



# Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna



# **Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna**

**La redazione del volume è stata curata dall'Agenzia sanitaria regionale e dal Servizio assistenza distrettuale, pianificazione sviluppo dei servizi sanitari della Regione Emilia-Romagna. Le elaborazioni dei dati sono state effettuate dal Servizio sistema informativo Sanità e Politiche sociali.**

---

**Massimo Migliori** Agenzia sanitaria regionale  
**Agata Fadda** Servizio assistenza distrettuale  
**Enrica Garuti** Servizio assistenza distrettuale  
**Alessia Orsi** Servizio assistenza distrettuale  
**Angela Paganelli** Servizio assistenza distrettuale  
**Maria Rita Paolini** Servizio assistenza distrettuale  
**Piera Sanna** Servizio assistenza distrettuale  
**Monica Merlin** Servizio sistema informativo  
della Regione Emilia-Romagna

**Redazione e impaginazione a cura di**

Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

**Stampa** Regione Emilia-Romagna, Bologna, novembre 2004

**Copia del volume può essere richiesta a**

Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

Sistema comunicazione, formazione, documentazione

Viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna

e-mail [fsarti@regione.emilia-romagna.it](mailto:fsarti@regione.emilia-romagna.it)

**oppure può essere scaricata dal sito Internet**

<http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/colldoss/index.htm>

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

# Indice

<b>Sommario</b>	<b>5</b>
<b>Premessa</b>	<b>7</b>
<b>Introduzione</b>	<b>9</b>
<b>1. Situazione attuale</b>	<b>11</b>
<b>2. Strutture produttive e consumi</b>	<b>15</b>
2.1. Base dei dati	18
2.2. Densità dell'offerta	20
2.3. Utilizzazione (consumi)	24
2.4. Sintesi delle indicazioni	31
<b>3. Tempi di attesa</b>	<b>35</b>
3.1. Monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni programmate	36
3.2. Monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni urgenti	43
<b>4. Conclusioni</b>	<b>47</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>49</b>



# Sommario

Una delle principali caratteristiche dell'evoluzione dei sistemi sanitari è la tendenza ad aumentare l'offerta di prestazioni sempre più complesse in forme di assistenza diverse dal ricovero ospedaliero ordinario. Ciò è legato allo sviluppo delle tecniche e delle strumentazioni di anestesia, che permettono al paziente di recuperare l'autosufficienza più rapidamente; di chirurgia, che minimizzano l'effetto invasivo; e diagnostiche, che danno più dettagliate informazioni di carattere sia anatomico sia fisiologico.

Questa tendenza sta progressivamente spostando importanti risorse dalle strutture di ricovero a quelle dedicate agli utenti non ricoverati e verso le attività ambulatoriali, che sono sempre più una modalità per seguire tempestivamente e con continuità i cittadini.

A fronte di questo fenomeno, tuttavia, le informazioni disponibili per valutare l'attività della specialistica ambulatoriale sono scarse, e mancano, a differenza dell'attività ospedaliera, indicatori consolidati per l'analisi. Scopo di questo *Rapporto* è pertanto fornire strumenti per la valutazione e documentarne le prime esperienze di uso, al fine di individuare i metodi e una reportistica predefinita da mettere a disposizione delle Aziende sanitarie della Regione. I metodi individuati saranno infatti utilizzati per valutare il fabbisogno delle popolazioni delle Aziende ai fini dell'accreditamento istituzionale e per il processo di pianificazione per il prossimo triennio.

Sono stati ricercati nella letteratura gli indicatori più adatti da proporre a una prima discussione e sono stati applicati al flusso informativo per l'assistenza specialistica ambulatoriale (ASA), avviato dal 1999 ma esteso a tutte le strutture della regione solo nel 2002.

Usando i dati di quell'anno, corretti e completati con la collaborazione dei referenti aziendali, sono state analizzate le singole strutture presenti nei 42 Distretti sanitari regionali esistenti, che erogano questo livello di assistenza.

Per l'analisi sono stati impiegati indicatori di offerta (densità assoluta dell'offerta) modificati con un'operazione di pesatura per volume di produzione (densità dell'offerta pesata). Il risultato è stata una lista ordinata per valore crescente di questa misura di dotazione di strutture di erogazione. In mancanza di *standard* sono stati considerati normali valori compresi tra il 25° e il 75° percentile. Questa operazione ha permesso di evidenziare i Distretti che hanno una dotazione di strutture erogatrici di specialistica ambulatoriale inferiore al normale e quelli che invece la possiedono oltre la norma, fornendo quindi un primo elemento di valutazione.

Alle considerazioni sulla dotazione di strutture sono seguite quelle relative ai consumi, per le quali è stato usato l'indice di consumo per 1.000 abitanti standardizzato per età. Per ogni Distretto sono state studiate le proporzioni dei consumi - in generale e per ogni aggregazione di prestazioni - e il luogo in cui sono state effettuate, considerando entro l'"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. Le altre prestazioni sono state considerate

in mobilità intra-regionale se fornite in Emilia-Romagna oppure extra-regionale se in altra regione. Nell'effettuare questa valutazione si è sancito l'uso delle aggregazioni di prestazioni del nomenclatore nazionale come suddivisione base per l'analisi dell'attività. Contemporaneamente è stata abbandonata la branca quale articolazione di riferimento per localizzare l'ambito della prestazione e si è adottata definitivamente a tale scopo la disciplina a cui appartiene il sanitario che effettua la prestazione.

Il risultato del conteggio ha messo in evidenza notevoli squilibri tra i Distretti della regione. In particolare, usando diagrammi di dispersione basati sugli indici di consumo e sulla percentuale di mobilità, è stata definita la posizione di ciascun Distretto rispetto a un'area della normalità rappresentata dal 50% centrale dei valori. Questa operazione è stata effettuata per l'insieme delle prestazioni, per ciascuna aggregazione e per una selezione di prestazioni definite di base (in quanto coinvolte nella maggior parte delle diagnosi o dei trattamenti), e ha permesso di identificare gruppi di Distretti con modalità di consumo simili. L'accostamento fra le valutazioni ottenute per tutti gli indici utilizzati ha portato all'identificazione di quattro gruppi relativamente 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.

L'obiettivo è stabilire i criteri da indicare alle Aziende per classificare i propri Distretti in relazione all'area normale, individuare eventuali squilibri e proporre piani di intervento per le situazioni di eccesso o di carenza. Ad esempio, in alcune aree provinciali si nota una concentrazione della produzione nelle sedi del capoluogo con un possibile disagio per i cittadini sia per gli spostamenti necessari sia per le lunghe attese. Da qui emerge l'ipotesi di un lavoro - da approfondire anche sulla base delle preferenze dei cittadini - sulla rivalutazione dei centri intermedi, portando in periferia attività di diagnostica e/o trattamento oggi non esistenti.

Nel Capitolo 3 dedicato ai tempi di attesa viene analizzata la situazione delle Aziende per le varie aggregazioni di prestazioni, critiche e non. Sono infatti disponibili i dati sui tempi effettivi di attesa ricavati dal flusso ASA, intesi come differenza tra la data di prenotazione e la data di effettuazione della prestazione. Il risultato è confortante: i lunghi tempi di attesa non riguardano tutte le prestazioni e tutte le sedi ma solo alcune prestazioni, in particolare nelle sedi di grandi dimensioni (Aziende ospedaliere). Inoltre, le prime - pur parziali - informazioni sulle attese per le prestazioni urgenti confermano che il soddisfacimento dei bisogni urgenti è assicurato. Solo le prestazioni di visita mantengono notevoli criticità, in quanto hanno le *performance* peggiori praticamente in tutte le Aziende.

Il *Rapporto* si conclude con alcune considerazioni generali sulla programmazione della specialistica ambulatoriale, volte a cambiarne il prodotto da semplice prestazione a diagnosi e trattamento completo.

# Premessa

La base dei dati della specialistica ambulatoriale (flusso ASA) è ormai consolidata e fornisce informazioni sia sulla produzione che sui consumi, che sono presenti nella reportistica predefinita del flusso.

In questo *Rapporto* per la prima volta si usano queste informazioni per formulare ipotesi di programmazione. I metodi applicati sono stati ricavati dalle esperienze di alcune Aziende e dai suggerimenti di un gruppo di esperti che si desidera ringraziare vivamente per la collaborazione. I risultati sono, per ora, patrimonio degli autori ma la pubblicazione può rappresentare una base di discussione per le Aziende: l'Assessorato intende infatti usare le modalità di analisi individuate in questo lavoro per la valutazione del fabbisogno al fine dell'accreditamento istituzionale e per la pianificazione del prossimo triennio. Le occasioni per il confronto saranno le consultazioni per il nuovo Piano sanitario regionale e il corso per Dirigenti di macrostruttura che l'Agenzia sanitaria regionale sta organizzando sull'argomento della gestione e pianificazione della specialistica ambulatoriale. Per questo motivo, qualsiasi valutazione o commento sui metodi utilizzati e sulle linee di azione che ne sono state tratte sono benvenuti e sollecitati.

Si ringraziano per la fattiva collaborazione:

- Tiziano Carradori (Azienda USL di Rimini),
- Marcello Cellini (Azienda USL di Ferrara),
- Guido Fellin (Azienda USL di Modena),
- Roberto Grilli (Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna),
- Lycia Petropulakos (Servizio presidi ospedalieri, Regione Emilia-Romagna),
- Sergio Venturi (Azienda ospedaliera di Parma),
- Eleonora Verdini (Servizio sistema informativo, Regione Emilia-Romagna),
- Augusto Zappi (Azienda USL di Ravenna),
- Anna Zucchini (Azienda ospedaliera S. Orsola Malpighi, Bologna).



# Introduzione

Una delle principali tendenze nell'evoluzione dei sistemi sanitari riguarda l'offerta di prestazioni sempre più complesse in forme di assistenza diverse dal ricovero ospedaliero ordinario. Ciò è legato allo sviluppo di sistemi di anestesia che permettono al paziente di recuperare l'autosufficienza più rapidamente, a metodiche chirurgiche minimamente invasive, all'uso di strumentazioni diagnostiche che danno informazioni di carattere non solo anatomico ma anche fisiologico.

Questa tendenza sta progressivamente spostando importanti risorse dalle strutture di ricovero a quelle dedicate agli utenti non ricoverati e - all'interno delle strutture di produzione - verso le attività ambulatoriali, che sono sempre meno un "accessorio" delle attività di ricovero e sempre più una modalità per seguire tempestivamente e con continuità gli utenti.

A fronte di questo fenomeno, le informazioni disponibili per valutare l'attività per gli *outpatient* - che in Italia è compresa nella specialistica ambulatoriale (SA) - sono poche. Sono poche anche le parole dedicate a questa forma di assistenza nei Piani sanitari, quasi completamente improntati alla struttura produttiva della degenza ospedaliera.

L'Assessorato alla sanità della Regione Emilia-Romagna ha deciso di incrementare gli interventi utili a sviluppare le forme di assistenza gradite agli utenti - come la specialistica ambulatoriale - e che di norma non sono più costose del ricovero ospedaliero.

Già ora l'assistenza specialistica rappresenta la più diffusa modalità di accesso del cittadino al Sistema sanitario regionale (circa 15 milioni di contatti di pazienti ambulatoriali nel 2002, contro 789.666 ricoveri di residenti al netto dei neonati sani). Ciò ha stimolato la Regione a disciplinare la materia; già nel 1997 con la Circolare n. 24 (Regione Emilia-Romagna, 1997) sono stati indicati i criteri ai quali le Aziende USL dovevano far riferimento per la predisposizione dei piani di attività in ambito locale. L'obiettivo era infatti la preparazione di piani che avessero come ambito territoriale la provincia e garantissero un'equa distribuzione dell'offerta, nel rispetto delle priorità regionali, delle esigenze locali e dei livelli di spesa programmati.

Successivamente, la Delibera 1296/1998 (Regione Emilia-Romagna, 1998) ha promosso una profonda rimodulazione organizzativa dell'assistenza specialistica, in ambito sia ospedaliero che territoriale. Le linee guida emanate hanno infatti fornito indicazioni su:

- riorganizzazione e potenziamento dell'attività;
- appropriatezza nelle prescrizioni e nell'erogazione delle prestazioni specialistiche;
- facilitazione dell'accesso ai cittadini per gli aspetti organizzativi e amministrativi;
- individuazione dei criteri per la gestione delle liste di attesa e per la determinazione dei tempi massimi di attesa;
- istituzione di un sistema informativo per il monitoraggio dell'utilizzo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Su ognuno di questi temi si è sviluppato il quadro di indirizzo normativo,<sup>1</sup> che ha definito:

- lo sviluppo del sistema informativo regionale, che permette la raccolta dei dati di attività per tipologia di prestazione e la realizzazione di un sistema di rilevazione dei tempi di attesa per le prestazioni critiche (Regione Emilia-Romagna, 1999);
- la semplificazione all'accesso alle prestazioni e la presa in carico del paziente da parte dello specialista ambulatoriale (Regione Emilia-Romagna, 2001b);
- l'introduzione di strumenti di governo clinico per la gestione delle liste di attesa di alcune prestazioni critiche, come l'ecocolordoppler degli arti inferiori e dei tronchi sovra-aortici (Regione Emilia-Romagna, 2002b) e la densitometria ossea (Regione Emilia-Romagna, 2001c);
- la revisione e l'aggiornamento del nomenclatore tariffario, con l'adeguamento delle tariffe e l'inserimento di nuove prestazioni (Regione Emilia-Romagna, 2003a).

Con il presente *Rapporto* si vuole dare continuità a quelle indicazioni, individuando degli strumenti di valutazione (indicatori) che siano utili alle Aziende per la pianificazione dei servizi. Il volume è strutturato in una parte preliminare sulla situazione della specialistica ambulatoriale nel 2002, per esaminare poi gli indicatori utili alla descrizione della struttura di erogazione dell'attività e quelli dei consumi (*Capitolo 2*). Nel Box 2 in particolare sono elencati gli indicatori di struttura mentre nel Paragrafo 2.3 vengono presentate le modalità di trattamento dei dati di utilizzo (consumi). In conclusione, vengono esposti i primi dati ricavati dai flussi correnti sui tempi di attesa effettivi di tutte le prestazioni e non solo quelli prospettati per quelle critiche. È tuttavia necessario tenere presente che tutte le valutazioni espresse nel *Rapporto* risentono dell'incompletezza del flusso ASA 2002, descritta nel Paragrafo 2.1.

---

<sup>1</sup> Sono indicati nel testo i provvedimenti principali. Per la collocazione della specialistica ambulatoriale nell'ambito generale del Distretto si veda la Delibera di Giunta regionale del marzo 2000 pubblicata sul *BUR* del 2 maggio 2000.

# 1. Situazione attuale

Secondo il flusso ASA<sup>2</sup> in Emilia-Romagna nel 2002 sono state erogate 56.751.260 prestazioni specialistiche, di cui più di 40 milioni esami di laboratorio (71,7%), 6,5 milioni di visite (11,5%), più di 5 milioni di prestazioni diagnostiche (9,45%), 2 milioni di prestazioni riabilitative e quasi 2 milioni di prestazioni terapeutiche.

**Tabella 1.** Volume e valorizzazione secondo il tariffario per grandi categorie di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Anno 2002

Tipologia	Numero	%	Valore in Euro	%
Visite	6.534.911	11,52	98.408.084	18,97
Diagnostica	5.365.011	9,45	172.281.235	33,22
Riabilitazione	2.142.583	3,78	13.006.367	2,51
Terapeutiche	1.986.446	3,50	78.847.825	15,20
Altro	17.657	0,03	176.734	0,03
Laboratorio	40.704.652	71,72	155.955.673	30,07
<i>Totale</i>	<i>56.751.260</i>	<i>100,00</i>	<i>518.675.918</i>	<i>100,00</i>

I costi rilevati dalla contabilità analitica sono stati confrontati con quelli di altre Regioni, con risultati poco chiari. In effetti non esistono ancora dati comparabili, nel senso che nei prospetti ministeriali legati all'Accordo Stato-Regioni del 2001 i costi sono stati inseriti in modo diverso da Regione a Regione (ad esempio, i costi per gli *screening* dei tumori femminili dovrebbero essere inseriti nel macrolivello della prevenzione e non dell'assistenza distrettuale, ma in molte Regioni non sono distinguibili dagli altri costi della specialistica).

Inoltre, i costi della specialistica prodotta dagli ospedali sono talvolta inseriti nei costi per le attività di degenza oppure sono ricavati non con una rilevazione dei costi di produzione ma dalle tariffe del nomenclatore (Cislaghi *et al.*, 2003; ISTAT, 2002; Ministero della salute, 2002, 2003). Anche il numero delle prestazioni ha oscillazioni importanti tra le Regioni, giustificabili solo con una diversa copertura dei flussi dei dati. Il raffronto più attendibile pare essere quello effettuato dal Tavolo nazionale di monitoraggio sui LEA, che ha stimato il costo dell'assistenza specialistica erogata dall'Emilia-Romagna nel 2001 pari al 14,9% del totale (Agenzia per i servizi sanitari regionali, 2003).

È invece possibile tentare un raffronto con gli Stati Uniti, dove nel 1999 il costo dell'assistenza per gli *outpatient* è stato pari al 15% dei costi totali per l'assistenza sanitaria (Hearle *et al.*, 2003). In ogni caso gli studi in letteratura confermano un *trend* in crescita per questa forma di assistenza (Phibbs *et al.*, 2003) e individuano come fattore

<sup>2</sup> Vedi al *Box 1* la descrizione delle informazioni raccolte.

principale che ha condizionato l'aumento dei costi la disponibilità di nuovi approcci diagnostico-terapeutici legati all'uso di tecnologie innovative (Hearle *et al.*, 2003). Negli USA si è stimato che tra il 1980 e il 2000 la percentuale di attività chirurgica svolta senza ricovero ospedaliero sia passata da meno del 20% a più del 60% del totale (Hearle *et al.*, 2003).

In Emilia-Romagna, negli ultimi due anni le disposizioni che indirizzano alla riduzione dei ricoveri e alla qualificazione organizzativa dell'attività specialistica sono state numerose. Esempi recenti sono l'indicazione di effettuare in regime ambulatoriale la facoemulsificazione del cristallino e lo sbrigliamento del *tunnel* carpale, con l'individuazione delle relative tariffe (Regione Emilia-Romagna, 2003a) e l'esenzione dalla compartecipazione alla spesa. Nel 2002 gli interventi chirurgici di questo tipo eseguiti in *day surgery* per residenti in regione sono stati 42.812 (35.096 per cataratta e 7.716 per sbrigliamento di *tunnel* carpale), pari al 30,8% di tutti i DGR chirurgici (138.975). Si tratta quindi di indicazioni molto rilevanti.

Nel medesimo anno si sono verificati per i residenti in Emilia-Romagna 108.166 ricoveri in *day hospital* medico per una casistica di prestazioni che in buona parte avrebbero potuto essere erogate con piena sicurezza del paziente a livello di attività specialistica ambulatoriale. Ci si riferisce in particolare al modello organizzativo assistenziale del *day service* ambulatoriale (servizio di ambulatorio complesso) (Regione Emilia-Romagna, 2004), che si propone di giungere alla sostituzione pressoché integrale del ricovero diurno non chirurgico e non legato a problemi di carattere oncologico (circa un terzo dei ricoveri di DH medico) con un'attività ambulatoriale organizzata dagli specialisti, che mantenga tempi e modalità del tutto simili a quelli dell'attuale DH medico.

**Box 1.** Flusso assistenza specialistica ambulatoriale (ASA)

---

*L'unità di rilevazione è rappresentata dalla prestazione ambulatoriale.*

*Per l'attività specialistica ambulatoriale svolta in ambito ospedaliero sono rilevate:*

- *tutte le prestazioni erogate in regime ambulatoriale a pazienti esterni, da tutti gli ambulatori/servizi e singoli specialisti;*
- *le prestazioni erogate dal Pronto soccorso nel caso in cui a tali prestazioni non segua il ricovero.*

*Sono escluse dalla rilevazione le prestazioni ambulatoriali legate al ricovero (pre/post), che vengono considerate a tutte gli effetti comprese nella prestazione ospedaliera. Sono escluse inoltre le prestazioni erogate a favore di pazienti ricoverati presso altri presidi, in quanto tali prestazioni sono soggette a fatturazione diretta.*

*In ambito territoriale sono considerate tutte le prestazioni erogate dagli ambulatori e poliambulatori, inclusa l'attività specialistica di ostetricia e ginecologia erogata nei consultori familiari. La rilevazione non comprende invece la restante attività dei consultori e quella erogata dai SerT e dai Servizi di salute mentale, compresa la neuropsichiatria infantile. Queste ultime tipologie di attività sono oggetto di specifici flussi informativi.*

*Le informazioni che si raccolgono con il flusso ASA sono riconducibili a tre categorie:*

- *caratteristiche della struttura erogatrice (pubblica o privata accreditata provvisoriamente);*
- *caratteristiche del paziente fruitore delle prestazioni,*
- *caratteristiche delle prestazioni erogate.*

*Per quanto riguarda le strutture erogatrici, si precisa che il codice di identificazione è quello previsto nella rilevazione nazionale STS 11.*

---



## 2. Strutture produttive e consumi

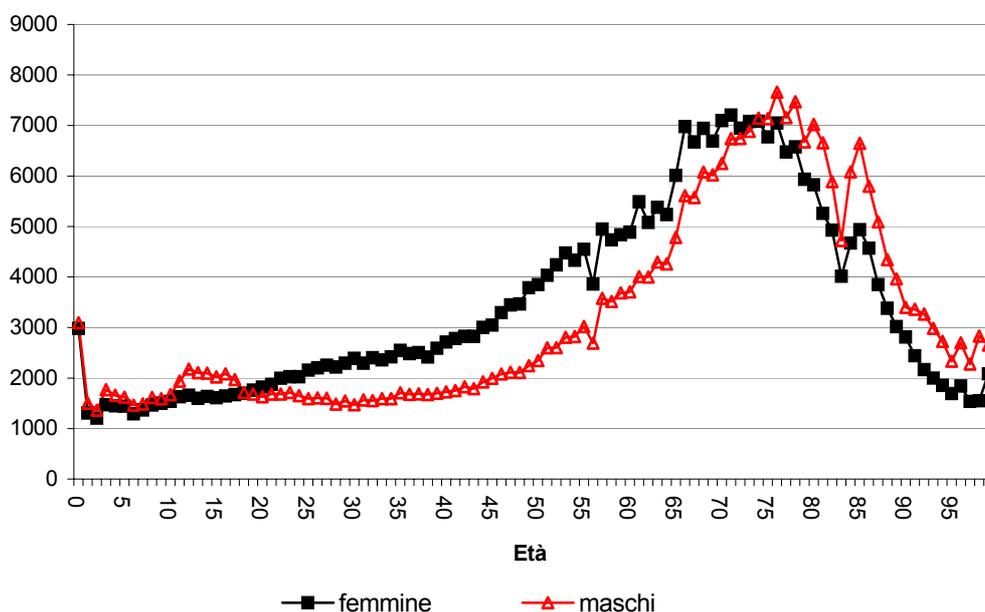
A differenza dell'attività di degenza che possiede indicatori ben consolidati, la definizione di parametri utili a dare informazioni operative sulla specialistica ambulatoriale è molto scarsa. È quindi ancora più difficile che per le attività di degenza fornire informazioni per identificare bisogni che non siano indotti da un'offerta dimensionata su dinamiche di consumi da essa stessa indotte e non sui problemi di salute (Chan, Austin, 2003; Roland, Morris, 1988).

Fra le caratteristiche della popolazione che influenzano il ricorso alla specialistica sono comprese quelle demografiche e socio-economiche: popolazioni più anziane e più povere hanno necessità maggiori perché affette da morbosità superiore (Roland, Morris, 1988), anche se è stato rilevato un alto ricorso alla specialistica anche per le classi più abbienti nel caso di alcune procedure invasive cardiovascolari (Alter *et al.*, 1999), non spiegabile con una maggiore morbosità. I più ampi consumi delle donne in età adulta vengono generalmente motivati con le necessità della gravidanza e della menopausa (*Figura 1*). Gli indici di consumo devono quindi tenere conto delle differenze nella composizione per età della popolazione di riferimento; in questo *Rapporto* ciò è stato ottenuto standardizzando i dati di consumo per età e sesso.

L'analisi è stata compiuta considerando gli stessi fattori che vengono usati per la valutazione dell'attività ospedaliera: la struttura che eroga le prestazioni, i consumi delle popolazioni e il luogo dove le prestazioni vengono fruite.

L'esame della letteratura ha evidenziato alcuni indicatori utili: un indicatore di struttura (la densità assoluta dell'offerta, *Box 2*), e lo studio nello stesso contesto dell'indice di consumo per 1.000 abitanti e della mobilità allo stesso modo usato nei diagrammi origine/destinazione per i ricoveri ospedalieri (Rimondi, Donatini, 1998; Virgilio, 2000).

**Figura 1.** Indice di consumo di prestazioni di specialistica ambulatoriale per 1.000 abitanti per età e sesso. Anno 2002



**Box 2.** Scelta degli indicatori di struttura

*La pubblicazione di uno studio della Regione Lazio (Petrelli et al., 2002) ha fornito utili strumenti per l'analisi della struttura di erogazione. Ai fini della descrizione è stato usato il concetto di "punto di offerta" come unità elementare di rilevazione corrispondente alla presenza di una disciplina presso una struttura pubblica o privata. Valutando il numero di discipline disponibili in relazione alla popolazione si ha una misura dell'accessibilità alle prestazioni dal punto di vista dell'utente, per il quale la presenza fisica di un ambulatorio specialistico è espressione della disponibilità della struttura assistenziale. Il numero di punti di offerta in rapporto alla popolazione fornisce la densità assoluta dell'offerta (DAO) per ogni unità di territorio.*

*È stato scelto il Distretto come unità elementare di analisi in quanto unità amministrativa più vicina agli utenti; sono tuttavia indicati anche i totali per area provinciale.*

*La rilevazione dei punti di offerta è stata corretta per il volume di produzione. Si è infatti rilevato che il semplice conteggio delle discipline presenti valuta allo stesso modo sedi che producono prestazioni con volumi molto diversi (ad esempio strutture aperte per 40 ore settimanali, con più ambulatori in funzione, e sedi che erogano attività fino a una sola ora di apertura settimanale). Si è pertanto proceduto alla pesatura dei punti di offerta sulla base del volume delle prestazioni erogate in relazione alla media regionale (posta uguale a 1) per ogni disciplina, e si sono quindi ricavati i punti di offerta equivalenti di cui è dotato ciascun Distretto.*

*Le valutazioni sulla densità dell'offerta specialistica derivano dall'applicazione di questi indicatori alla realtà dell'Emilia-Romagna.*

Un problema rilevante è stata la scelta tra le branche o le discipline come articolazioni cui fare riferimento. Come noto infatti l'attività di specialistica ambulatoriale viene svolta sia dai medici ospedalieri (o comunque dipendenti delle Aziende sanitarie) sia dai medici specialisti convenzionati. Mentre per i primi è possibile e doveroso fare riferimento all'Unità operativa di appartenenza identificata dalla disciplina, per i secondi non esiste una struttura di appartenenza ma solo una dipendenza funzionale. Peraltro, l'attività svolta dai convenzionati è contenuta nell'elenco di prestazioni della branca di appartenenza, che rappresenta quindi un contenitore certo di prestazioni eseguibili, mentre per i medici ospedalieri questo limite non esiste e le prestazioni offerte sono determinate dalla competenza individuale, verificata dal responsabile dell'Unità operativa e dall'inserimento nel catalogo delle prestazioni offerte dall'Azienda di appartenenza (oltre che naturalmente dall'essere comprese nei livelli essenziali di assistenza).

Il nomenclatore tariffario non comprende molte articolazioni importanti (ad esempio pediatria, medicina del lavoro, medicina dello sport, ecc.) in quanto non incluse nella convenzione della specialistica. È per questi motivi (Lattuada *et al.*, 1998; Pisani *et al.*, 2003) e per l'evidente facilità di raccordo tra i dati di ricovero delle articolazioni ospedaliere (che coprono la grandissima parte di specialistica ambulatoriale) e gli altri dati (ad esempio quelli di costo) che ci si è orientati a utilizzare la disciplina quale articolazione cui attribuire l'attività di specialistica ambulatoriale. Tuttavia, la possibilità di recuperare i dati per branca rimane utilizzando i codici delle prestazioni.

Proprio per i problemi legati alla classificazione in branche rappresentati da quanto indicato in precedenza, alla presenza di numerose prestazioni comuni a molte branche e quindi non univocamente indicate, e alla presenza di prestazioni "altre" non inquadrata in alcuna branca, in Emilia-Romagna le prestazioni elencate nel nomenclatore nazionale sono state aggregate in gruppi che mantengono un elevato potere informativo pur riducendo il numero. Queste aggregazioni sono state individuate sulla base della finalità della prestazione (diagnostica o terapeutica), del luogo di effettuazione (ambulatorio chirurgico, sala operatoria, altro tipo di ambulatorio) e della metodica usata.

Il lavoro di definizione dei gruppi è stato presentato nel *Primo rapporto sull'attività specialistica ambulatoriale* prodotto nell'anno 2000 dal Servizio Distretti sanitari e dal Servizio sistema informativo (Fadda *et al.*, 2001) ed è stato più volte sottoposto a verifica. L'ultima edizione delle aggregazioni è disponibile sul sito della Regione Emilia-Romagna tra le tabelle di riferimento del flusso ASA <http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/>

## 2.1. Base dei dati

La base dei dati utilizzata per l'analisi è rappresentata dal flusso ASA dell'anno 2002. È stato scelto questo anno in quanto recente e perché è il primo nel quale la raccolta dei dati è stata estesa a tutte le strutture pubbliche e private. I dati sono stati sottoposti a correzione mediante il confronto con l'anagrafe delle strutture determinata dal flusso ministeriale STS 11.

Un primo esame ha rivelato che su 487 strutture, 83 - con 136 punti di offerta - erano inadempienti (pari al 17%). Con la collaborazione dei referenti aziendali per il sistema informativo e per la specialistica ambulatoriale di tutte le Aziende sanitarie sono stati recuperati i dati di struttura (discipline per le quali è stata erogata specialistica ambulatoriale nel 2002) e una stima dei dati di produzione. È stata inoltre effettuata una verifica di tutti i casi di produzione numericamente incongrua (punti di erogazione con meno di 100 prestazioni all'anno) al fine di eliminare punti di erogazione creati da errori di codifica. È stato infine chiesto alle Aziende di confermarli o meno: in tal modo ne sono stati depennati 151.

Sono inoltre stati identificati ed eliminati 20 casi di duplicazioni delle strutture legate a caratteristiche del flusso di dati (poliambulatori dei Distretti posti accanto a quelli ospedalieri ma da questi distinti perché afferenti a un'altra Direzione e quindi contati separatamente). In questo modo si è ottenuta una buona correzione del flusso ASA (*Tabella 2*) che ora ha un notevole grado di accuratezza e un'ottima interrelazione tra l'anagrafe delle strutture che erogano specialistica ambulatoriale (presenti nelle tabelle di riferimento pubblicate sul sito) e il flusso ministeriale STS 11. La Circolare n. 13 del 4 luglio 2003 descrive i controlli di qualità del flusso ASA (Regione Emilia-Romagna, 2003b).

**Tabella 2.** Correzioni apportate al flusso ASA 2002

Aree provinciale	Situazione di partenza		Inadempienti		Punti offerta incongrui	Situazione finale	
	strutture	punti di offerta	strutture	punti di offerta		strutture	punti di offerta
PC	24	190	1	2	0	25	192
PR	38	295	20	39	9	58	325
RE	51	330	1	1	19	52	312
MO	69	476	0	3	51	69	428
BO	112	829	16	20	25	128	824
FE	32	333	0	0	25	32	308
RA	14	177	42	68	15	56	230
FO	26	116	0	0	0	26	116
CE	21	157	3	3	4	24	156
RN	17	136	0	0	3	17	133
<i>Regione</i>	<i>404</i>	<i>3.039</i>	<i>83</i>	<i>136</i>	<i>151</i>	<i>487</i>	<i>3.024</i>

Al termine delle operazioni di correzione sono state contate tutte le strutture che hanno inviato dati ASA nel corso del 2002 e le discipline per le quali ciascuna struttura ha inviato (o avrebbe dovuto inviare) dati; è stata infine calcolata la somma delle discipline/ punti di offerta per ogni Distretto sanitario (colonna "situazione finale" di *Tabella 2*). Pur possedendo stime sulla produzione delle strutture inadempienti, non è stato possibile utilizzarle per adeguare i dati dei consumi, per cui le tabelle relative risentono del mancato invio (*Tabella 3; Figure 3, 4, 5, 6*). Le stime fatte hanno però permesso di definire che la perdita di dati - localizzata in particolare nelle Aziende di Parma (strutture private) e Ravenna - ha riguardato meno del 5% della produzione, in quanto si trattava di strutture di piccole dimensioni (consultori o privati monospecialisti). Un *deficit* di questa entità non cambia sostanzialmente le informazioni e quindi le valutazioni. Ci si ripromette comunque di ripetere le elaborazioni con i dati 2003 non appena saranno completati e validati.

Decisamente peggiore è la situazione della banca dati per quanto riguarda la valutazione dei tempi di attesa effettivi. Nei primi 9 mesi del 2003 (i dati 2002 erano troppo lacunosi per essere usati a questo scopo) sui 39.316.938 *record* pervenuti, in 21.391.103 il campo "modalità di presentazione" è stato compilato con codici riguardanti la programmabilità della prestazione, sui quali si è basata la valutazione. Il 17,6% di questi *record* era privo dell'indicazione della data di prenotazione, mentre nel 36,4% dei casi essa coincideva con quella di effettuazione. In sostanza, la valutazione si è basata sul 46% rimanente di *record*.

Il livello di compilazione è stato molto diseguale tra le Aziende, per cui in alcuni casi non è stato possibile fare alcuna valutazione (Aziende USL di Piacenza, Modena, Bologna Sud, Ferrara, Azienda ospedaliera di Modena), mentre in altri è stato possibile solo per alcune aggregazioni di prestazioni (Aziende USL di Bologna Nord, Ravenna, Forlì, Azienda ospedaliera di Ferrara). Per questi motivi nelle tabelle relative ai tempi di attesa è stata indicata la percentuale dei dati utilizzabili per ciascuna Azienda e sono presentati i valori solo per quelle situazioni che avevano un minimo del 30% di dati utilizzabili (percentuale di *record* di prestazioni programmabili con data di prenotazione diversa da quella di prenotazione).

I Distretti sono stati classificati come:

- urbani: almeno 120.000 abitanti e minimo 66% residenti nel comune capoluogo;
- pianura: minimo 66% abitanti residente in pianura, nessun comune classificato come di montagna;
- montagna: minimo 66% abitanti risiede in comune di montagna (o collina interna).

I Distretti che non rientravano in questi parametri sono stati classificati come misti. I dati sono ricavati dal volume *I Distretti nella Regione Emilia-Romagna* pubblicato dall'Agenzia sanitaria regionale (Mall, Cetani, 2003).

## 2.2. Densità dell'offerta

Le strutture che hanno erogato specialistica ambulatoriale nel corso del 2002 sono in totale 487, delle quali 169 private (34,7%) e 318 pubbliche (65,3%); queste ultime sono rappresentate dalle articolazioni delle Aziende territoriali (inclusi i consultori che erogano attività di ostetricia e ginecologia, ed escluse le articolazioni di tipo psichiatrico) e dalle Aziende ospedaliere/IRCCS (*Box 1*).

La situazione all'interno della regione non è uniforme: mentre nelle Aziende USL di Piacenza e della provincia di Bologna la distribuzione pubblico-privato si avvicina a quella generale dell'Emilia-Romagna (1/3 privato e 2/3 pubblico), in altri casi si ha una forte prevalenza di strutture pubbliche (Ferrara, Reggio Emilia, Cesena, Forlì, Ravenna), mentre nel caso di Rimini e Modena il numero delle strutture private supera quello delle pubbliche. In 11 Distretti su 42 non sono presenti strutture private accreditate.

I punti di offerta (numero di discipline presenti nelle strutture di erogazione) rilevati sono 3.024, con preponderanza dell'offerta pubblica (80%). La configurazione delle strutture pubbliche è per lo più plurispecialistica, mentre le strutture private hanno più spesso una configurazione monospecialistica. La densità assoluta (DAO) della struttura dedicata alla specialistica ambulatoriale è di 74 punti di offerta per 100.000 abitanti con una variabilità tra le province da 89 (Bologna e Ferrara) a 48 (Rimini). Le altre aree provinciali si dispongono su valori vicini alla media regionale: Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena, Forlì e Cesena (*Tabella 3*).

La pesatura per volume di produzione (DOP) cambia l'ordine di dotazione, soprattutto per le province in cui le Aziende sanitarie hanno la produzione concentrata in poche ma grosse strutture: Ravenna e Rimini escono dal gruppo delle province con ridotta densità di offerta per attestarsi molto vicine alla media regionale, mentre vi entrano Piacenza e Cesena.

**Tabella 3.** Densità dell'offerta assoluta (DAO) e pesata per livello di produzione (DOP) relative a 100.000 abitanti. Aree provinciali. Anno 2002

Area provinciale	Popolazione	Punti offerta	Punti offerta pesati	DAO	DOP
Piacenza	268.312	192	122,7	72	46
Parma	404.722	325	304,6	80	75
Reggio Emilia	468.552	312	307,9	67	66
Modena	644.289	428	447,2	66	69
Bologna	927.820	824	840,0	89	91
Ferrara	346.826	308	318,2	89	92
Ravenna	356.903	230	242,0	64	68
Forlì	173.780	116	141,4	67	81
Cesena	188.438	156	109,8	83	58
Rimini	279.774	133	190,2	48	68
<i>Totale regionale</i>	<i>4.059.416</i>	<i>3.024</i>	<i>3.024</i>	<i>74</i>	<i>74</i>

In generale la distribuzione della densità dell'offerta, sia assoluta sia pesata per volume di produzione conferma che le province di Bologna e di Ferrara sono più dotate delle altre di strutture erogative, soprattutto nei distretti dei capoluoghi. Sul versante opposto, la provincia di Piacenza appare ai livelli inferiori per entrambi i parametri: in questo caso la dotazione del capoluogo sembra non compensare quella del resto della provincia. La differenza tra le province limitrofe di Ferrara e Ravenna appare stridente: hanno una numerosità della popolazione del tutto simile, una situazione orografica analoga, eppure hanno densità dell'offerta pesata completamente diverse (rispettivamente, 92 punti per 100.000 abitanti, contro 68).

La distribuzione della DOP in ordine crescente (*Tabella 4, Figura 2*) permette di individuare i Distretti appartenenti all'area compresa tra il 25° e il 75° percentile che può essere considerata "normale", mentre quelli collocati sotto al 25° percentile della distribuzione sono classificabili come meno dotati di strutture rispetto alla situazione generale della regione; per questi Distretti sono pensabili azioni di incremento/ conversione di strutture. I Distretti collocati oltre il 75° percentile sono invece definibili come dotati di una struttura di erogazione superiore al normale: in questi casi, l'incremento della struttura appare scarsamente giustificato.

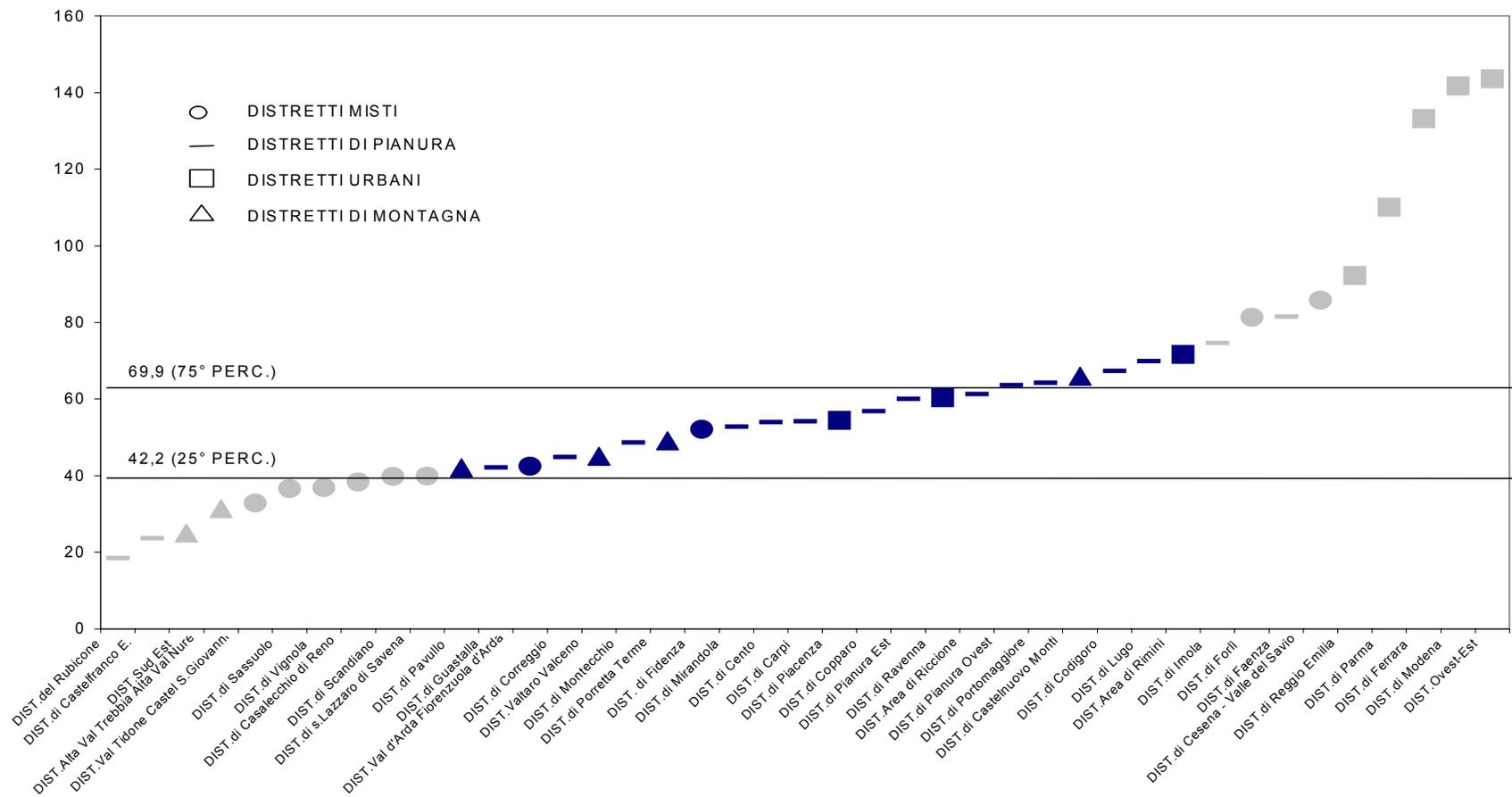
**Tabella 4.** Punti di offerta pesati per 100.000 abitanti, in ordine crescente. 42 Distretti Regione Emilia-Romagna

Area provinciale	Distretto	Punti offerta	DO pesata
Cesena	Rubicone (M)	52	18,52
Modena	Castelfranco Emilia (P)	21	23,66
Parma	Sud Est (M)	38	24,98
Piacenza	Alta Val Trebbia - Val Nure (M)	36	31,41
Piacenza	Val Tidone Castel San Giovanni (X)	33	32,63
Modena	Sassuolo (X)	72	36,62
Modena	Vignola (X)	44	36,89
Bologna	Casalecchio di Reno (M)	94	38,38
Reggio Emilia	Scandiano (M)	33	39,77
Bologna	San Lazzaro di Savena (X)	65	39,87
Modena	Pavullo (M)	30	42,02
Reggio Emilia	Guastalla (P)	51	42,12
Piacenza	Val d'Arda Fiorenzuola d'Arda (X)	57	42,45
Reggio Emilia	Correggio (P)	42	44,92
Parma	Valtaro Valceno (M)	59	45,04
Reggio Emilia	Montecchio (X)	36	48,65
Bologna	Porretta Terme (M)	78	49,07
Parma	Fidenza (P)	81	52,08
Modena	Mirandola (P)	73	52,79
Ferrara	Cento (P)	40	54,01
Modena	Carpi (P)	58	54,17
Piacenza	Piacenza (U)	66	54,44
Ferrara	Copparo (P)	47	56,83
Bologna	Pianura Est (P)	133	60,00
Ravenna	Ravenna (U)	91	60,39
Rimini	Riccione (P)	48	61,27
Bologna	Pianura Ovest (P)	40	63,65
Ferrara	Portomaggiore (P)	65	64,25
Reggio Emilia	Castelnuovo Monti (M)	31	65,94
Ferrara	Codigoro (P)	81	67,31
Ravenna	Lugo (P)	70	69,91
Rimini	Rimini (U)	85	71,63
Bologna	Imola (P)	64	74,61
Forlì	Forlì (X)	116	81,34
Ravenna	Faenza (X)	69	81,54
Cesena	Cesena - Valle del Savio (U)	104	85,82
Reggio Emilia	Reggio Emilia (U)	119	92,21
Parma	Parma (U)	147	110,06
Ferrara	Ferrara (U)	75	133,16
Modena	Modena (U)	130	141,69
Bologna	Ovest Est (U)	350	143,59

*Legenda*

P = pianura    U = urbano    M = montagna    X = misto

**Figura 2.** Punti di offerta pesati x 100.000 abitanti per Distretto. Anno 2002



### **2.3. Utilizzazione (consumi)**

La Tabella 5 riguarda l'indice di consumo (rapporto tra le prestazioni utilizzate dai cittadini di una determinata popolazione e il numero di tali cittadini) per 1.000 abitanti standardizzato per età e sesso. È costruita per aggregazioni di prestazioni e vi è indicata anche la proporzione di prestazioni che sono state fruite entro l'area provinciale, fuori da questa ma in Emilia-Romagna, e fuori regione. Il totale delle tre componenti indica il consumo complessivo di specialistica ambulatoriale ovunque effettuato.

Con questa rappresentazione si è cercato di spiegare il concetto di "autosufficienza territoriale" nel campo della specialistica ambulatoriale, evidenziando i casi nei quali i flussi degli utenti al di fuori dell'area provinciale sono significativi. Come si può notare, tali flussi sono molto ridotti, riguardano prevalentemente movimenti di utenti all'interno della regione e solo nel caso di Piacenza si configurano come migrazioni significative fuori dal territorio regionale.

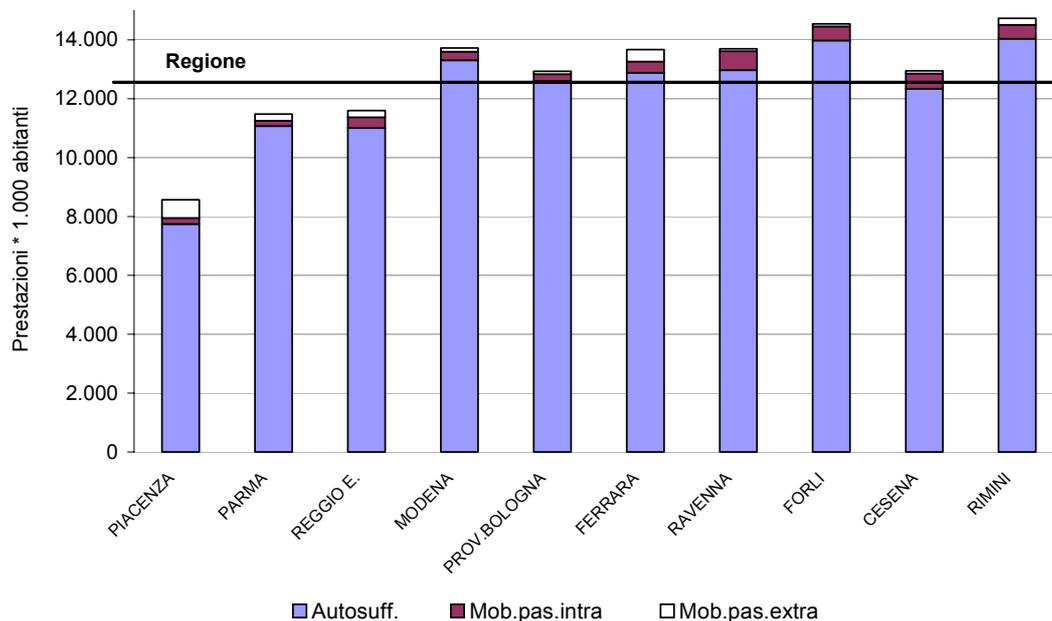
Nel 2002 i cittadini dell'Emilia-Romagna hanno consumato 56.751.260 prestazioni di specialistica pari a un tasso di utilizzo di 12.767 prestazioni ogni 1.000 abitanti, delle quali 40.704.652 di laboratorio (9.535 ogni 1.000 abitanti). Le seconde più numerose sono le visite, per le quali si rilevano 1,2 ricorsi a testa all'anno.

L'esame dei dati conferma una grande diversità nel ricorso alla specialistica ambulatoriale tra le varie aree provinciali, con fenomeni difficili da spiegare con valutazioni di carattere epidemiologico (*Figura 3*). Il caso delle visite è forse il più emblematico per indicare le differenze dei consumi tra aree provinciali. La media regionale di 1.182 visite per 1.000 residenti non è molto rappresentativa, visto che almeno quattro province consumano meno di una visita all'anno per cittadino, mentre vi sono tre casi che superano le 1.300 visite ogni 1.000 residenti, con punte di 1.572 a Ferrara e di 1.354 a Bologna. Se non si contano gli esami di laboratorio, Ravenna è abbondantemente sotto i consumi medi regionali (*Figura 4*).

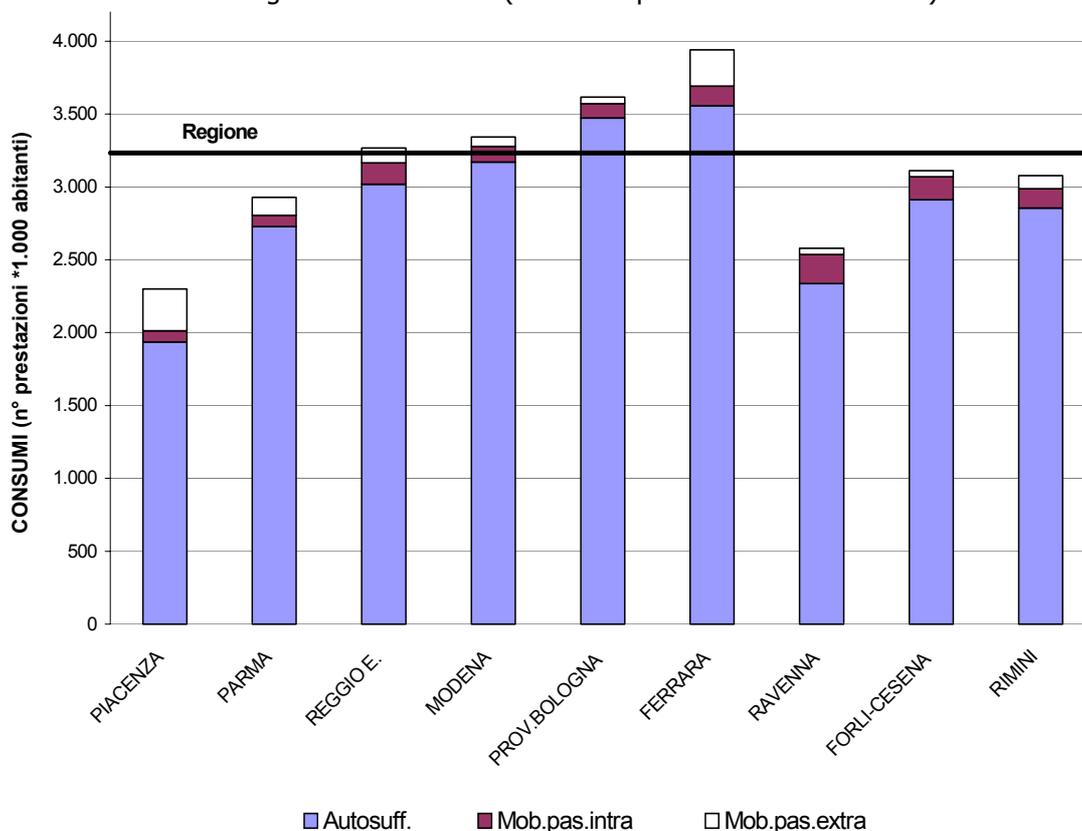
**Tabella 5.** Indice di consumo pesato per 1.000 abitanti per area provinciale. Anno 2002

	PC	PR	RE	MO	BO	FE	RA	FO	CE	RN	RER
<b>Laboratorio</b>											
Totale	6.260	8.550	8.324	10.372	9.309	9.723	11.111	11.057	10.186	11.649	9.535
Prodotte nell'area	93%	98%	96%	98%	98%	96%	96%	97%	96%	96%	97%
Prodotte in RER	2%	1%	3%	2%	1%	3%	4%	2%	3%	3%	2%
Prodotte fuori RER	5%	1%	1%	1%	1%	2%	0%	0%	0%	1%	1%
<b>Visite</b>											
Totale	768	1.221	1.209	1.170	1.354	1.572	790	1.308	974	989	1.182
Prodotte nell'area	84%	95%	94%	95%	96%	94%	87%	93%	92%	92%	94%
Prodotte in RER	5%	2%	4%	4%	3%	3%	11%	6%	7%	5%	4%
Prodotte fuori RER	11%	3%	2%	2%	1%	3%	2%	1%	2%	3%	2%
<b>Diagnostica</b>											
Totale	735	946	1.154	1.260	1.220	1.376	842	1.250	935	1.366	1.135
Prodotte nell'area	79%	91%	91%	94%	95%	91%	89%	94%	90%	95%	92%
Prodotte in RER	3%	3%	5%	3%	3%	3%	9%	5%	8%	2%	4%
Prodotte fuori RER	19%	6%	4%	3%	2%	6%	2%	1%	2%	3%	4%
<b>Riabilitazione</b>											
Totale	410	378	524	557	628	511	570	463	535	458	527
Prodotte nell'area	91%	93%	95%	97%	97%	82%	97%	97%	97%	97%	95%
Prodotte in RER	1%	4%	2%	1%	2%	3%	2%	3%	2%	1%	2%
Prodotte fuori RER	8%	3%	3%	1%	1%	15%	1%	1%	1%	2%	3%
<b>Terapeutiche</b>											
Totale	387	384	378	356	411	480	364	461	312	259	384
Prodotte nell'area	87%	94%	90%	93%	96%	86%	92%	88%	81%	77%	91%
Prodotte in RER	5%	2%	6%	4%	3%	5%	7%	11%	17%	18%	6%
Prodotte fuori RER	8%	4%	3%	3%	1%	9%	1%	1%	2%	4%	3%
<b>Totale</b>											
Totale	8.561	11.479	11.591	13.716	12.927	13.666	13.689	14.540	12.944	14.727	12.767
Prodotte nell'area	90%	96%	95%	97%	97%	94%	95%	96%	95%	95%	96%
Prodotte in RER	2%	2%	3%	2%	2%	3%	5%	3%	4%	3%	3%
Prodotte fuori RER	7%	2%	2%	1%	1%	3%	1%	1%	1%	2%	2%

**Figura 3.** Indice di consumo standardizzato per età, compresa la mobilità passiva extra-regionale. Anno 2002 (escluso il Pronto soccorso)



**Figura 4.** Indice di consumo standardizzato per età, compresa la mobilità passiva extra-regionale. Anno 2002 (escluse le prestazioni di laboratorio)



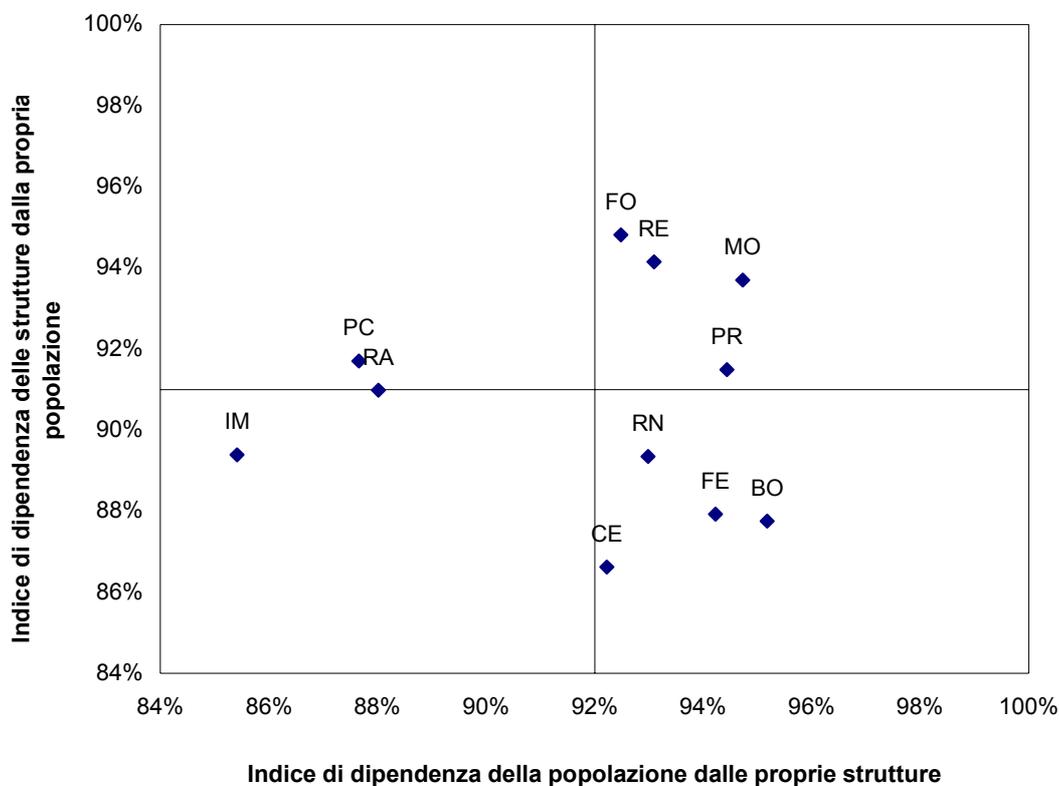
Le prestazioni di laboratorio analisi per la loro numerosità condizionano qualsiasi risultato: rappresentano infatti quasi il 72% di tutte le prestazioni; per questo motivo sono state generalmente escluse dalle rappresentazioni successive. Tolto quindi il laboratorio analisi, la popolazione con i valori più elevati è quella di Ferrara che ha i massimi consumi in tutte le aggregazioni di prestazioni tranne la riabilitazione, nella quale eccelle Bologna.

Si è poi cercato di valutare l'attrazione esercitata dalle strutture usando i diagrammi di posizione determinati dagli indici di dipendenza delle strutture dalla popolazione e da quelli delle popolazioni dalla struttura, ricavabili dalle matrici origine/destinazione già usate per i ricoveri ospedalieri (Rimondi, Donatini, 1998). L'analisi è stata condotta sulle visite, che rappresentano le prestazioni con un alto grado di omogeneità al loro interno e sono ritenute le più aderenti alla descrizione dei bisogni di salute. Il risultato ottenuto distribuendo le aree provinciali sul diagramma fornisce indicazioni importanti sulla relazione tra le popolazioni e le strutture del territorio al quale queste appartengono (*Figura 5*).

Questi diagrammi non permettono tuttavia un confronto in relazione ai diversi indici di consumo, di cui si deve invece tenere conto. Seguendo un'esperienza recentemente realizzata presso l'Azienda USL di Ferrara, si è quindi provato a disporre in un diagramma di dispersione i valori di ciascun Distretto relativamente ai consumi per 1.000 abitanti e alla mobilità (intra ed extra-regionale) per tutte le prestazioni tranne il laboratorio analisi (*Figura 6*). In particolare, i valori dei parametri sono stati disposti sui due assi in serie crescente segnalando per ciascuno i valori corrispondenti al 25° e al 75° percentile. L'area individuata dall'intersezione delle linee sorgenti da questi ultimi valori contiene quindi il 50% centrale dei consumi e della mobilità passiva, registrato dai seguenti Distretti:

<b>3</b> Val d'Arda ( PC )	<b>13</b> Castelnuovo Monti (RE)	<b>30</b> Cento (FE )
<b>5</b> Fidenza (PR)	<b>14</b> Carpi (MO)	<b>36</b> Lugo (RA)
<b>8</b> Montecchio (RE)	<b>15</b> Mirandola ( MO)	<b>41</b> Riccione (RN)
<b>10</b> Guastalla (RE)	<b>17</b> Sassuolo (MO)	
<b>11</b> Correggio (RE)	<b>21</b> Porretta (BO)	

**Figura 5.** Diagramma di posizione delle aree provinciali sulla base della matrice origine/destinazione. Prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite. Anno 2002



*Interpretazione*

*Quadrante in alto a sinistra*

Ridotta utilizzazione diretta e scarsa capacità attrattiva.

*Quadrante in alto a destra*

Limitata incidenza dei flussi di mobilità in entrata e uscita. I residenti trovano verosimilmente risposta adeguata alle loro esigenze nelle strutture dell'ambito territoriale di residenza e l'offerta soddisfa in primo luogo la popolazione di riferimento.

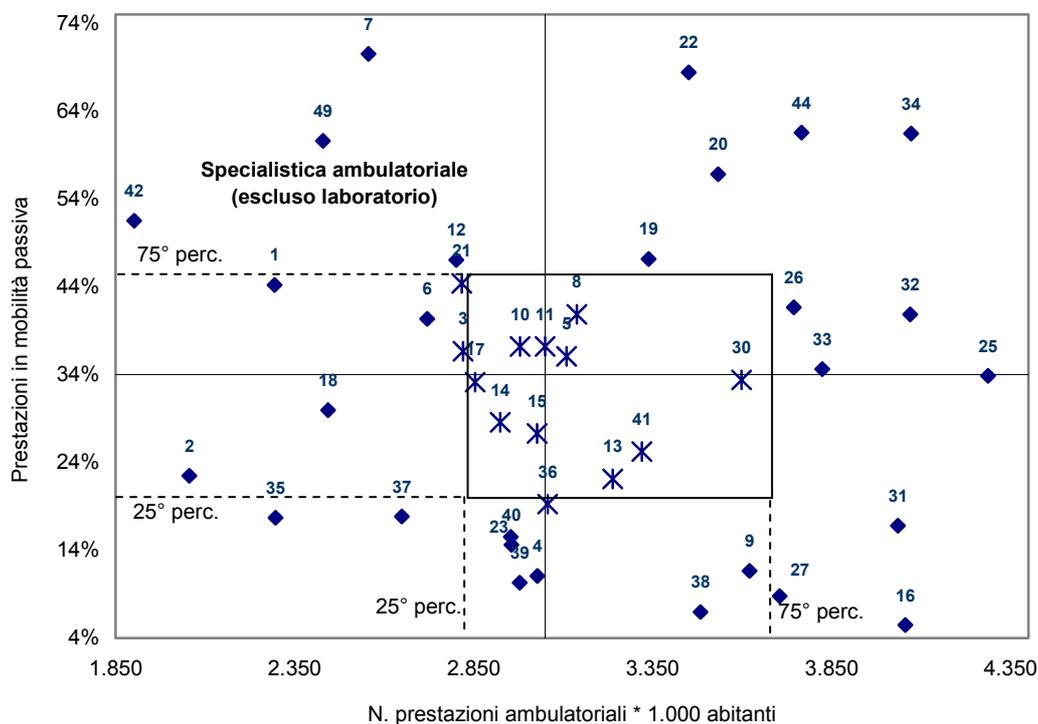
*Quadrante in basso a sinistra*

I cittadini residenti utilizzano le proprie strutture in misura ridotta, mentre i flussi immigratori sono elevati. Questo potrebbe segnalare un bacino di utenza effettivo diverso dall'ambito aziendale.

*Quadrante in basso a destra*

Aziende con buone potenzialità di attrazione nei confronti di cittadini residenti al di fuori del territorio di riferimento e che allo stesso tempo riescono a soddisfare la domanda di prestazioni espressa dai residenti.

**Figura 6.** Diagramma di dispersione dei 42 Distretti sulla base degli indici di consumo e della mobilità passiva per tutte le prestazioni, tranne il laboratorio analisi



Sulla base della posizione dei Distretti che escono dal 50% centrale per uno o per entrambi i parametri, in più o in meno, si possono individuare dei gruppi di Distretti aggregabili per posizioni simili.

- I Distretti in alto a destra sono caratterizzati da alti consumi e da alta mobilità passiva. I Distretti 34 di Copparo (FE) e 44 di Castelfranco Emilia (MO) escono per entrambi i parametri; 25 Pianura Est (BO), 32 Portomaggiore (FE), 33 Codigoro (FE) e 26 Pianura Ovest (BO) escono solo per l'eccesso dei consumi; 22 San Lazzaro (BO), 20 Casalecchio (BO) e 19 Vignola (BO) solo per la mobilità passiva. In questi casi potrebbero essere utili delle politiche che promuovano l'appropriatezza dei consumi, ma anche la qualificazione dell'offerta, permettendo agli utenti di trovare in luoghi vicini prestazioni che oggi sembrano cercare in altre sedi.
- In alto a sinistra si trovano i Distretti con consumi non elevati ma effettuati per lo più fuori dal territorio di residenza (in media 40%, con picchi fino al 72%). Si tratta soprattutto di Distretti di montagna (Parma Sud Est e Val Taro, Piacenza Val Trebbia e Val Tidone) che richiedono un'assistenza in termini di trasporti pubblici verso le sedi della propria Azienda oppure la dotazione di strutture utili almeno per qualche percorso ambulatoriale qualificato per le patologie più frequenti o più gravi.

- In basso a sinistra vi sono i Distretti con livelli di utilizzo complessivi effettuati prevalentemente entro il proprio ambito (mobilità passiva > 33%):

<b>2</b> Urbano (PC)	<b>37</b> Faenza (RA)	<b>39</b> Cesena
<b>35</b> Ravenna	<b>23</b> Imola (BO)	<b>4</b> Parma
<b>18</b> Pavullo (MO)	<b>40</b> Rimini	

Questi casi possono essere probabilmente accomunati ai Distretti dell'area centrale, anche se dovrebbe essere condotta un'analisi specifica su quelli che presentano consumi particolarmente bassi (Piacenza, Ravenna, Pavullo). Bisognerebbe cercare le cause del fenomeno considerando i problemi nel flusso dei dati, il ricorso massiccio alla libera professione (non volontariamente scelta), *deficit* di assistenza, o anche aspetti più positivi quali un migliore stato di salute o la maggiore esperienza dei MMG.

- In basso a destra si trovano i Distretti ad alta utilizzazione principalmente presso il proprio ambito territoriale:

<b>16</b> Modena	<b>27</b> Bologna	<b>9</b> Reggio Emilia
<b>31</b> Ferrara		<b>38</b> Forlì

In questo caso sia la domanda che l'offerta vanno messe sotto controllo direttamente oppure rivalutando sedi periferiche che possano assorbire parte dell'affollamento di queste sedi.

Per ultimo, si è provato a distribuire i Distretti sulla base degli indici di consumo e di mobilità passiva solo per alcune prestazioni definite di base - e quindi da erogare presso qualsiasi Distretto - tratte da un elenco elaborato da un gruppo di lavoro dell'Area metropolitana di Bologna per la pianificazione dei servizi della futura Azienda USL di Bologna.

### ***Elenco delle prestazioni specialistiche di base scelte***

---

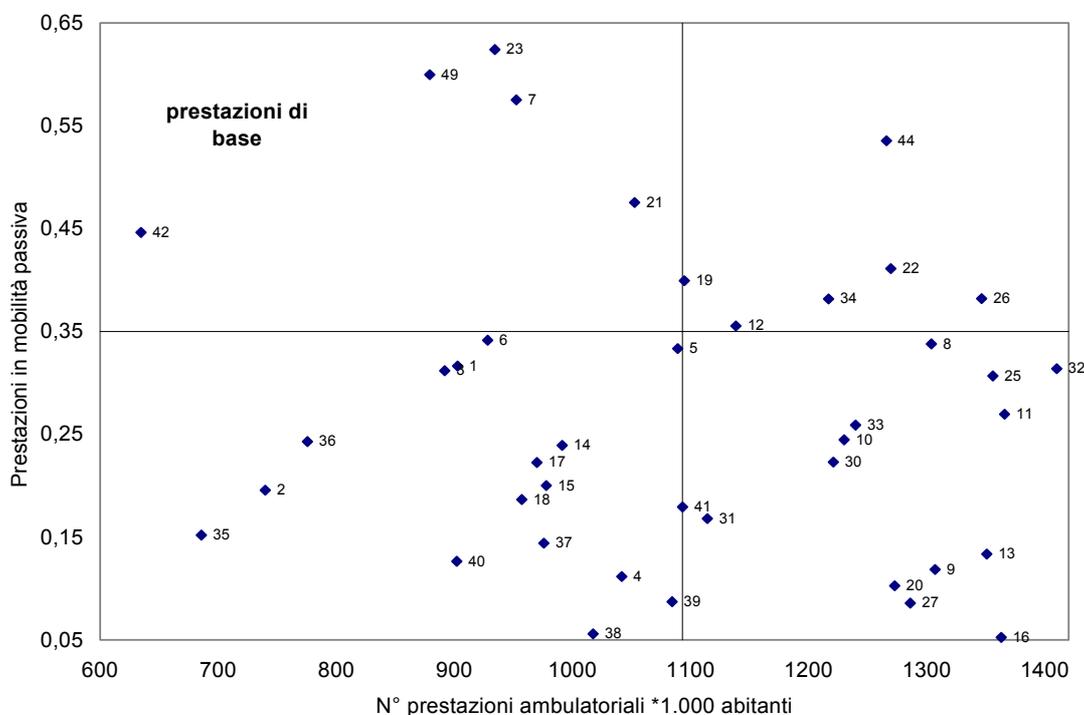
Visite: tutte	Gastroscopia
Audiometria	Ecografia ginecologica
Ecografia prostatica	Colonscopia
ECG	Campo visivo
Trattamenti riabilitativi LEA	Trattamenti odontoiatrici LEA
Trattamenti terapeutici dermatologici	RX tradizionale
Ecocardiografia	Ecografie internistiche
Chirurgia ambulatoriale	Mammografia
Spirometria	MOC
Ecocolordoppler	

---

Il risultato di questa distribuzione permette alcune osservazioni aggiuntive (Figura 7). Le disuguaglianze tra i Distretti nel ricorso a queste prestazioni di specialistica di base sono molto ampie e difficilmente giustificabili; è comunque possibile fare alcuni raggruppamenti:

- indici di consumo per 1.000 abitanti inferiori a 800 prestazioni/anno: 42 Val Trebbia (PC); 35 Ravenna; 2 Urbano (PC); 36 Lugo;
- indici di consumo per 1.000 abitanti superiori a 1.300 prestazioni/anno: 8 Montecchio; 9 Reggio Emilia; 11 Correggio; 13 Castelnuovo Monti; 16 Modena; 25 Pianura Est; 26 Pianura Ovest (AUSL BO Nord); 32 Portomaggiore;
- mobilità passiva superiore al 35%: 7 Parma Sud Est; 12 Scandiano; 19 Vignola; 21 Porretta; 22 San Lazzaro; 23 Imola; 26 Pianura Ovest (BO Nord); 34 Copparo; 42 Piacenza Val Trebbia; 44 Castelfranco Emilia; 49 Rubicone.

**Figura 7.** Diagramma di posizione di alcune prestazioni specialistiche di base



## 2.4. Sintesi delle indicazioni

Al termine del percorso di ricerca e applicazione degli indicatori di dotazione di strutture, consumi e mobilità per la specialistica ambulatoriale, è possibile trarre una sintesi delle informazioni per ottenere una classificazione dei Distretti in gruppi omogenei e potere quindi individuare linee di azione simili per i vari casi. Nella Tabella 15 si è provato a realizzare questa sintesi accostando alla DOP (usata come parametro principale) i valori già ottenuti e organizzati in ordine crescente per i vari indici.

**Tabella 6.** Sintesi finale degli indicatori di struttura e di consumo dei 42 Distretti dell'Emilia-Romagna. Anno 2002

Area provinciale	Distretto	DOP	Consumi	Mobilità passiva
Cesena	49 del Rubicone	B	B	A
Parma	07 Sud Est	B	B	A
Piacenza	42 Montagna	B	B	A
Piacenza	01 Val Tidone C. San Giovanni	B	B	A
Reggio Emilia	12 Scandiano	B	B	A
Modena	44 Castelfranco Emilia	B	A	A
Modena	19 Vignola	B	M	A
Bologna	20 Casalecchio di Reno	B	M	A
Bologna	22 San Lazzaro di Savena	B	M	A
Modena	17 Sassuolo	B	M	M
Modena	18 Pavullo	B	B	M
Reggio Emilia	10 Guastalla	B	M	M
Piacenza	03 Val d'Arda Fiorenzuola	M	M	M
Reggio Emilia	11 Correggio	M	M	M
Parma	06 Valtaro Valceno	M	B	M
Reggio Emilia	08 Montecchio	M	M	M
Bologna	21 Porretta Terme	M	M	M
Parma	05 Fidenza	M	M	M
Modena	15 Mirandola	M	M	M
Ferrara	30 Cento	M	M	M
Modena	14 Carpi	M	M	M
Piacenza	02 Urbano	M	B	M
Ravenna	35 Ravenna	M	B	M
Rimini	41 Riccione	M	M	M
Reggio Emilia	13 Castelnuovo Monti	M	M	M
Ravenna	36 Lugo	M	M	M
Ferrara	34 Copparo	M	A	A
Bologna	25 Pianura Est	M	A	M
Bologna	26 Pianura Ovest	M	A	M
Ferrara	32 Portomaggiore	M	A	M
Ferrara	33 Codigoro	M	A	M
Rimini	40 Rimini	A	M	B
Bologna	23 Imola	A	M	B
Forlì	38 Forlì	A	M	B
Ravenna	37 Faenza	A	B	M
Cesena	39 Cesena - Valle del Savio	A	M	B
Reggio Emilia	09 Reggio Emilia	A	M	B
Parma	04 Parma	A	M	B
Ferrara	31 Ferrara	A	A	B
Modena	16 Modena	A	A	B
Bologna	27/28 Ovest Est	A	A	B

*Legenda*

B = bassa    M = media    A = alta

L'operazione di raggruppamento dà il seguente risultato.

Gruppo 1, dal Distretto 49 al 22:

scarsa disponibilità di strutture e alta mobilità passiva; consumi in genere medio/bassi. Il quadro depone per un sottodimensionamento dell'offerta (tranne che per il Distretto 44 che ha anche il problema dell'eccesso del ricorso alla specialistica ambulatoriale). È l'unico caso nel quale un incremento dell'offerta va considerato come prima soluzione possibile.

Gruppo 2, dal 17 al 36:

dotazione di strutture, consumi e mobilità passiva che sfiorano o stanno nel pieno dell'equilibrio.

Gruppo 3, dal 34 al 33:

alti consumi e media/alta mobilità passiva non legata a un'ampia struttura dell'offerta. È necessario verificare in primo luogo il quadro epidemiologico ma la correzione dell'appropriatezza della domanda appare come la linea di azione prioritaria.

Gruppo 4, dal 40 al 27/28:

area dell'alta dotazione di strutture e frequente ricorso da parte degli utenti. Nel gruppo estremo (ultimi 3 Distretti) il fenomeno sembra non poter essere giustificato da argomentazioni di tipo epidemiologico ma solo dall'influenza che l'offerta esercita sulla domanda.

Questa classificazione naturalmente ha il massimo della propria significatività se riferita al gruppo delle prestazioni di base che devono per loro natura essere prodotte in quantità adeguata all'interno del Distretto di riferimento, oppure - se valutate incongrue (consumi eccessivi rispetto al comportamento medio regionale) - devono essere le prime a entrare in programmi di miglioramento dell'appropriatezza della domanda.



### 3. Tempi di attesa

I tempi di attesa sono l'indicatore più ovvio dello stato dell'equilibrio tra domanda e capacità produttiva e ciò che viene immediatamente percepito dal cittadino.

Per quanto riguarda l'Italia, occorre ricordare che l'abbattimento dei tempi di attesa per i ricoveri ospedalieri e per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali è segnalato come obiettivo prioritario già nel Piano sanitario nazionale 1998-2000 (DPR 23 luglio 1998), che indica quali strumenti principali di intervento

*"il pieno utilizzo delle risorse assistenziali disponibili e il miglioramento dell'appropriatezza delle prescrizioni attraverso l'adozione di linee guida condivise, garantendo il coinvolgimento dei medici prescrittori e una adeguata informazione ai cittadini".*

In Emilia-Romagna, gli obiettivi e gli *standard* di tempi massimi per le attese sono stati fissati a partire dal 1998 con vari provvedimenti (Regione Emilia-Romagna, 1998, 1999), anche in ossequio alla Legge 405/2001 che ha introdotto la procedura per la definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Un protocollo d'intesa con le organizzazioni sindacali su questa specifica materia siglato nel 2001 e recepito con Circolari dell'Assessorato alla sanità (Regione Emilia-Romagna, 2001a) ha individuato alcuni impegni precisi:

- uso di strategie diverse dal solo aumento dell'offerta, soluzione che si ritiene fallirà in tempi medio-lunghi;
- certezza della risposta e trasparenza dei criteri e delle modalità di accesso alle liste di attesa;
- equità di accesso sul territorio regionale (tempi di attesa simili) e loro eventuale riequilibrio sulla base della gravità e del tipo di patologia presentata;
- monitoraggio dei tempi massimi di attesa fissati dai Direttori generali delle Aziende sulla base degli *standard* indicati dalla Regione per le prestazioni programmabili e per quelle di urgenza;
- semplificazione dell'erogazione (debuocratizzazione).

### 3.1. Monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni programmate

La modalità più utile tra quelle proposte nel 1999 (Regione Emilia-Romagna, 1999) è l'indice di *performance*, cioè il numero di prenotazioni offerte entro il tempo massimo di 30 o 60 giorni (a seconda che si tratti di visita o di prestazione di diagnostica) per prestazioni scelte in quanto critiche ed espresso come percentuale sul totale. Il dato è presentato in tabelle che indicano quante Aziende sono state in grado di garantire gli *standard* ad almeno il 50% degli utenti. La Tabella 7 confronta le rilevazioni del 2000 e quelle del 2003 e testimonia un miglioramento del 14% per le visite specialistiche e dell'11% per le prestazioni di diagnostica. Permangono quindi problemi importanti per alcune prestazioni (visita oculistica) mentre altre situazioni si sono risolte (TAC).

Questo indice non rende ragione dell'entità completa del fenomeno: alcune Aziende infatti riescono a prenotare entro gli *standard* addirittura il 100% dei casi, ma non sono segnalate (Tabella 8).

**Tabella 7.** Confronto fra le Aziende che superano il 50% dell'indice di *performance* (IP) verso i tempi di attesa per le prestazioni critiche. Anni 2000 e 2003

	Rilevazione 2/10/2000			Rilevazione 1/10/2003			
	Aziende eroganti la prestazione	Aziende con IP $\geq$ 50%	%	Aziende eroganti la prestazione	Aziende con IP $\geq$ 50%	%	
<b>Visite</b>							
vis. oculistica	13	1	8	13	2	15	
vis. urologica	13	5	38	13	7	54	
vis. fisiatrica	13	5	38	13	12	92	
vis. endocrinologica	13	5	38	13	4	31	
vis. neurologica	13	6	46	13	7	54	
vis. ortopedica	13	9	69	13	9	69	
vis. oncologica	13	8	62	13	12	92	
vis. cardiologica	13	7	54	13	7	54	
<i>Totale</i>	<i>104</i>	<i>46</i>	<i>44</i>	<i>104</i>	<i>60</i>	<i>58</i>	<i>+14%</i>
<b>Prestazioni di diagnostica strumentale</b>							
EMG	11	8	73	13	10	77	
Ecocolordoppler	13	7	54	13	10	77	
Ecoaddome	13	10	77	13	8	62	
TAC cerebrale	13	9	69	13	13	100	
TAC addome	13	9	69	13	12	92	
RMN cerebrale	10	4	40	13	7	54	
RMN addome	8	5	63	13	8	62	
<i>Totale</i>	<i>81</i>	<i>52</i>	<i>64</i>	<i>91</i>	<i>68</i>	<i>75</i>	<i>+11%</i>

**Tabella 8.** Prospetto delle prestazioni con *performance* del 100% nelle varie Aziende. Dati ottobre 2003 \*

	PC	PR	AO PR	RE	AO RE	MO	AO MO	FE	AO FE	BO Sud	BO Nord	BO Città	AO BO	IOR	IM	RA	FO	CE	RN
visita oculistica														n.e.	X				
visita urologica	X		X		X									n.e.					
visita fisiatrica				X				X					X	X	X				
visita endocrino				X			X							n.e.					
visita neurologica	X													n.e.	X			X	
visita ortopedica				X												X			
visita oncologica		X	X	X	X	X	X		X	X	X	X		n.e.		X	X	X	X
visita cardiologica					X									n.e.	X				
elettromiografia	X			X										n.e.	X			X	
ecocolordoppler									X					n.e.					
eco addome				X										n.e.					
TAC cerebrale	X	X	X	X	X			X	X	X			X	n.e.	X	X	X	X	X
TAC addome	X	X		X	X		X	X	X	X			X	n.e.	X	X		X	X
RMN cerebrale			X	X	X			X						n.e.	X			X	X
RMN addome		X		X	X		X	X					X	n.e.	X				X

*Legenda*

n.e. non erogata

\* Nelle celle sono indicati con la X i casi di Aziende che sono state in grado di effettuare la prenotazione entro gli *standard* nel 100% dei casi.

Oltre a questo tipo di monitoraggio, dal 2003 è possibile anche la rilevazione del tempo effettivo di attesa (calcolato come differenza tra data di prenotazione e data di erogazione indicata dal flusso ASA) di tutte le prestazioni erogate, e non solo per quelle critiche. Le informazioni disponibili al momento della redazione di questo *Rapporto* (primi 9 mesi del 2003) evidenziano che l'81,7% di tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale è stato erogato entro 30 giorni e che il 90,7% è stato erogato entro i 60 giorni (*Tabella 9*).

**Tabella 9.** Tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali. Primi 9 mesi anno 2003. Percentuali di effettuazione delle prestazioni per categorie di tempi di attesa, escluse quelle di Pronto soccorso e quelle con tempo di attesa zero

<b>Tipologia prestazione</b>	<b>Totale</b>	<b>di cui programmate</b>	<b>data prenotaz. assente (v. %)</b>	<b>data prenotaz. assente (v. ass.)</b>	<b>entro 7 gg</b>	<b>entro 30 gg</b>	<b>entro 45 gg</b>	<b>entro 60 gg</b>	<b>entro 75 gg</b>	<b>entro 90 gg</b>	<b>oltre</b>
<i>Totale complessivo</i>	<i>39.316.938</i>	<i>21.931.103</i>	<i>17,6</i>	<i>3.861.508</i>	<i>41,5</i>	<i>81,7</i>	<i>87,4</i>	<i>90,7</i>	<i>93,1</i>	<i>95,3</i>	<i>4,7</i>
D11 RX	1.297.472	554.729	17,8	98.569	23,0	70,7	83	87,9	89,9	92,3	7,7
D12 TC	146.855	75.672	23,7	17.911	33,9	66,1	78,7	86,4	90,7	94,2	5,8
D13 RM	67.907	47.443	29,0	13.763	30,5	57,9	72,2	81,7	87,5	91,8	8,2
D14 Densitometria ossea	48.574	38.426	22,7	8.724	28,7	45,4	53,7	58,4	62	65,4	34,6
D2-D Strument. no radiazioni	1.806.672	1.088.115	22,8	248.573	17,7	44,7	59,6	72,3	80,9	87,3	12,7
D3 Medicina nucleare	30.866	26.823	19,4	5.207	32,4	68,8	79,5	85,5	88,8	92,0	8,0
D4 Altro	215.386	138.769	33,6	46.664	16,1	40,9	51,5	61,6	71,0	78,7	21,3
<i>Totale diagnostica</i>	<i>3.613.732</i>	<i>1.969.977</i>	<i>22,3</i>	<i>439.411</i>	<i>20,5</i>	<i>53,6</i>	<i>67,2</i>	<i>76,8</i>	<i>83,1</i>	<i>88,2</i>	<i>11,8</i>
L1 Prelievi	2.658.229	1.679.844	14,8	249.065	44,5	87,2	91	92,9	94,4	95,9	4,1
L2 Chimica clinica	21.185.145	11.539.973	12,2	1.412.129	49,0	92,0	94,7	95,9	96,9	98,3	1,7
L3 Ematologia/coagulazione	4.228.172	2.340.918	16,0	374.561	49,2	91,8	94,7	96,0	96,9	98,2	1,8
L4 Immunoematologia e trasfusion.	95.527	58.526	57,8	33.848	57,5	96,9	98,7	99,4	99,7	99,9	0,1
L5 Microbiologia/virologia	1.628.159	904.850	17,9	161.979	54,9	94,7	97,2	98,1	98,7	99,4	0,6
L6 Anatomia e istologia patologica	257.757	128.207	53,6	68.691	39,6	78,8	89,8	93,9	96,4	97,9	2,1
L7 Genetica/citogenetica	42.819	27.528	27,6	7.595	31,6	81,0	92,5	96,1	97,7	98,9	1,1
<i>Totale laboratorio</i>	<i>30.095.808</i>	<i>16.679.846</i>	<i>13,8</i>	<i>2.307.868</i>	<i>48,9</i>	<i>91,7</i>	<i>94,5</i>	<i>95,8</i>	<i>96,8</i>	<i>98,1</i>	<i>1,9</i>

**Tabella 9. (continua)**

<b>Tipologia prestazione</b>	<b>Totale</b>	<b>di cui programmate</b>	<b>data prenotaz. assente (v. %)</b>	<b>data prenotaz. assente (v. ass.)</b>	<b>entro 7 gg</b>	<b>entro 30 gg</b>	<b>entro 45 gg</b>	<b>entro 60 gg</b>	<b>entro 75 gg</b>	<b>entro 90 gg</b>	<b>oltre</b>
R1 Diagnostiche	84.827	52.696	63,6	33.528	30,2	53	61,5	67,1	72,2	77,2	22,8
R2 Rrf	865.693	589.939	39,0	229.982	28,1	72,9	86,0	91,7	94,6	96,2	3,8
R3 Terapia fisica	225.263	137.695	45,0	62.025	27,9	77,6	89,7	94,9	97,3	98,0	2,0
R4 Altro	70.850	45.036	50,8	22.882	47,8	79,3	86,1	91,2	94,2	95,6	4,4
<i>Totale riabilitazione</i>	<i>1.246.633</i>	<i>825.366</i>	<i>42,2</i>	<i>348.417</i>	<i>29,0</i>	<i>73,1</i>	<i>85,6</i>	<i>91,2</i>	<i>94,1</i>	<i>95,7</i>	<i>4,3</i>
T51 Prestazioni mediche	516.940	268.327	52,8	141.760	35,6	79,7	89,8	93,1	94,7	95,8	4,2
T52 Prestazioni chirurgiche	136.475	84.112	36,9	31.002	14,6	47,6	63,4	73,9	81,3	86,7	13,3
<i>Totale terapeutiche</i>	<i>653.415</i>	<i>352.439</i>	<i>49,0</i>	<i>172.762</i>	<i>28,8</i>	<i>69,3</i>	<i>81,3</i>	<i>86,9</i>	<i>90,4</i>	<i>92,9</i>	<i>7,1</i>
V1 Prima visita	2.472.325	1.283.302	23,8	305.770	18,5	48,0	64,2	75,5	83,0	88,3	11,7
V2 Visita di controllo	1.235.025	820.173	35,0	287.280	14,6	42,6	53,4	60,0	66,9	72,7	27,3
<i>Totale visite</i>	<i>3.707.350</i>	<i>2.103.475</i>	<i>28,2</i>	<i>593.050</i>	<i>17,3</i>	<i>46,4</i>	<i>61,1</i>	<i>71,0</i>	<i>78,3</i>	<i>83,7</i>	<i>16,3</i>

È quindi evidente che non è possibile né corretto estendere a tutto il sistema valutazioni ricavate da casi singoli. Vi sono infatti situazioni molto diverse da approfondire per le varie aggregazioni di prestazioni e per le varie Aziende; in particolare, è necessario soffermarsi sulle prestazioni critiche e soprattutto sulle visite: solo nel 46,4% dei casi infatti il servizio è stato erogato entro 30 giorni (48% dei casi per le prime visite).

I dati presentati nelle Tabelle 10-12 sono gli stessi della Tabella 9 ma sono riferiti ai risultati delle singole Aziende e ad alcuni raggruppamenti di prestazioni. Nonostante l'incompletezza del flusso dei dati, è comunque utile mostrarli per segnalare alle Aziende alcune aree problematiche. Oltre al numero delle prestazioni effettuate - con l'esclusione di quelle seguenti a contatto di Pronto soccorso e quelle con tempo di attesa zero (data di prenotazione coincidente con quella di esecuzione) - è indicata anche la percentuale di casi utili per valutare il tempo di attesa effettivo (limitatamente alle Aziende che hanno un minimo del 30% di dati utilizzabili).

**Tabella 10.** Tempi di attesa effettivi. Primi 9 mesi anno 2003. Dati in percentuale di effettuazione delle prestazioni per categorie di attesa

<b>Azienda sanitaria</b>	<b>N. prestazioni</b>	<b>Perc. dati utili</b>	<b>entro 30 gg</b>	<b>entro 60 gg</b>	<b>oltre 90 gg</b>
USL Piacenza	1.953.058	1,3%	n.v.	n.v.	n.v.
USL Parma	2.648.525	75,2%	93,0	97,4	0,8
osp. Parma	1.134.540	24,9%	n.v.	n.v.	n.v.
USL Reggio Emilia	1.888.856	34,2%	76,6	89,3	5,2
osp. Reggio Emilia	2.077.028	77,7%	82,0	91,6	5,0
USL Modena	4.649.944	7,2%	n.v.	n.v.	n.v.
osp. Modena	1.179.135	14,2%	n.v.	n.v.	n.v.
USL Bologna Sud	1.784.073	9,8%	n.v.	n.v.	n.v.
USL Imola	764.208	66,3%	90,5	96,6	1,3
USL Bologna Nord	1.820.019	86,6%	63,6	85,7	7,2
USL Bologna Città	3.365.447	53,3%	80,7	90,9	4,5
osp. Bologna	2.052.759	55,1%	68,4	78,9	10,1
USL Ferrara	1.317.903	14,4%	n.v.	n.v.	n.v.
osp. Ferrara	1.733.864	63,5%	38,9	62,1	23,7
USL Ravenna	3.544.702	80,6%	51,7	74,7	13,5
USL Forlì	1.966.963	62,3%	99,3	99,6	0,2
USL Cesena	1.785.574	65,8%	83,8	89,6	7,5
USL Rimini	3.500.077	33,7%	89,5	96,3	1,0
IOR	150.263	65,3%	56,7	73,8	20,1
RER	39.316.938	46,0%	81,7	90,7	4,7

*Legenda*

n.v. non valutabili

La situazione non può essere definita pessima, anche se è certamente diseguale. I casi preoccupanti sono rivelati dalle tabelle per aggregazioni di prestazioni. Nel caso della diagnostica (*Tabella 11*), il 76,8% delle prestazioni è stato eseguito entro 60 giorni, molto prossimo all'obiettivo nazionale dell'80%. Ma si registrano notevoli differenze: in alcune aree provinciali i dati non permettono alcuna indicazione (Piacenza, Modena); altre (Ferrara, Ravenna, Cesena) hanno problemi nell'area della diagnostica strumentale senza radiazioni ionizzanti (ecografia, endoscopia digestiva, neurofisiologia); altre ancora hanno risultati soddisfacenti (Forlì, Rimini, Imola).

Le tabelle riguardanti il laboratorio analisi, la riabilitazione e le prestazioni terapeutiche non sono utilizzabili perché troppo lacunose nei dati.

Il problema principale è rappresentato dalle visite (*Tabella 12*). Nel periodo esaminato, solo 3 realtà - Aziende USL di Reggio Emilia e Imola, Azienda ospedaliera di Bologna - raggiungono la *performance* minima di svolgere almeno il 50% delle visite di qualsiasi specialità entro 30 giorni. In questo caso non sono stati considerati i dati di Piacenza, Modena e Forlì in quanto insufficienti. Come già detto, a fronte di una situazione di squilibrio tra domanda e offerta ci si è tuttavia impegnati ad assicurare l'esecuzione delle prestazioni urgenti in tempi adeguati.

**Tabella 11.** Tempi di attesa effettivi. Primi 9 mesi anno 2003. Dati in percentuale di effettuazione delle sole prestazioni di diagnostica per categoria di tempo di attesa

Azienda sanitaria	N. prestazioni	Perc. dati utili	entro 30 gg	entro 60 gg	entro 75 gg	oltre 90 gg
USL Piacenza	103.849	2,5%	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
USL Parma	161.605	58,7%	60,0%	85,7%	92,4%	3,7%
osp. Parma	154.118	46,9%	46,5%	73,4%	81,6%	12,8%
USL Reggio Emilia	263.743	58,7%	58,9%	81,9%	88,1%	6,4%
osp. Reggio Emilia	169.865	63,3%	49,6%	69,0%	73,8%	21,2%
USL Modena	355.877	9,0%	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
osp. Modena	122.796	13,7%	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
USL Bologna Sud	168.311	13,8%	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
USL Imola	105.548	48,4%	58,6%	81,0%	87,7%	7,3%
USL Bologna Nord	175.499	50,1%	64,2%	90,3%	94,8%	3,5%
USL Bologna Città	367.939	51,0%	41,5%	63,5%	71,7%	20,0%
osp. Bologna	226.518	59,8%	66,2%	83,6%	88,4%	8,4%
USL Ferrara	175.292	31,7%	42,0%	77,2%	85,4%	9,4%
osp. Ferrara	165.595	73,1%	46,3%	70,9%	75,2%	19,9%
USL Ravenna	220.805	39,3%	49,8%	71,6%	78,3%	16,9%
USL Forlì	174.194	33,8%	89,6%	96,5%	97,9%	1,4%
USL Cesena	150.288	66,6%	51,8%	70,6%	76,0%	19,7%
USL Rimini	301.522	40,8%	54,4%	79,4%	87,3%	6,5%
IOR	50.368	36,4%	67,2%	80,0%	82,6%	15,3%
RER	3.613.732	42,4%	53,6%	76,8%	83,1%	11,8%

**Tabella 12.** Tempi di attesa effettivi (differenza tra data di prenotazione e data di effettuazione della prestazione). Primi 9 mesi anno 2003. Dati in percentuale di effettuazione delle solo visite per categoria di tempo di attesa

<b>Azienda sanitaria</b>	<b>N. prestazioni</b>	<b>Percentuale dati utili</b>	<b>entro 7 gg</b>	<b>entro 30 gg</b>	<b>entro 45 gg</b>	<b>entro 60 gg</b>	<b>oltre 90 gg</b>
USL Piacenza	151.820	5,0%	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
USL Parma	207.025	53,8%	19,7%	46,3%	61,6%	74,7%	9,2%
osp. Parma	203.428	42,7%	19,3%	47,4%	59,2%	68,8%	18,9%
USL Reggio Emilia	211.599	59,1%	17,2%	51,2%	69,7%	76,8%	12,6%
osp. Reggio Emilia	195.295	57,3%	20,4%	49,0%	62,7%	71,4%	18,6%
USL Modena	326.856	13,0%	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
osp. Modena	190.674	7,4%	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
USL Bologna Sud	146.726	10,1%	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
USL Imola	84.023	47,0%	18,8%	54,0%	71,4%	82,3%	7,4%
USL Bologna Nord	159.921	52,6%	19,2%	36,4%	59,2%	66,0%	19,6%
USL Bologna Città	327.989	43,9%	13,9%	39,2%	50,3%	59,6%	25,9%
osp. Bologna	272.650	46,8%	24,7%	51,3%	60,3%	67,5%	22,3%
USL Ferrara	147.077	72,8%	13,9%	47,0%	64,6%	76,2%	10,6%
osp. Ferrara	251.996	66,8%	12,4%	34,9%	50,4%	61,6%	22,4%
USL Ravenna	237.519	38,7%	20,3%	49,1%	64,2%	75,1%	12,0%
USL Forlì	165.405	17,1%	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
USL Cesena	161.260	56,4%	15,6%	47,9%	60,4%	67,4%	23,3%
USL Rimini	218.331	39,4%	11,2%	45,6%	65,3%	81,4%	4,6%
IOR	47.756	59,6%	14,6%	46,4%	58,0%	61,5%	30,8%
RER	3.707.350	40,7%	17,3%	46,4%	61,1%	71,0%	16,3%

### 3.2. Monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni urgenti

Gli *standard* regionali prevedono due tipi di prestazioni urgenti:

- quelle che devono essere eseguite entro 24 ore;
- le urgenze differibili che vanno eseguite entro 7 giorni.

Sono state rilevate tutte le prestazioni eseguite nel 2002 che nel campo "modalità di accesso" avevano l'indicazione "urgente" o "urgente differibile".

**Tabella 13.** Numero delle prestazioni urgenti, con proporzione delle urgenti differibili (da eseguire entro 7 giorni)

<b>Aggregazione</b>	<b>N. prestazioni urgenti</b>	<b>delle quali differibili</b>
Laboratorio	187.260	4,3%
Diagnostica	108.868	31,2%
Visite	98.882	40,0%
Riabilitazione	11.603	49,7%
Terapeutiche	8.848	40,3%
<i>Totale</i>	<i>415.461</i>	<i>21,9%</i>

**Tabella 14.** Attesa urgenze: prestazioni da eseguire entro 24 ore. Anno 2002

<b>Aggregazione</b>	<b>N. assoluto</b>	<b>Erogate entro 24 h</b>	<b>Erogate da 2 a 7 gg</b>	<b>Erogate oltre 7 gg</b>
Laboratorio	179.228	93,0%	3,3%	3,7%
Diagnostica	74.951	92,1%	5,4%	2,5%
Visite	59.318	93,7%	4,2%	2,1%
Terapeutiche	5.283	95,7%	2,2%	2,1%
<i>Totale</i>	<i>318.780</i>	<i>92,9%</i>	<i>4,0%</i>	<i>3,1%</i>

**Tabella 15.** Attesa urgenze: urgenze differibili. Anno 2002

<b>Aggregazione</b>	<b>N. assoluto</b>	<b>Erogate oltre 7 gg</b>	<b>sul totale</b>
Laboratorio	8.032	923	11%
Diagnostica	33.917	12.599	37%
Visite	39.564	7.178	18%
Riabilitazione	5.768	487	8%
Terapeutiche	3.565	610	17%
<i>Totale</i>	<i>90.846</i>	<i>21.797</i>	<i>24%</i>

Pur permanendo alcuni problemi (le urgenze differibili per le prestazioni di diagnostica), si può affermare che l'erogazione delle prestazioni dichiarate urgenti avviene in tempi adeguati. Le specifiche rilevazioni segnalano inoltre che tutte le Aziende hanno implementato percorsi e modalità per assicurare l'accesso urgente alle prestazioni.

Il problema delle attese riguarda tutti i sistemi sanitari. In molti paesi europei sono stati proposti programmi di riduzione dei tempi di attesa per prestazioni sanitarie come parte importante dei programmi governativi. In particolare, i programmi svedesi e quelli britannici riguardano i ricoveri per chirurgia di elezione, ma hanno meccanismi di funzionamento paragonabili a quelli della specialistica ambulatoriale.

### **Box 3.** Tempi di attesa in Europa

---

*Nel caso della Svezia un programma di introduzione di un tempo massimo di attesa garantito (1992) ha determinato un iniziale miglioramento, ma un successivo ritorno alla situazione di partenza nonostante fossero state previste misure forti quali la possibilità per il cittadino di rivolgersi ad altri produttori - compresi i privati - nel caso l'ospedale di riferimento non fosse in grado di soddisfare la richiesta di prestazioni entro il tempo massimo previsto. L'analisi delle motivazioni di questo insuccesso ha identificato due aspetti principali: l'aumento della domanda e la caduta dell'impegno dei professionisti nel programma nazionale a causa della cessazione dell'erogazione delle risorse aggiuntive per sopravvenuti problemi economici nazionali. Il programma svedese è stato abbandonato dopo tre anni (Hanging, Winblad Spangberg, 2000).*

*Sull'esperienza inglese sono stati pubblicati due studi nel corso del 2003 che traggono alcune conclusioni: non è vero che i tempi di attesa sono lunghi in tutti i casi e in tutti i luoghi; è vero invece che vi sono particolari tipi di ricoveri (in questo caso prestazioni ambulatoriali) che hanno tempi lunghi di attesa in particolari sedi, che sono le più qualificate (Martin et al., 2003). Ciò fa concludere agli autori che questo problema è destinato a perdurare, in quanto non nasce da una discrepanza strutturale tra domanda e offerta (e quindi non è rimediabile con l'aumento della struttura erogante) ma dall'affollarsi dei pazienti attorno a poche qualificatissime strutture. In tali situazioni la soluzione proposta è la definizione di criteri clinici di priorità per l'accesso alle liste di attesa.*

*Nella seconda indagine britannica vengono valutati i programmi di abbattimento dei tempi di attesa in corso e si evidenzia (come nel caso svedese) che in alcuni ospedali pilota - a un iniziale successo del programma - fa seguito un ritorno alle situazioni di partenza. In ogni caso emerge che si ottengono risultati migliori negli ospedali ove l'attenzione dei gestori e dei sanitari leader è stata elevata (McLeod et al., 2003). Anche in questo studio quindi si afferma che l'atteggiamento dei sanitari è determinante per qualsiasi programma di politica sanitaria di riduzione dei tempi di attesa.*

---

In complesso le indicazioni che vengono dal monitoraggio condotto in Emilia-Romagna sembrano confermare lo studio inglese: il fenomeno dei lunghi tempi di attesa non riguarda tutte le prestazioni e tutte le sedi, ma solo alcune prestazioni e alcune sedi. La problematicità dei dati delle Aziende ospedaliere, ad esempio, è certamente legata alla scelta di molti utenti di ricorrere comunque a queste sedi anche se con lunghi tempi di attesa (negoziante dell'utente), per superare i quali si può solo proporre l'individuazione di criteri clinici di priorità. A conferma della validità di questa soluzione, i primi dati raccolti dopo l'applicazione di criteri di priorità per alcune prestazioni diagnostiche - ecocolordoppler e densitometria ossea - rivelano che il maggior rigore nella richiesta ha ridotto la domanda a vantaggio di disponibilità prima impensabili e quindi di tempi di attesa minori,<sup>3</sup> naturalmente solo nelle le Aziende che hanno implementato queste linee guida presso i sanitari.

Accanto alle Aziende ospedaliere, vi sono comunque altre sedi nelle quali anche le prestazioni critiche vengono erogate in tempi adeguati e alcune categorie di prestazioni sono del tutto escluse dal fenomeno delle lunghe attese (laboratorio analisi). In queste sedi è inoltre assicurata l'erogazione delle prestazioni urgenti.

Si segnala infine un'altra esigenza espressa nelle indagini sulle opinioni degli utenti, già inserita tra le priorità di grossi complessi ospedalieri europei (Karolinska Institut di Stoccolma, l'ospedale di Maastricht, l'ospedale di Siviglia), cioè l'individualizzazione del trattamento (Atti del convegno internazionale, 2003). Oltre che per evitare le lunghe attese, infatti, spesso gli utenti scelgono prestazioni in libera professione per l'impossibilità di ottenere dal servizio pubblico un percorso diagnostico-terapeutico basato su esigenze individuali, mentre in molte sedi di medie-piccole dimensioni ciò sarebbe possibile.

---

<sup>3</sup> Roberto Grilli, in via di pubblicazione.



## 4. Conclusioni

Questo *Rapporto* sulla specialistica ambulatoriale fa seguito a quello già pubblicato sull'attività del 2000 (Fadda, Repetto, 2001) e si basa sui dati tratti dal flusso ASA relativi al 2002 (2003 per i tempi di attesa). La copertura non è tuttavia completa: il 17% delle strutture non ha trasmesso dati e i *record* sono ancora incompleti soprattutto nei campi utili all'individuazione dei tempi di attesa effettivi (data di prenotazione e modalità di accesso); ciò ha naturalmente impedito di avere valutazioni affidabili per molte Aziende. Tuttavia, il processo capillare di correzione dei dati effettuato con la collaborazione delle Aziende ha portato a risultati di sicura affidabilità almeno per la parte della descrizione della struttura di erogazione (densità assoluta dell'offerta).

La successiva operazione di pesatura per volume di produzione dei punti di offerta per ottenere la DOP ha risentito certamente dell'invio parziale dei dati ma la proporzione di questo *deficit* è minima (meno del 5%) ed è limitata ad alcune Aziende (Piacenza e Ravenna), per le quali queste indicazioni sono state utili per le correzioni del flusso ASA, che nel 2003 è praticamente completo. I difetti del flusso ASA hanno inevitabilmente influenzato le posizioni dei Distretti di queste Aziende nei diagrammi usati per valutare i consumi e nella serie crescente della DOP, senza tuttavia modificarle radicalmente.

Per questo motivo, le affermazioni contenute in questo *Rapporto* vanno considerate più che altro come un'esercitazione di utilizzo degli indicatori selezionati e come un primo esperimento di analisi a partire dal flusso ASA ai fini della programmazione. Tuttavia, attraverso il lavoro svolto si sono ottenute informazioni prima ignote su squilibri tra territori con densità di strutture molto elevata e altri particolarmente poveri; ed è anche evidente l'influenza che l'alta offerta ha sui consumi. È quindi utile per le Aziende avere la descrizione del metodo usato per la valutazione, poiché permette una classificazione dei Distretti su base univoca. Naturalmente ogni contributo e commento sul metodo usato è gradito e richiesto.

Si può quindi concludere che la valutazione del fabbisogno di specialistica ambulatoriale è possibile mediante il confronto dei valori dei consumi e della dotazione di strutture della popolazione di ciascun Distretto con quelli di un'area "normale" che comprende il 50% dei Distretti e che può essere facilmente ricavata dagli indici di consumo standardizzati, oggi disponibili nella reportistica predefinita del flusso ASA .

Le conoscenze acquisite nello studio per la compilazione di questo *Rapporto* hanno inoltre fatto emergere alcune riflessioni di carattere trasversale.

- La pianificazione centrata sui bisogni degli utenti dovrebbe tenere conto che questi devono individuare il proprio percorso tra le molteplici opzioni offerte dalla specialistica ambulatoriale. L'assistenza nell'individuazione del percorso clinico corretto e tempestivo non è certamente meno importante di una buona qualità professionale nella prestazione e questo è più facile nelle sedi che possono offrire servizi di accoglienza e una gamma di prestazioni completa almeno per qualche percorso di diagnosi o terapia, vale a dire un poliambulatorio - e non il piccolo

ambulatorio monospecialistico. In una struttura di questo tipo è possibile avere la figura dello specialista responsabile del caso che si impegna a seguirlo sino al completamento del percorso diagnostico. Nelle altre situazioni, questo obiettivo è pressoché irraggiungibile.

- La concentrazione di strutture nelle aree urbane spesso sede di Aziende ospedaliere favorisce l'affollamento nelle liste di attesa e quindi l'allungamento dei tempi di attesa. La qualificazione delle strutture poliambulatoriali di media dimensione potrebbe portare beneficio agli abitanti dei Distretti interessati e favorire la riduzione delle liste di attesa nelle strutture maggiori. Un'indicazione di questo genere potrebbe essere utile nelle sedi ove la scelta degli utenti non è legata tanto e soltanto alla notorietà della struttura.
- I tempi di attesa sono indicatori utili a misurare la "febbre" del sistema ma non sono in grado di discriminare tra il ricorso consumistico alle varie prestazioni e il vero *deficit* di produzione. Possono servire quali interruttori di avvio di strumenti compensativi di incremento estemporaneo della produzione in caso di superamento degli *standard* (aumento dei contratti di fornitura, acquisto di prestazioni in libera professione da parte dei dipendenti, ecc.) ma di per sé non danno alcuna indicazione sullo stato della struttura.

Vale la pena infine di accennare al ricorso alle prestazioni in libera professione a carico dell'utente quale compensazione per la mancata tempestiva erogazione delle prestazioni da parte del servizio pubblico. Nei prossimi *Rapporti* verrà affrontato anche il tema della libera professione *intramoenia* per la quale le Aziende hanno un debito informativo del tutto simile a quello per l'attività istituzionale ma che finora non è stato adeguatamente onorato. Nei casi di bassa dotazione di strutture e di carenza di offerta pubblica è in ogni caso doveroso indagare se tale situazione induca o meno al ricorso ai liberi professionisti; non si può infatti escludere a priori che in regione esistano situazioni di questo tipo. In generale però le indagini sulle opinioni degli utenti rivelano che la scelta del libero professionista è collegata spesso non con le lunghe attese ma con il desiderio di ottenere un trattamento e un piano di cura individuale e personalizzato. L'opportunità di erogare percorsi diagnostici completi avendo come interlocutore un solo medico - che diviene così responsabile del singolo caso - è condizionante anche per evitare spese personali per motivi sanitari.

# Bibliografia

- Agenzia per i servizi sanitari regionali. La prima mappa dettagliata delle prestazioni e dei costi. *Monitor*, 5: 11-23, maggio-giugno 2003.
- Alter D.A., Naylor C.D., Austin P., Tu J.V.. Effects of socioeconomic status on access to invasive cardiac procedures and on mortality after acute myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 341 (18): 1359-1367, 1999.
- Atti del convegno internazionale "Un ospedale high care. Un network per favorire il cambiamento". Forlì, 11-12 dicembre 2003.
- Chan B.T.B., Austin P.C. Patient, physician, and community factors affecting referrals to specialists in Ontario, Canada. A population-based, multi-level modelling approach. *Medical Care*, 41 (4): 500-511, 2003.
- Cislaghi C., Pisani E., Tediosi F. L'allocatione delle risorse alle Aziende sanitarie locali: il caso della Regione Toscana. *MECOSAN Management ed economia sanitaria*, 12 (45): 45-58, 2003.
- Fadda A., Repetto F. *et al.* Attività specialistica ambulatoriale, primo rapporto. Anno 2000. Documento interno Regione Emilia-Romagna. 2001.
- Ham C., Kipping R., McLeod H., Meredith P. *Capacity, culture and leadership: lessons from experience of improving access to hospital services*. Health services management centre, Birmingham, 2002.
- Hanning M., Winblad Spangberg U. Maximum waiting time. A threat to clinical freedom? Implementation of a policy to reduce waiting times. *Health Policy*, 52: 15-32, 2000.
- Hearle K. Koenig L., Rudowitz R., Siegel J.M., Dobson A., Ho S. Drivers of expenditures growth in outpatient care services. *The American Journal of Managed Care*, vol. 9: SP25-SP33, special issue, June 2003.
- Hippisley-Cox J., Hardy C., Pringle M., Fielding K., Carlisle R., Chilvers C. The effect of deprivation on variations in general practitioners' referral rates: A cross sectional study of computerised data on new medical and surgical outpatients referrals in Nottinghamshire. *BMJ*, 314 (7092): 1458, 17 May 1997.
- ISTAT. *Sistema sanitario e salute della popolazione. Indicatori regionali*. Edizione 2002.
- Lattuada L., Francescutti C., Simon G., Burba I., Scarbolo M., Borgnolo G. L'attività specialistica ambulatoriale in Friuli-Venezia Giulia: prestazioni erogate nel primo semestre 1998. *Tendenze nuove*, 5: 45-51, novembre-dicembre 1998.
- Mall S., Cetani T. *I Distretti nella Regione Emilia-Romagna*. Collana Dossier, n. 87. Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, 2003.
- Martin R.M., Sterne J.A.C., Gunnell D., Ebrahim S., Smith G.D., Frankel S. NHS waiting lists and evidence of national or local failure: Analysis of health service data. *BMJ*, 326 (7382): 188, 25 January 2003.

- McLeod H., Ham C., Kipping R. Booking patients for hospital admissions: evaluation of a pilot programme for day cases. *BMJ*, 327 (7424): 1147-1150, 15 November 2003.
- Ministero della salute. Decreto 12 dicembre 2001. Sistema delle garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria. *GU*, 9 febbraio 2002.
- Ministero della salute. Indicatori per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria. Pubblicazione a uso delle Regioni. Febbraio 2003.
- Petrelli A., Saitto C., Arcà M., Perucci C.A. Il sistema dell'offerta di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale nella Regione Lazio. *Epidemiologia e Prevenzione*, 26 (3): 116-123, maggio-giugno 2002.
- Phibbs C.S., Bhandari A., Wei Y., Barnett P.G. Estimating the costs of VA ambulatory care. *Medical Care Research and Review*, 60 (3): 54S-73S, Supplement, September 2003.
- Pisani S., Bertani G., Fancelli F., Gambino M.L., Pavan A., Macchi L. I consumi di prestazioni sanitarie nella ASL della Provincia di Varese. *Igiene e sanità pubblica*, LIX (1-2): 51-70, 2003.
- Regione Emilia-Romagna, Assessorato alla sanità. *Criteri per la definizione dei piani preventivi di attività relativamente al settore dell'assistenza specialistica ambulatoriale erogata dalle strutture pubbliche e private*. Circolare n. 24, 22 luglio 1997.
- Regione Emilia-Romagna, Giunta regionale. Delibera n. 1296. Linee guida per la rimodulazione dell'attività specialistica ambulatoriale ospedaliera e territoriale e per l'istituzione del sistema informativo. *BUR*, 31 agosto 1998.
- Regione Emilia-Romagna, Assessorato alla sanità. *Specifiche per il sistema informativo e rilevazione dell'attività ambulatoriale*. Circolare n. 10 del 14 giugno 1999.
- Regione Emilia-Romagna, Assessorato alla sanità. *Protocollo d'intesa con le OO.SS. CGIL - CISL - UIL. Assistenza specialistica ambulatoriale: i tempi di attesa e il governo delle liste di attesa*. Circolare n. 9, 8 maggio 2001a.
- Regione Emilia-Romagna, Giunta regionale. Delibera n. 2142. Semplificazione dell'accesso alle prestazioni ambulatoriali. *BUR*, 29 maggio 2001b.
- Regione Emilia-Romagna, Assessorato alla sanità. *Controllo dei tempi di attesa per le prestazioni di densitometria ossea*. Circolare n. 21, 31 ottobre 2001c.
- Regione Emilia-Romagna, Assessorato alla sanità. *Specifiche per il sistema informativo e rilevazione dell'attività specialistica ambulatoriale*. Circolare n. 3, 7 febbraio 2002a.
- Regione Emilia-Romagna, Assessorato alla sanità. *Prestazioni di ecocolordoppler dei tronchi sovra-aortici e degli arti inferiori: indicazioni per il controllo dei tempi di attesa e per la definizione di percorsi con priorità di accesso*. Circolare n. 16, 17 ottobre 2002b.
- Regione Emilia-Romagna, Giunta regionale. Delibera n. 262. Modifica del nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e determinazione delle quote di partecipazione alla spesa per le visite specialistiche. *BUR* n. 63, 29 aprile 2003a.
- Regione Emilia-Romagna, Assessorato alla sanità. *Integrazioni alla Circolare regionale n. 3 del 7 febbraio 2002*. Circolare n. 13, 4 luglio 2003.

- Regione Emilia-Romagna, Assessorato alla sanità. *Linee guida per un nuovo modello organizzativo di assistenza ambulatoriale complessa e integrata (Day service ambulatoriale DSA)*. Circolare n. 8, 30 aprile 2004.
- Rimondi M., Donatini A. (a cura di) Rapporto 1997 sulla mobilità per motivi sanitari. *Quaderni economia* 1. Agenzia sanitaria regionale Emilia-Romagna. Ed. CLUEB, Bologna, 1998.
- Roland M., Morris R. Are referrals by general practitioners influenced by the availability of consultants? *BMJ*, 297 (6648): 599-600, 1988.
- Virgilio G. (a cura di). Matrici di mobilità per ricoveri ospedalieri: un quadro d'insieme per l'anno 1999. Rapporto tecnico del progetto "La domanda di prestazioni ospedaliere". Agenzia sanitaria regionale Emilia-Romagna e Dipartimento Scienze Economiche, Università di Bologna, 2000.



# **COLLANA DOSSIER** a cura della Regione Emilia-Romagna

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna, 1990. (\*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna, 1990. (\*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna, 1990. (\*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna, 1990. (\*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL. Bologna, 1990. (\*)
6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna, 1991. (\*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna, 1991. (\*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna, 1991. (\*)
9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna, 1992.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna, 1992. (\*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990). Bologna, 1992. (\*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo. Bologna, 1992. (\*)
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2<sup>a</sup> ed. Bologna, 1992. (\*)
14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna, 1993. (\*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna, 1993. (\*)
16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna, 1993. (\*)

---

(\*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna. Sono anche scaricabili dal sito <http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/colldoss/index.htm>

17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna, 1993. (\*)
18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna, 1994.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna, 1994. (\*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna, 1994. (\*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna, 1994. (\*)
22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna, 1994. (\*)
23. 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1994.
24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna, 1995. (\*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna, 1995. (\*)
26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna, 1996. (\*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1996. (\*)
28. Gli scavi in sotterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna, 1996. (\*)
29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna, 1997. (\*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna, 1997. (\*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna, 1997. (\*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna, 1997. (\*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna, 1997. (\*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna, 1997. (\*)
35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998. (\*)
37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna, 1998. (\*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna, 1998. (\*)

39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna, 1998. (\*)
40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna, 1999. (\*)
41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna, 2000.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna, 2000. (\*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna, 2000. (\*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna, 2000. (\*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna, 2000. (\*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna, 2000. (\*)
51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)

60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna, 2002.
61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (\*)
63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna, 2002. (\*)
65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna, 2002. (\*)
66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna, 2002.
67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna, 2002.
68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna, 2002. (\*)
69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna, 2002. (\*)
70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna, 2002. (\*)
71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (\*)
72. Linee guida per la chemioprolassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (\*)
73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna, 2002. (\*)
74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna, 2002. (\*)
75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna, 2002. (\*)
76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (\*)
77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003.
78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (\*)
79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna, 2003. (\*)
80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna, 2003. (\*)
81. Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna, 2003. (\*)

82. Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna, 2003. (\*)
83. Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna, 2003. (\*)
84. I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (\*)
85. Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna, 2003. (\*)
86. Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna, 2003. (\*)
87. I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (\*)
88. Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2003. (\*)
89. Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna, 2004. (\*)
90. La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna, 2004. (\*)
91. Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna, 2004. (\*)
92. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna, 2004. (\*)
93. Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna, 2004. (\*)
94. Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna, 2004. (\*)
95. Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna, 2004. (\*)
96. Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (\*)
97. Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2004. (\*)
98. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna, 2004. (\*)
99. La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna, 2004. (\*)
100. Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna, 2004. (\*)
101. Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (\*)
102. Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna, 2004. (\*)

