



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Bologna

IL GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA STATO DELL'ARTE E PROSPETTIVE DI INTERVENTO PER IL PERIODO 2004-2007

MARZO 2005

A cura del Gruppo Tecnico a supporto del Tavolo Congiunto Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria-Aziende-Organizzazioni Sindacali

Luca Barbieri

Maria Bona Venturi

Guido Govoni

Patrizia Maurizi

Simona Rimondini

Giovanni Carlo Bacchilega

Fausto Nadalini

Ester Ercolessi

Emanuela Dall'Olmi

Simona Ferlini

Direttore Distretti Est-Ovest Azienda USL di Bologna

Centro Servizi Ambulatoriali Distretti Est-Ovest Bologna

Direzione Medica Ospedale S.Orsola Malpighi

Direzione Medica IOR

Direzione Società CUP 2000

Funzione Pubblica-CISL-FNP-Bologna

Funzione Pubblica-CGIL-FP-Bologna

UIL-FPL

Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria

Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria

PREMESSA

Il problema delle liste di attesa, diffuso in tutti i sistemi sanitari dei Paesi a sviluppo avanzato che assicurano la copertura universale delle prestazioni, è naturalmente presente anche nella nostra realtà, ed è determinato da una molteplicità di fattori complessi; questi fattori sostanzialmente attengono alla **crescente richiesta di prestazioni sanitarie** dovuta all'**invecchiamento** della popolazione, al **progresso tecnologico**, alla **percezione del proprio stato di salute** da parte dei cittadini, alla valutazione delle **necessità assistenziali** da parte dei medici, all'**appropriatezza** nella richiesta di prestazioni sanitarie, alla **disponibilità di adeguate risorse** umane, tecnologiche e strutturali da parte dei servizi e al loro appropriato utilizzo.

La molteplicità e diversità dei fattori che sottendono al fenomeno delle liste di attesa rendono necessario affrontare il problema in un'ottica a **360 gradi** e cioè prevedendo specifiche azioni di governo del fenomeno che tocchino i versanti

- dell'**OFFERTA**
- dell'**ACCESSO** e della **CONTINUITA' ASSISTENZIALE**
- della **DOMANDA** e della **APPROPRIATEZZA**
- dell'**INFORMAZIONE** e del **MONITORAGGIO**

RIFERIMENTI NORMATIVI principali

1998 Decreto legislativo 124: prevede la definizione, da parte delle regioni, dei criteri secondo i quali i direttori generali delle aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere determinano il tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta e l'erogazione delle prestazioni.

1998 Direttiva regionale 1296: *Linee guida per la rimodulazione dell'attività specialistica ambulatoriale e per l'istituzione del sistema informativo* (applicazione D. Lgs. 124/98). Definisce fra l'altro criteri per la gestione delle liste e per la determinazione del tempo massimo di attesa (TMA). Individua tre livelli di priorità per l'accesso alle prestazioni: 1) urgenti; 2) urgenti differibili; 3) programmabili.

1999 Regione Emilia Romagna, circolare 10 del 14/06/99: Attuazione direttiva n° 1296/98 per la specialistica ambulatoriale: specifiche per il sistema informativo e la rilevazione dell'attività di specialistica ambulatoriale. Indicazioni sui criteri di rilevazione delle liste di attesa e dei relativi tempi e sulle modalità di monitoraggio. Definisce criteri uniformi per la rilevazione dei tempi di attesa e l'attivazione di un sistema di monitoraggio regionale. Stabilisce fra l'altro che il tempo da indicare in sede di monitoraggio venga calcolato nel seguente modo: "considerata una prestazione a cui è associata un'agenda o calendario, il tempo di attesa effettivo è rappresentato dalla prima disponibilità utile ad eseguire la prestazione, seguita da una o più disponibilità nei successivi tre giorni di erogazione della prestazione considerata."

2000 Delibera regionale 309, *"Assistenza distrettuale – Approvazione linee guida di attuazione del Piano Sanitario Regionale 1999/2001"* individua il Distretto quale struttura dell'USL che, in un determinato territorio, governa la domanda di salute della popolazione assicurando i servizi di assistenza primaria, essendo chiamato a garantire l'accesso ai servizi reputati necessari per avere una risposta appropriata ai bisogni dei cittadini.

2000 Delibera regionale 2142, *"Semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali"*: elabora nuovi modelli di richiesta/referto e certificazione e nuovi percorsi organizzativi per evitare all'utente la spola tra medico di medicina generale e specialista ospedaliero e territoriale.

2001 Regione Emilia Romagna, Protocollo d'intesa con le OO.SS. - CGIL-CISL-UIL: *"Assistenza specialistica ambulatoriale: i tempi di attesa ed il governo delle liste di attesa"*.

Definisce i volumi di attività necessari per rispondere ai bisogni presentati in un determinato ambito territoriale (distretto, azienda usl). Detta criteri espliciti, trasparenti e verificabili da parte dei cittadini sulle modalità di accesso, sia per attività istituzionale che per LP. Introduce ai concetti di appropriatezza e di equità di accesso rispetto agli ambiti territoriali, alla gravità e al tipo di patologia.

2002 Accordo Conferenza Stato-Regioni del 14 febbraio *"sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa"*: stato e regioni decidono di "individuare (...) le soluzioni più efficaci, almeno per la fissazione dei tempi massimi di attesa per prestazioni selezionate in relazione a particolari patologie" e concordano le *"Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa"* (cfr. DPCM 16/4/02).

2002 DPCM 16 aprile: *Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni*: indica l'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati come una componente strutturale dei LEA (livelli essenziali di assistenza).

2002 Accordo Conferenza Stato-Regioni dell'11 luglio:

Definisce i tempi massimi per il ricovero secondo classi di priorità (in giorni): A 30 – B 60 – C 180 – D 365.

Definisce i tempi massimi per prestazioni ambulatoriali secondo classi di priorità (in giorni): A 10 – B 30 (visite)- C 60 (prestazioni strumentali) – D 180

Definisce i tempi massimi per patologie neoplastiche: 14 gg. per la prima visita, 30 per l'intervento chirurgico, 30 dal momento scelto dallo specialista per la terapia.

L' accordo individua 7 prestazioni critiche per le quali va garantito almeno all'80% dei cittadini che effettuano la prestazione un tempo massimo individuato a livello nazionale; tali prestazioni vengono obbligatoriamente inserite nel monitoraggio nazionale.

- RMN della colonna = tempo massimo di attesa 60 giorni
- TAC cerebrale = tempo massimo di attesa 60 giorni
- Ecodoppler dei tronchi sovraortici e dei vasi periferici = tempo massimo di attesa 60 giorni
- Visita cardiologica = tempo massimo di attesa 30 giorni
- Visita oculistica = tempo massimo di attesa 30 giorni
- Esofagogastroduodenoscopia = tempo massimo di attesa 60 giorni
- Ecografia addome = tempo massimo di attesa 60 giorni

2002, 11 novembre: Regione Emilia-Romagna, secondo Protocollo d'intesa con le OO.SS.

CGIL- CISL - UIL – *"Assistenza specialistica ambulatoriale: i tempi di attesa e il governo delle liste di attesa"*. Individua i settori su cui intervenire per gli anni 2002 e 2003:

- a) Gestione dell'offerta
- b) Urgenze ambulatoriali (7 gg.) - monitoraggio periodico dei percorsi realizzati dalle aziende
- c) Tempi di attesa per le prestazioni critiche individuate a livello regionale, aziendale e distrettuale
- d) Schema tipo di relazione periodica aziendale e distrettuale per radicare nel territorio il sistema di rilevazione dei tempi di attesa e dei dati di attività della specialistica e permettere valutazioni congiunte con gli enti locali, le parti sociali e le organizzazioni dei cittadini
- e) Appropriatezza - valutazione dell'applicazione da parte delle Aziende delle indicazioni regionali
- f) Semplificazione dell'accesso
- g) Uso ottimale del patrimonio tecnologico
- h) Libera professione intra – muraria

2003, 18 dicembre. *Protocollo d'intesa tra la Conferenza Sanitaria Regione – Area Metropolitana Il collegio dei Direttori Generali delle Az. USLL metropolitane e le organizzazioni sindacali CGIL CISL UIL Confederali sulle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie*

Istituisce il Tavolo congiunto Conferenza Sanitaria – Aziende – OO.SS. per il govono delle liste d'attesa, con il compito di:

- monitorare l'andamento delle liste d'attesa sulle prestazioni indicate nell'accordo Conferenza Stato Regioni e su quelle concordate
- verificare e adeguare periodicamente il sistema di rilevazione e repertazione dei dati sui tempi d'attesa per le prestazioni specialistiche
- proporre eventuali azioni di miglioramento

Istituisce un Gruppo di lavoro ristretto a supporto del tavolo congiunto, con il mandato di ridefinire il sistema di monitoraggio delle liste di attesa.

2005, Delibera regionale 293: *"Accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e private e dei professionisti per l'assistenza specialistica ambulatoriale e criteri per l'individuazione del fabbisogno."* Conferisce alle Aziende USL il mandato di procedere, di concerto all'Azienda Ospedaliera/IRCCS di riferimento, alla classificazione dei propri ambiti territoriali (distretti sanitari) secondo criteri di densità dell'offerta pesata, i consumi e la mobilità passiva, attraverso l'elaborazione, previo parere dei Comitati di Distretto e della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, di un Programma aziendale della specialistica ambulatoriale che serva da supporto alla fase istruttoria di accreditamento istituzionale.

Alla base del presente documento vanno considerati inoltre:

2004, 22 dicembre. *Il monitoraggio delle liste di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali:* documento finale prodotto dal gruppo di lavoro ristretto a supporto del tavolo congiunto.

2005, 12 gennaio. *Nuovo mandato al Gruppo ristretto* da parte del Tavolo congiunto CTSS BO – Aziende – OO.SS.: delineare lo stato dell'arte e le prospettive di intervento per consentire al Tavolo congiunto di elaborare un Piano strategico per il contenimento delle liste di attesa che affronti in modo organico i temi di accesso e appropriatezza, offerta, monitoraggio, domanda.

ELEMENTI DI CONTESTO**OFFERTA e CONSUMO DI PRESTAZIONI**

Il **livello quantitativo** dell'offerta provinciale è molto elevato (la **più alta densità dell'offerta in regione**) e, oltre a soddisfare la domanda di prestazioni espressa dai residenti, ha anche potenzialità di attrazione nei confronti di non residenti attraverso numerosi "centri di eccellenza".

Vi è un'elevata **concentrazione di strutture nel capoluogo**, con situazioni di mobilità interdistrettuale rilevante anche per le prestazioni per cui è stata prefigurata l'autosufficienza nel 70% dei casi. Precisamente le **strutture aziendali** che forniscono prestazioni di specialistica ambulatoriale, pubbliche e private, sono complessivamente **133** di cui **50 private e 83 pubbliche** (9 stabilimenti ospedalieri e 74 strutture poliambulatoriali territoriali).

Nel **2003** sono state **erogate** dalle Aziende Sanitarie dell'area bolognese, tra strutture pubbliche e private accreditate, quasi **11 milioni** di prestazioni specialistiche ambulatoriali, di cui 7 milioni e 7 di laboratorio (più 24,23% rispetto al 2002).

I livelli di **consumo** in provincia sono tra i più alti della regione, a conferma della correlazione esistente tra offerta e consumo. La situazione è ben rappresentata dalle tabelle sotto riportate (tabelle 1-3).

Tab. n°1: Indice di consumo standardizzato per età per 1000 ab. Anno 2003 – Visite specialistiche. Popolazione al 31.12.2002. Fonte RER

distretto/area di residenza	Tipo						
	Visita Oculistica	Visita Urologica	Visita Endocrinologica	Visita Neurologica	Visita Ortopedica	Visita Oncologica	Visita Cardiologica
DISTRETTO DI CASALECCHIO DI RENO	77,7	22,0	23,0	16,0	59,0	2,4	100,3
DISTRETTO DI PORRETTA TERME	114,6	23,4	18,0	21,3	80,8	0,7	101,0
DISTRETTO DI SAN LAZZARO DI SAVENA	105,2	19,8	22,1	15,0	66,9	3,7	125,1
DISTRETTO DI IMOLA	124,5	40,1	2,4	38,0	65,5	3,6	53,6
DISTRETTO PIANURA EST	162,3	24,6	13,8	22,0	77,8	0,9	99,1
DISTRETTO PIANURA OVEST	155,7	29,6	14,4	16,5	82,7	0,2	76,1
DISTRETTO DI BOLOGNA	94,2	26,0	19,3	17,4	73,0	1,0	130,6
PROVINCIA DI BOLOGNA	111,1	26,5	17,0	20,3	71,8	1,6	109,1
REGIONE EMILIA ROMAGNA	107,8	24,4	19,6	20,6	54,8	1,4	80,2

Tab n°.2 : Indici di consumo standardizzati per età per 1000 ab. Anno 2003
Diagnostica strumentale con e senza radiazioni. Popolazione al 31.12.2002. Fonte RER

distretto/area di residenza	Tipo								
	Diagnostica strumentale con radiazioni				Diagnostica strumentale senza radiazioni				
	TAC Cerebrale	RNM Cerebrale	RNM Addome	RNM Colonna	Colonscopia	EMG	EcoColorDoppler	Ecografia Addome	Gastroscopia
DISTRETTO DI CASALECCHIO DI	19,8	5,2	0,9	9,5	11,4	36,9	88,4	121,8	17,5
DISTRETTO DI PORRETTA TERME	16,8	2,4	0,7	4,5	10,3	29,3	59,8	110,1	22,7
DISTRETTO DI SAN LAZZARO DI SAVENA	18,0	5,0	1,0	10,0	11,4	43,7	64,6	107,0	15,4
DISTRETTO DI IMOLA	15,2	7,0	0,5	13,7	10,3	16,1	46,7	78,9	23,0
DISTRETTO PIANURA EST	16,8	4,6	0,7	9,1	10,1	38,3	87,3	107,2	15,6
DISTRETTO PIANURA OVEST	19,5	4,8	0,5	7,7	7,0	26,8	80,7	115,4	14,7
DISTRETTO DI BOLOGNA	20,4	5,2	1,0	10,8	12,0	32,2	75,6	115,4	14,7
PROVINCIA DI BOLOGNA	18,8	5,1	0,9	10,1	11,0	32,5	74,5	109,7	16,6
REGIONE EMILIA ROMAGNA	15,7	4,5	0,9	8,7	10,2	34,0	52,5	76,9	16,1

Tab n°.3 : Indici di consumo standardizzati per età per 1000 ab. Anno 2003
Prelievi, prestazioni di laboratorio e prestazioni riabilitative. Popolazione al 31.12.2002. Fonte RER

Distretto/Area di residenza	Tipo							
	Prelievi	Chimica clinica	Ematologia /coagulaz.	Visita Fisiatrica	Riab.Diag nostiche	RRF	Terapia Fisica	Altra riabilitazione
DISTRETTO DI CASALECCHIO DI RENO	1092,0	7.359,0	1536,0	67,2	19,0	425,0	627,0	6,0
DISTRETTO DI PORRETTA TERME	1088,0	6.061,0	1209,0	48,3	37,0	115,0	106,0	2,0
DISTRETTO DI SAN LAZZARO DI SAVENA	1267,0	7.531,0	1659,0	42,5	19,0	365,0	158,0	6,0
DISTRETTO DI IMOLA	941,0	5.222,0	1007,0	35,3	12,0	18,0	102,0	4,0
DISTRETTO PIANURA EST	1.155,0	7.077,0	1665,0	53,0	56,0	353,0	635,0	93,0
DISTRETTO PIANURA OVEST	1052,0	6.565,0	1481,0	59,3	65,0	279,0	70,0	100,0
DISTRETTO DI BOLOGNA	1014,0	7.647,0	2.156,0	48,9	22,0	473,0	541,0	15,0
PROVINCIA DI BOLOGNA	1063,0	7.097,0	1743,0	50,5	28,0	359,0	442,0	28,0
REGIONE EMILIA ROMAGNA	928,0	6.838,0	1374,0	42,3	24,0	311,0	167,0	24,0

N.B. i consumi di prestazioni di terapia fisica comprendono anche prestazioni poste a totale carico del cittadino in quanto escluse dai LEA

I dati sono desunti dalle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate di tutto il territorio nazionale ed evidenziano il livello di consumo dei cittadini residenti nei diversi distretti della Provincia di Bologna in raffronto ai consumi della popolazione provinciale nel suo complesso e di quella regionale. Questi dati non tengono però conto del ricorso al privato-privato, per il quale non esiste un flusso informativo corrente, mentre una valutazione più completa della domanda espressa dovrebbe comprendere anche le prestazioni acquistate direttamente dai cittadini.

Le prestazioni diagnostiche e le visite che i cittadini consumerebbero se considerassimo i livelli di consumo medi standardizzati regionali come "appropriati" sarebbero pertanto molto inferiori (dati non riportati ma disponibili) e, conseguentemente, tutto il sistema produttivo potrebbe essere razionalizzato. E' quindi ancor più evidente come un approccio al problema dal solo lato dell'offerta non può essere percorribile ma che il governo dei tempi di attesa è possibile solo attraverso il **governo della domanda** e l'impegno sui **percorsi di appropriatezza**.

LE PROPOSTE DEL GRUPPO DI LAVORO

Una delle principali tendenze nella evoluzione dei sistemi sanitari riguarda l'effettuazione di procedure sempre più complesse in forme di assistenza diverse da quella del ricovero ospedaliero ordinario.

Questa tendenza sta spostando progressivamente masse importanti di risorse dalle strutture di ricovero verso attività ambulatoriali, sia in ambito territoriale che ospedaliero.

Diventa sempre più importante una visione strategica di lungo respiro al fine di **consolidare** modalità assistenziali mirate ad offrire al cittadino servizi improntati alla:

- **appropriatezza** delle prestazioni relativamente alla patologia per cui sono richieste
- **tempestività** rispetto al quadro clinico
- **equità** di accesso al sistema
- **facilitazione** dei percorsi assistenziali
- **trasparenza** dei criteri e delle modalità di accesso ai servizi

SUL VERSANTE DELL'OFFERTA

Occorre garantire ai cittadini **equità di accesso** al sistema delle cure ambulatoriali attraverso l'individuazione di "zone" che, per la loro perifericità, presentano necessità di **soddisfare la domanda in ambito distrettuale**. E' necessario quindi rendere disponibili a livello locale un'insieme di prestazioni e di attività che consentano l'inquadramento diagnostico, il trattamento delle patologie più comuni e la continuità di cura per le principali patologie croniche. In altri termini occorre garantire **autosufficienza territoriale** almeno per le prestazioni di base maggiormente richieste dai cittadini, come le visite specialistiche.

Attualmente non è possibile una valutazione dell'offerta complessiva in quanto i dati routinariamente disponibili riguardano esclusivamente l'offerta a CUP e le prestazioni erogate, dati comunque insufficienti a descriverla: una rilevazione completa dell'offerta non è disponibile né realizzabile agilmente e in tempi brevi. Di seguito si riporta la distribuzione delle prenotazioni effettuate da CUP per le prestazioni critiche nell'anno 2004.

Tabella n. 4: Prestazioni critiche prenotate a CUP

ANNO 2004: prestazioni critiche prenotate Cup in regime SSN per distretto erogante e area di residenza

Totale prestazioni critiche (escluse valutazioni RM) prenotate

Area di residenza	Distretto di erogazione								Totale
	Distr Est	Distr Ovest	Pian Est	Pian Ovest	Casalecchio	Porretta	San Lazzaro	Imola	
Bologna	227.282	148.727	9.773	1.793	20.573	2.428	11.543	758	422.877
Pianura Est	24.363	11.586	106.564	5.317	1.660	327	2.573	478	152.868
Pianura Ovest	3.952	3.792	9.462	30.294	1.577	137	138	21	49.373
Casalecchio	23.767	29.513	3.262	4.049	75.474	4.223	1.443	66	141.797
Porretta	6.223	4.421	336	85	8.639	36.280	1.490	35	57.509
San Lazzaro	33.344	5.569	2.211	167	2.133	701	30.991	2.026	77.142
<i>Medicina</i>	<i>1.308</i>	<i>318</i>	<i>2.279</i>	<i>41</i>	<i>44</i>	<i>19</i>	<i>176</i>	<i>11.224</i>	<i>15.409</i>
<i>Altra residenza</i>	<i>26.415</i>	<i>11.864</i>	<i>7.205</i>	<i>2.383</i>	<i>5.067</i>	<i>2.951</i>	<i>2.966</i>	<i>112.340</i>	<i>171.191</i>
Totale	346.654	215.790	141.092	44.129	115.167	47.066	51.320	126.948	1.088.166

Distribuzione percentuale delle prenotazioni Cup

Area di residenza	Distretto di erogazione								Totale
	Distr Est	Distr Ovest	Pian Est	Pian Ovest	Casalecchio	Porretta	San Lazzaro	Imola	
Bologna	53,7%	35,2%	2,3%	0,4%	4,9%	0,6%	2,7%	0,2%	100%
Pianura Est	15,9%	7,6%	69,7%	3,5%	1,1%	0,2%	1,7%	0,3%	100%
Pianura Ovest	8,0%	7,7%	19,2%	61,4%	3,2%	0,3%	0,3%	0,0%	100%
Casalecchio	16,8%	20,8%	2,3%	2,9%	53,2%	3,0%	1,0%	0,0%	100%
Porretta	10,8%	7,7%	0,6%	0,1%	15,0%	63,1%	2,6%	0,1%	100%
San Lazzaro	43,2%	7,2%	2,9%	0,2%	2,8%	0,9%	40,2%	2,6%	100%
<i>Medicina</i>	<i>8,5%</i>	<i>2,1%</i>	<i>14,8%</i>	<i>0,3%</i>	<i>0,3%</i>	<i>0,1%</i>	<i>1,1%</i>	<i>72,8%</i>	<i>100%</i>
<i>Altra residenza</i>	<i>15,4%</i>	<i>6,9%</i>	<i>4,2%</i>	<i>1,4%</i>	<i>3,0%</i>	<i>1,7%</i>	<i>1,7%</i>	<i>65,6%</i>	<i>100%</i>
Totale	31,9%	19,8%	13,0%	4,1%	10,6%	4,3%	4,7%	11,7%	100%

NB: il Distr Est di città comprende le sedi erogative di S.Orsola e Istituti Rizzoli

I dati presentati, ancorchè non possano dare indicazioni circa le attuali condizioni di "autosufficienza" risultano comunque particolarmente interessanti perché ci illustrano come "si

muovono" i cittadini relativamente alle prestazioni critiche (cioè quelle i cui tempi di attesa sono monitorati quindicinalmente) nella situazione dell'offerta a CUP che rileviamo oggi.

Di seguito riportiamo invece la situazione di "autosufficienza" relativamente a tutte le prestazioni erogate nel 2003 per 5 tipologie di visite.

Tabella 5 : Sintesi autosufficienza territoriale- Visite specialistiche erogate- Anno 2003

Azienda di erogazione	Casalecchio	Porretta	S.Lazzaro	Imola	Pianura Est	Pianura Ovest	Bologna
visita oculistica							
area ex azienda di riferimento	48,7%	83,4%	56,7%	95,2%	76,8%	83,3%	67,6%
altre aree dell'Azienda USL di Bologna	37,6%	8,6%	20,8%	2,0%	8,9%	7,2%	8,0%
Azienda Ospedaliera	12,2%	7,5%	18,9%	1,5%	7,6%	3,9%	23,3%
altre aziende regionali	1,5%	0,5%	3,6%	1,3%	6,7%	5,6%	1,1%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
visita neurologica							
area ex azienda di riferimento	24,4%	73,2%	8,5%	91,9%	54,4%	48,4%	71,3%
altre aree dell'Azienda USL di Bologna	64,7%	21,1%	73,8%	5,8%	24,2%	24,8%	11,8%
Azienda Ospedaliera/IOR	7,4%	3,8%	13,6%	1,0%	4,7%	3,6%	14,8%
altre aziende regionali	3,5%	1,9%	4,1%	1,4%	16,7%	23,1%	2,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
visita cardiologica							
area ex azienda di riferimento	68,8%	90,8%	36,2%	82,0%	81,2%	65,1%	51,8%
altre aree dell'Azienda USL di Bologna	18,6%	3,7%	38,9%	5,1%	5,4%	8,5%	6,3%
Azienda Ospedaliera/IOR	12,1%	5,2%	24,0%	8,6%	9,2%	11,0%	41,3%
altre aziende regionali	0,5%	0,3%	0,9%	4,4%	4,2%	15,4%	0,6%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
visita fisiatrice							
area ex azienda di riferimento	69,9%	86,3%	52,3%	91,0%	81,8%	87,1%	81,0%
altre aree dell'Azienda USL di Bologna	24,0%	9,6%	34,3%	5,5%	12,2%	8,3%	3,7%
Azienda Ospedaliera/IOR	4,32%	2,8%	7,8%	1,9%	3,0%	1,0%	14,4%
altre aziende regionali	1,7%	1,3%	5,7%	1,6%	2,9%	3,7%	0,9%
	100%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
visita ortopedica							
area ex azienda di riferimento	29,9%	79,7%	32,7%	89,1%	55,6%	54,1%	52,4%
altre aree dell'Azienda USL di Bologna	30,5%	6,5%	18,9%	2,1%	10,5%	7,3%	4,3%
Azienda Ospedaliera/IOR	30,5%	12,5%	43,4%	6,2%	18,8%	13,7%	40,8%
altre aziende regionali	9,2%	1,3%	5,1%	2,6%	15,0%	24,8%	2,4%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

NB: l'area ex Azienda di riferimento è BO Sud per i distretti di Casalecchio, Porretta e S.Lazzaro, BO Nord per quelli di Pianura Est e Ovest e Bologna Città per il distretto di Bologna.

L'analisi dovrà essere effettuata sui dati 2004 appena disponibili considerando il distretto di erogazione invece dell'area di erogazione. Quanto presentato si ritiene comunque indicativo di situazioni già oggi profondamente diverse per i 5 tipi di visita considerati.

Rendere **visibile** l'offerta complessiva sarebbe peraltro molto importante anche per gli operatori e la parte politica. Ciò è già stato fatto in altre realtà sanitarie, dove tutta l'offerta è informatizzata ed immediatamente visibile a tutti, anche per la parte che i cittadini non possono prenotare direttamente ma solo attraverso lo specialista; un percorso di questo tipo ha un indubbio impatto sui sistemi informativi interni sia in termini di integrazione con i sistemi già esistenti che in termini economici.

La *ricomposizione dell'offerta complessiva* diventa quindi obiettivo prioritario, realizzabile tramite un **allineamento dei sistemi informativi**, che si propone quale linea di sviluppo per il

prossimo triennio, con impegno delle Aziende e di Società CUP 2000 a predisporre lo **studio di fattibilità** entro il corrente anno.

Un utilizzo migliore e più efficiente dell'offerta messa a disposizione dalle Aziende si può ottenere attraverso:

la predisposizione di Piani di Committenza che tengano conto dei profili di consumo standardizzati rispetto ai consumi regionali, con l'obiettivo di ridefinire il fabbisogno di attività specialistica ambulatoriale per i cittadini residenti nella nostra Azienda sulla base di un **consumo atteso appropriato**;

l'incremento della disponibilità a CUP di prime visite, contestuale alla riduzione delle visite di controllo, a parità di prestazioni offerte e revisione dei profili di follow up per patologia, da concordare con i clinici disciplina per disciplina;

l'estensione della pratica dell'overbooking (prenotazione di posti sovranumerari, al fine di garantire il pieno utilizzo dell'offerta disponibile) anche all'ospedale, per le branche specialistiche a più alto tasso di abbandono, unitamente al permanere di tale pratica sul territorio, per le branche di oculistica, cardiologia, odontoiatria, dermatologia, ortopedia (dopo le opportune valutazioni in termini di ricaduta sui carichi di lavoro nelle diverse realtà eroganti);

la riduzione delle mancate disdette di prestazioni sanitarie tramite strumenti quali la richiamata telefonica da parte del call-center CUP su 20 prestazioni critiche, l'utilizzo di sms ecc...

Nell'ambito del panorama complessivo dell'offerta un ragionamento a parte è da farsi relativamente alla libera professione intramuraria (ALPI) e alla offerta del privato-privato.

Nel primo caso occorre ribadire il fatto che l'attività libero-professionale è prevista e regolata da numerosi provvedimenti normativi e come tale la possibilità di effettuarla deve essere garantita ai professionisti che abbiano fatto la scelta di lavoro in rapporto esclusivo con il SSN. Va precisato che essa è sempre esercitata fuori dall'orario di lavoro e delle attività previste dall'impegno di servizio, nel rispetto dell'equilibrio tra attività istituzionale e libero-professionale, in forma individuale o di equipe, in favore e su libera scelta dell'assistito e con oneri a carico dello stesso.

L'attività libero-professionale intramuraria consente al cittadino di scegliere il professionista, a differenza di quanto avviene per le prestazioni rese in orario di servizio istituzionale, in quanto il servizio pubblico è tenuto a garantire la prestazione e non il singolo specialista.

Tale attività è da utilizzarsi quindi come opportunità per il cittadino e non come elemento di discriminazione economica, fermo restando il controllo da parte della struttura che la libera professione non comporti globalmente un volume di prestazioni superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali.

I tempi di attesa molto contenuti rispetto a quelli spesso presenti in attività istituzionale non sono pertanto dovuti ad un'offerta "squilibrata" rispetto a quella istituzionale ma sono fondamentalmente motivati dal fatto che i cittadini poco si rivolgono alla libera professione.

Rispetto alla prenotabilità CUP della libera professione, ci si deve riferire al principio delle pari opportunità per il cittadino, sia in termini qualitativi (corrispondenza di tipologia tra le prestazioni prenotabili in SSN e in ALP), sia dal punto di vista temporale (periodi di prenotabilità corrispondenti). In particolare, le OO.SS. sottolineano che le Aziende devono impedire il verificarsi di situazioni in cui:

- la sospensione motivata di attività istituzionale non si accompagni al blocco della stessa attività anche in regime libero-professionale
- l'offerta di prestazioni in libera professione intramuraria sul sistema CUP non si accompagni ad una offerta corrispondente di prestazioni in regime SSN

In linea di principio potrebbe essere obiettivo delle Aziende quello di armonizzare i singoli regolamenti dell'ALPI se funzionale al miglioramento degli aspetti sopra citati e per impedire il verificarsi di situazioni di squilibrio.

Per quanto riguarda invece **l'offerta del privato-privato** vale la pena ricordare che un'ulteriore opportunità per i cittadini può essere rappresentata dall'offerta di prestazioni cosiddette a **tariffario sociale**, ovvero prestazioni che vengono erogate da strutture private a tariffe concordate che, per i pazienti non esenti ticket, possono rappresentare una buona alternativa quando la tariffa a pagamento non si discosta in modo sostanziale dal ticket SSN.

SUL VERSANTE DELL'ACCESSO E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Ferma restando la necessità di attuare quelle azioni che, già ricomprese in altre parti di questo documento, contribuiscono a migliorare l'accessibilità ai servizi specialistici (es. corretta gestione delle liste; monitoraggio; overbooking; utilizzo degli strumenti di programmazione come gli accordi di fornitura; strumenti del governo clinico), ci sembra utile in questo ambito focalizzare l'attenzione innanzitutto sul tema del "primo accesso" e degli "accessi successivi" ai servizi.

Mentre in linea teorica è intuibile la differenza esistente tra il primo accesso ad una prestazione per un problema sanitario (prima visita) e gli accessi successivi (controlli), tale distinzione che avviene in fase di accesso al sistema non trova oggi una corrispondenza precisa con quanto riportato in fase di erogazione della prestazione: infatti l'erogatore classifica l'accesso sulla base dell'impegno che gli è stato necessario, con differenze significative tra distretti diversi (dati non riportati ma disponibili). Un riflesso immediato delle differenze classificatorie è costituito dal ticket applicato, più oneroso ovviamente nel caso di una prima visita, con problemi di equità per il cittadino.

Per opportuna conoscenza si riporta la definizione regionale di prima visita e di controllo.

PRIMA VISITA: si intende quella in cui il problema del paziente viene affrontato per la prima volta e in cui viene predisposta una documentazione scritta (cartella clinica o scheda); analogamente sono considerate prime visite quelle effettuate nei confronti dei pazienti noti, affetti da malattie croniche, che presentino una fase di riacutizzazione tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva e un riaggiustamento della terapia.

VISITA SUCCESSIVA O DI CONTROLLO: è la visita in cui un problema già noto viene rivalutato con aggiornamento della documentazione esistente, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita.

Tabella n. 5: Rapporto prime visite (V1) e controlli (V2)

Rapporto Prime visite (V1) e controlli (V2) su totale visite consumate per branca

DESCRIZIONE		Totale complessivo
ANGIOLOGIA	V1	17,9%
(comprende controlli TAO)	V2	82,1%
	V1	61,5%
CARDIOLOGIA	V2	38,5%
	V1	79,5%
CHIRURGIA GENERALE	V2	20,5%
	V1	82,8%
DERMATOLOGIA	V2	17,2%
	V1	60,4%
GASTROENTEROLOGIA	V2	39,6%
MAL. ENDOCRINE, DEL RICAMBIO E DELLA NUTRIZIONE	V1	29,1%
	V2	70,9%
	V1	77,6%
NEUROLOGIA	V2	22,4%
	V1	75,1%
OCULISTICA	V2	24,9%
	V1	87,6%
ODONTOIATRIA E STOMATOL.	V2	12,4%
	V1	37,1%
ONCOLOGIA	V2	62,9%
	V1	58,3%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	V2	41,7%
	V1	86,2%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	V2	13,8%
	V1	87,6%
OTORINOLARINGOIATRIA	V2	12,4%
	V1	76,1%
PNEUMOLOGIA	V2	23,9%
	V1	84,7%
RECUPERO E RIABILITAZIONE	V2	15,3%
	V1	51,3%
REUMATOLOGIA	V2	48,7%
	V1	75,0%
UROLOGIA	V2	25,0%

Pur con queste premesse, e nell'ottica del controllo visto nel quadro di percorsi di continuità assistenziale e presa in carico del paziente all'interno della stessa struttura, si indicano quali obiettivi fondamentali da ribadire **lo scorporo delle agende tra prime visite e controlli**, a partire dalle branche di: oculistica, cardiologia, oncologia, pneumologia e ortopedia.

A questo primo, imprescindibile obiettivo si devono accompagnare anche

- **la sperimentazione di agende specialistiche territoriali non nominative** per l'accesso alle prime visite a partire dalla branca oculistica; tale sperimentazione vede come presupposto il fatto che il servizio pubblico debba garantire il primo accesso alla prestazione e non lo specifico professionista, garantendo invece la continuità assistenziale dopo la prima visita, se necessario;
- **la sperimentazione dell'accesso diretto** ai punti prelievo per gli esami di laboratorio, già in atto nel territorio di San Pietro in Casale; tale sperimentazione sarà attentamente valutata per la sua eventuale estensione e attuabilità in territori più complessi;
- **la semplificazione dei percorsi**, con attuazione capillare di quanto previsto dalla Delibera Regionale 2142 del 2000 sulla "Semplificazione dell'accesso alle Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali" ed effettuazione di verifiche del rispetto del percorso illustrato in allegato (allegato 1). L'utilizzo della **modulistica** prevista evita il ritorno del paziente al medico di medicina generale e prevede la presa in carico da parte dello specialista, fino a conclusione dell'iter diagnostico-terapeutico. Analogo percorso di facilitazione dell'accesso sarà sperimentato all'interno di alcune strutture private accreditate;
- **la revisione del sistema di presa in carico** del paziente con **sperimentazione di modalità di prenotazione diretta** da parte dello specialista e/o della struttura degli accertamenti successivi al primo, nell'ambito di percorsi di patologia predefiniti. Ciò prefigura **la sperimentazione di veri punti di accoglienza (PDA)** a cominciare dalle strutture poliambulatoriali più idonee.
- **la sperimentazione di percorsi di day service territoriali** in particolare nelle strutture ambulatoriali che ospitano medici in associazione, punti prenotativi e un'articolata offerta

specialistica; a tale proposito l'azienda ribadisce l'impegno a sviluppare ulteriormente le forme di associazionismo medico;

- **la sperimentazione di nuove modalità di comunicazione fra MMG/PLS e specialisti** al fine di facilitare la gestione dei percorsi diagnostici (progetto **Sanità On Line**);
- **la revisione dell'architettura del sistema di prenotazione CUP** sia nell'ottica di consentire una fruizione locale/distrettuale delle prestazioni sia per evitare al paziente inutili ritorni o ripetute telefonate in quelle situazioni nelle quali la chiusura di alcune agende può rendersi necessaria, ad esempio per una rimodulazione delle stesse (progetto **"Lista di attesa informatizzata"** con pre-prenotazione e richiamo del cittadino per l'inserimento in lista).

Da ultimo sul versante dell'accesso vogliamo ricordare che l'evoluzione della tecnologia informatica può consentire l'avvio di **progetti sperimentali di teleconsulto specialistico** presso sedi periferiche, soprattutto per attività di eccellenza.

SUL VERSANTE DELLA DOMANDA E DELLA APPROPRIATEZZA

E' assolutamente evidente che per agire in modo efficace nel campo della appropriatezza è indispensabile costruire relazioni con i prescrittori e far crescere il loro consenso sulle politiche di riduzione delle liste di attesa. L'attenzione delle Aziende sarà rivolta in particolare alla:

- **predisposizione di percorsi di accesso per priorità cliniche**, condivisi con i prescrittori, con informazioni chiare ed accessibili per il cittadino, almeno per quelle prestazioni per le quali esistano raccomandazioni condivise e Linee Guida;
- **condivisione** con i professionisti e avvio Linee Guida su **Ecocolordoppler, Ecografia dell'addome ed Elettromiografia**;
- **valutazione dell'appropriatezza prescrittiva**: il nuovo modello di ricetta medica a lettura ottica, potendo abbinare senza difficoltà la prescrizione al prescrittore grazie alla presenza del codice a barre, può consentire una maggiore immediatezza nella valutazione delle prescrizioni.

SUL VERSANTE DELLA COMUNICAZIONE E DELL'INFORMAZIONE AI CITTADINI

Un aspetto particolarmente importante e delicato è quello dell'informazione ai cittadini e ai loro rappresentanti in particolare sulle caratteristiche dell'offerta e le modalità di accesso. Poiché però non basta una corretta informazione per superare un atteggiamento qualche volta eccessivamente ansioso sul tema delle liste di attesa, è necessario creare un'alleanza forte con la comunità locale perché diventi parte attiva del sistema di governo dei tempi di attesa. Una modalità che risulta particolarmente interessante è quella che attualmente è in sperimentazione presso il Distretto di Bologna, il **"Laboratorio dei cittadini per la salute"**, che attraverso la costruzione di una partnership tra operatori e cittadini si propone di avviare un confronto continuo sui temi della salute. Attraverso questo strumento è stata realizzata una campagna di comunicazione e sensibilizzazione sul tema delle mancate disdette prenotative ("La tua disdetta aiuta chi aspetta") che ha già prodotto importanti risultati legati al recupero di prestazioni diagnostiche altrimenti non fruite, evitando di dar seguito alle vigenti previsioni sanzionatorie che di fatto creano disparità di trattamento dei cittadini rispetto alla loro applicazione¹.

SUL VERSANTE DEL MONITORAGGIO DELLE LISTE DI ATTESA

Per questo capitolo si rimanda a quanto già definito nel documento "Il monitoraggio delle Liste di Attesa per le Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali" del novembre 2004

¹ Il Decreto Legislativo 29 aprile 1998, n.124 all'art.3 comma 15 prevede che l'utente che non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata sia tenuto, qualora non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione.

A CONCLUSIONE

del documento, che esaurisce il mandato della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Bologna formalizzato con nota del 12 gennaio 2005, il gruppo tecnico intende ribadire la necessità di continuare il lavoro intrapreso allo scopo di contribuire all'implementazione ed al monitoraggio delle azioni proposte.

Proposta di scansione temporale delle Azioni previste nel documento

OFFERTA

- Incremento della disponibilità a CUP di prime visite
entro giugno 2005 (tempistica prevista per AUSL)
- Estensione della pratica dell'overbooking anche all'ospedale
entro il 2005 (tempistica prevista per AUSL)
- Utilizzo di sms per la riduzione delle mancate disdette di prestazioni sanitarie
avvio della sperimentazione entro giugno 2005
- Studio di fattibilità per l'allineamento dei sistemi informativi
entro il 2005
- Allineamento dei sistemi informativi e utilizzo di un unico software per la gestione di tutte le
agende entro il 2007 (sulla base degli esiti dello studio di fattibilità e della programmazione
conseguente)
- Revisione dei profili di follow-up per le principali patologie
completamento entro il 2006
- Armonizzazione dei regolamenti aziendali dell'ALPI
entro il 2006

ACCESSO e CONTINUITA' ASSISTENZIALE

- Avvio progetto "Lista d'attesa informatizzata"
entro 2005
- Scorporo delle agende tra prime visite e controlli (oculistica, cardiologia, oncologia, pneumologia e
ortopedia)
entro il 2005
- Agende specialistiche territoriali non nominative per l'accesso a prime visite
avvio della sperimentazione nella branca di oculistica entro giugno 2005
- Accesso diretto ai punti prelievo per gli esami di laboratorio
valutazione dell'esperienza di San Pietro in Casale entro giugno 2005
studio di fattibilità per l'estensione dell'esperienza in altri punti territoriali aziendali entro il
2005
- Effettuazione di verifiche sulla semplificazione dell'accesso
entro il 2005
- Applicazione del percorso di semplificazione dell'accesso all'interno di strutture private accreditate
avvio della sperimentazione in tre strutture entro aprile 2005
verifica della sperimentazione entro aprile 2006
- Prenotazione diretta da parte dello specialista e/o della struttura degli accertamenti successivi al
primo
sperimentazione entro aprile 2006 (nell' ambito dei percorsi DeBURO e di Day Service)
- Creazione di punti di accoglienza (PDA) poliambulatoriali
sperimentazione nelle strutture poliambulatoriali più idonee entro il 2006
- Sperimentazione di percorsi di day service territoriale
avvio dell'esperienza presso Casalecchio entro il 2005
- Progetto Sanità On LinE-MMG
Avvio sull'Azienda USL di Bologna entro il 2005 (sperimentazione a Bazzano)
- Modifica dell'architettura del sistema di prenotazione CUP
entro il 2006
- Avvio di progetti sperimentali di teleconsulto specialistico
entro il 2006

GT liste attesa 30/03/2005

DOMANDA e APPROPRIATEZZA

Predisposizione di percorsi di accesso per priorità cliniche
entro il 2005

Avvio utilizzo Linee Guida su Ecocolordoppler
settembre 2005

Avvio utilizzo Linee-guida su Ecografia dell'addome ed Elettromiografia
entro il 2006

Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva
entro il I semestre 2006

Semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali

AlI. 1

Percorso organizzativo

