero Verde ha risposto a circa 300.000 chiamate (oltre 120.000 nell'ultimo anno), con una media, nel 2005, di 440 chiamate al giorno.

Nel corso del 2005, nell'ambito del progetto MAPS (monitoraggio dell'accesso alle prestazioni specialistiche) è stata effettuata una indagine presso tutte le Aziende Sanitarie, finalizzata al monitoraggio delle modalità di

¹⁴ 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"

¹⁵ DGR 2689/99 "Progetto per la semplificazione dell'accesso da parte dell'utenza ai servizi sanitari regionali attraverso la costituzione di una rete telefonica dedicata"

accesso alle prestazioni Sanitarie della Regione Emilia-Romagna ed in particolare oggetto dell'indagine sono state:

- informazioni generali riguardanti il numero assistiti e la tipologia di strutture
- Informazioni sul livello di gestione delle prenotazioni a cup (interno, aziendale, provinciale...) e sul tipo di prestazioni a cup
- Informazioni sulle tipologie di accesso (accesso diretto, urgenze, programmabile, controlli, follow-up, screening, Day Service)
- Informazioni sulle modalità di prenotazione e sui canali di informazione per i cittadini.

8. La facilitazione dei percorsi diagnostico terapeutici a livello ambulatoriale

All'interno delle Aziende sanitarie la facilitazione dell'accesso¹⁶ 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. Un nuovo modello dell'attività ambulatoriale, denominato Day Service Ambulatoriale (DSA)¹⁷ 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 mutate 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 cittadino¹⁸

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

¹⁶ DGR 2142/2000 "La semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali"

¹⁷ Circ. 8/2004 "Linee guida per un nuovo modello organizzativo di assistenza ambulatoriale complessa ed integrata (Day service ambulatoriale: DSA)."

¹⁸ 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

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 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 2004 – 2005

VISITE	2004	% su tot prestaz	2005	% su tot prestaz	var % 2005/2004
Prima visita	5.406.470		5.469.550		
Visita di controllo	1.998.435		2.154.619		
Osservazione Breve Intensiva			38.334		
	7.404.905	11,4%	7.662.503	11,8%	3,5%
DIAGNOSTICA					
Diagnostica con radiazioni	2.533.688		2.654.659		
Diagnostica senza radiazioni	3.235.700		3.379.548		
Biopsia	62.132		62.535		
Altra Diagnostica	266.447		277.598		
	6.097.967	9,4%	6.374.340	9,8%	4,5%
LABORATORIO					
Prelievi	4.344.889		4.217.719		
Chimica clinica	32.991.288		32.779.202		
Ematologia/coagulazione	6.472.948		6.402.923		
Immunoeematologia e trasfusionale	208.258		172.177		
Microbiologia/virologia	2.550.254		2.427.186		
Anatomia ed istologia patologica	513.277		515.632		
Genetica/citogenetica	83.418		91.404		
	47.164.332	72,5%	46.606.243	71,8%	-1,2%
TERAPEUTICHE					
Radioterapia	321.356		353.244		
Dialisi	361.934		372.303		
Odontoiatria	159.457		137.502		
Trasfusioni	17.292		15.177		
Chirurgia Ambulatoriale	290.943		292.771		
Altre prestazioni Terapeutiche	1.074.037		1.068.507		
	2.225.019	3,4%	2.239.504	3,4%	0,7%
RIABILITAZIONE					
Diagnostiche	120.528		121.724		
Riabilitazione e Rieducazione Funzionale	1.274.829		1.263.469		
Terapia Fisica	700.024		579.592		
Altra Riabilitazione	96.953		100.521		
	2.192.334	3,4%	2.065.306	3,2%	-5,8%
Totale	65.084.557	100%	64.947.896	100%	-0,2%