

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SUL SISTEMA SANITARIO

—————

28° Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 4 FEBBRAIO 1999

—————

Presidenza del presidente TOMASSINI

I N D I C E**Comunicazioni del Presidente**

PRESIDENTE Pag. 3 |

Audizione dell'ingegner Raul Ragazzoni, consulente capo progetto riorganizzazione del Centro unico di prenotazione (CUP) dell'azienda USL di Modena, e del dottor Claudio Vagnini, responsabile CUP del distretto di Modena della stessa azienda, sulle tematiche relative alle liste di attesa ospedaliere

* PRESIDENTE	Pag. 3, 6, 12 e <i>passim</i>	* RAGAZZONI	Pag. 6, 16, 18 e <i>passim</i>
* BERNASCONI (<i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i>)	14, 19	* VAGNINI	4, 15, 19 e <i>passim</i>
BRUNI (<i>Rin. Ital. e Indip.</i>)	15		
* CAMERINI (<i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i>)	12		
CASTELLANI Carla (<i>AN</i>)	13		
* PIANETTA (<i>Forza Italia</i>)	15		

Intervengono l'ingegner Raul Ragazzoni, consulente capo del progetto di riorganizzazione del Centro unico di prenotazione (CUP) dell'azienda USL di Modena, e il dottor Claudio Vagnini, responsabile CUP del distretto di Modena della stessa azienda.

I lavori hanno inizio alle ore 15,10.

Comunicazioni del Presidente

PRESIDENTE. Comunico che nel quadro del settore di indagine concernente le aziende ospedaliere, coordinato dalla senatrice Castellani, una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta effettuerà, nei giorni 1 e 2 marzo 1999, un sopralluogo all'azienda ospedaliera «San Martino» di Genova nonché all'azienda ospedaliera di Varese (in particolare ai presidi ospedalieri «F. Del Ponte» e «Fondazione Macchi»).

Ricordo che tale iniziativa rientra nel calendario dei lavori deliberato nella riunione dell'Ufficio di Presidenza del 16 settembre 1998.

Ricordo infine che, ai sensi dell'articolo 14, quinto comma, del Regolamento interno della Commissione d'inchiesta, nel corso dei sopralluoghi fuori sede, in via eccezionale, l'attività di cui all'articolo 15 (testimonianze e confronti) può essere svolta anche da una delegazione, previa deliberazione della Commissione medesima.

Non essendovi osservazioni, così resta stabilito per il sopralluogo sopra descritto.

Audizione dell'ingegner Raul Ragazzoni, consulente capo progetto riorganizzazione del Centro unico di prenotazione (CUP) dell'azienda USL di Modena, e del dottor Claudio Vagnini, responsabile CUP del distretto di Modena della stessa azienda, sulle tematiche relative alle liste di attesa ospedaliere

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione dell'ingegner Raul Ragazzoni, consulente capo progetto riorganizzazione del Centro unico di prenotazione (CUP) dell'azienda USL di Modena, e del dottor Claudio Vagnini, responsabile CUP del distretto di Modena della stessa azienda, sulle tematiche relative alle liste di attesa ospedaliere.

Informo che per l'audizione dell'odierna seduta son state disposte, ai sensi dell'articolo 12, primo comma, del Regolamento interno della Commissione, la redazione e la pubblicazione del resoconto stenografico.

L'odierna audizione ha lo scopo di approfondire tematiche connesse con il fenomeno delle liste di attesa ospedaliere, che è stato già oggetto di una lunga indagine i cui risultati sono stati però modesti.

Ricordo che nell'ambito delle audizioni svolte la settimana scorsa è stato delineato il panorama attuale del fenomeno delle liste d'attesa con riferimento alle agenzie sanitarie regionali. Abbiamo ritenuto opportuno completare questa fase dell'inchiesta con l'ulteriore audizione dell'ingegner Raul Ragazzoni e del dottor Claudio Vagnini. La loro esperienza può apportare significativi elementi propositivi nell'ambito della tematica al nostro esame.

Do ora la parola ai nostri ospiti per una esposizione preliminare, al termine della quale i commissari avranno modo di formulare quesiti ed esprimere osservazioni.

VAGNINI. Signor Presidente, sono il responsabile del Centro unico di prenotazione dell'azienda Usl di Modena dal novembre 1997; sono un medico specialista in medicina territoriale, igiene e sanità pubblica. Il mio gruppo di lavoro si compone di circa 40 operatori, cinque dei quali sono medici.

Il nostro servizio si articola in due parti: uffici di sportello (*Front office*) e uffici di retrospostello (*Back office*). Presso i 14 sportelli del Centro hanno luogo la prenotazione diretta e l'inserimento in liste di attesa. Lo smistamento delle urgenze è assicurato mediante il medico del CUP e apposite agende gestite *ad hoc*.

L'attività dell'ufficio di retrospostello è molto più ricca di quanto si possa immaginare. Gli operatori organizzano i calendari di prenotazione, operano in contatto con gli specialisti ambulatoriali dell'azienda ospedaliera e dell'azienda Usl per lo spostamento o la cancellazione delle disponibilità e nell'ambito della gestione e della «pulizia» delle liste di attesa: quando i tempi di attesa sono particolarmente lunghi e le liste particolarmente fitte si contattano telefonicamente i cittadini affinché confermino le prenotazioni. Abbiamo inoltre servizi di segreteria telefonica attivi ininterrottamente per disdire le prenotazioni; offriamo inoltre il servizio di prenotazione telefonica per le visite di controllo.

Alcuni medici di medicina generale sono collegati via *modem* con il *server* dell'azienda e possono trasmettere le ricette, tramite collegamento informatico, alle quattro postazioni presenti all'interno del mio servizio. I cittadini possono chiamare un numero verde il giorno successivo alla visita del curante (la telefonata è quindi gratuita) per mettersi in contatto con gli operatori del CUP, i quali, prendendo visione della ricetta sul *monitor* del terminale, possono prenotare immediatamente il paziente per le prestazioni richieste.

Quanto all'organizzazione delle operazioni di incasso, abbiamo un sistema di riscossione manuale ed automatica e un sistema di riscossione tramite sportelli bancari. Altre attività svolte dal mio servizio sono il recupero dei *ticket* inevasi, il recupero di prestazioni in mobilità (queste operazioni sono eseguite per altre aziende sanitarie cui fanno riferimento i cittadini che si sono rivolti a Modena), la valutazione delle domande di rimborso per i *ticket* pagati in modo sbagliato e la gestione delle segnala-

zioni, degli esposti e delle lamentele dei cittadini in collegamento con l'Ufficio delle relazioni con il pubblico.

Inoltre, tengo rapporti diretti con le direzioni sanitarie (Modena ha due aziende: l'azienda Policlinico e l'azienda USL) e supportiamo anche i nuovi progetti di prenotazione di prestazioni sanitarie quali, ad esempio, il collegamento con le farmacie. Infatti, è iniziato il lavoro di prenotazione tramite le farmacie comunali di Modena e Castelfranco Emilia e le farmacie di Federfarma nel dicembre 1998. Si tratta di un progetto che sta funzionando molto bene, per cui amplieremo l'esperimento a tutta la provincia di Modena.

A proposito del rapporto con i medici di medicina generale e gli uffici postali, abbiamo iniziato questa settimana la formazione degli operatori degli uffici postali al fine di portare anche all'interno delle Poste la possibilità della prenotazione di visite specialistiche e di esami di laboratorio, con il vantaggio che presso l'ufficio postale potrà essere pagato il *ticket* direttamente al momento della prenotazione. Questo è il quadro delle attività del CUP a livello di distretto di Modena.

L'azienda USL di Modena comprende sette distretti e io mi occupo di quello più grande (Modena ha quasi 200.000 abitanti su un totale di 600.000 nella provincia, per cui ha la parte più consistente), ma le indicazioni sulle attività che vengono svolte chiaramente sono le stesse anche per gli altri distretti.

Stiamo tentando di rendere il CUP un servizio provinciale e tenteremo di sviluppare tale progetto entro quest'anno, in modo tale che i sette distretti siano in rete e si possa prenotare da qualunque parte della provincia senza difficoltà.

Passo ora ad illustrare la gestione dell'elenco di pazienti in attesa di prenotazione. Il servizio riceve una serie di calendari e di disponibilità da parte degli specialisti, sia di quelli ambulatoriali che di quelli delle aziende e dei reparti. Le disponibilità sono raccolte in un arco di tempo che oscilla mediamente tra i 2 e i 4 mesi, tranne per le radiologie che molto spesso non vanno oltre i 30 giorni.

Una volta completato l'elenco delle disponibilità in agenda, vengono create automaticamente liste di attesa. All'utente che si presenta allo sportello, dopo che uno degli operatori ha visionato l'indisponibilità di un posto in calendario e quindi di una data certa per effettuare l'esame e/o la visita, viene consegnato un modulo nel quale si specifica che il paziente si è presentato il giorno «x» per essere inserito nella lista di attesa di una determinata branca. In seguito, nel momento in cui si riaprono i calendari e si crea una disponibilità (ciò accade in automatico), la persona viene automaticamente prenotata; il modulo di prenotazione viene poi inviato a domicilio o in alternativa, se il tempo a disposizione è breve, si contatta telefonicamente l'utente che potrà recuperare il modulo di prenotazione direttamente in azienda, presso l'ufficio informazioni.

Passando a parlare dell'offerta, stiamo cercando di allungare l'elemento temporale delle agende. Ciò significa portare le agende da 2 a 4 mesi almeno o anche, poichè alcuni dei nostri distretti ci stanno riuscendo

(anche se il loro volume di lavoro è sicuramente inferiore), lasciare le agende aperte per tutto l'anno, quindi avere la possibilità di inserire ad una data precisa del calendario i pazienti nel momento stesso in cui si presentano allo sportello in qualsiasi periodo dell'anno.

Incremento mirato vuol dire aumentare la disponibilità da parte dei produttori interni (i nostri specialisti) e di quelli esterni. Per noi un produttore esterno è anche l'azienda ospedaliera, l'azienda policlinico, oltre agli specialisti accreditati.

Questo ci ha permesso, ad esempio, nel 1998 di risolvere un problema serio; i lunghissimi tempi di attesa per le ecografie (soprattutto in alcuni distretti) e le mammografie. Chiaramente non abbiamo risolto tutti i problemi, perché ci sono alcuni esami strumentali che ci procurano ancora grandi difficoltà, come gli ecodoppler o i colondoppler.

Dal punto di vista della domanda (qui vi è tutto il discorso delle richieste appropriate o meno), ci sono gruppi specifici di lavoro aziendali che stanno seguendo il discorso riguardante i doppler per tracciare delle linee guida e dei protocolli diagnostico-terapeutici. Abbiamo una piena collaborazione da parte degli specialisti, ma anche dei medici di medicina generale, e non ultimo dell'ordine dei medici.

Abbiamo creato anche un gruppo di lavoro sulle richieste di urgenza, per cui stiamo cercando di elaborare dei protocolli per fare in modo che le urgenze vengano in qualche modo ordinate (bisogna tener presente che le richieste che ci vengono presentate sono spesso urgenti, soprattutto nelle branche in cui esistono maggiori difficoltà di risposta) in tempi brevi.

Poi vi è il centro per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sanitaria, diretto dal dottor Magrini e dal professor Liberati, che si sta occupando proprio di questo tipo di problematiche. Si tratta di un gruppo di lavoro specifico costituito all'interno dell'azienda, il quale dovrà dare disposizioni per fare in modo che tutto questo insieme di tentativi o comunque di risposte che stiamo cercando di fornire abbia un senso.

RAGAZZONI. Innanzi tutto, vorrei fornire alcuni dati sull'azienda USL di Modena. Questa è una delle aziende USL più grandi d'Italia, sicuramente la più grande dell'Emilia Romagna (ma anche di altre regioni), dal momento che copre tutta la provincia di Modena, in cui sono presenti circa 615.000 residenti. È presente un policlinico, quindi è un'azienda ospedaliera con la presenza del triennio universitario.

PRESIDENTE. Solo del triennio o dell'intero corso di studi?

RAGAZZONI. L'intero corso. In Emilia Romagna ce ne sono quattro di questo tipo e una senza l'università.

Complessivamente l'azienda USL ha circa 4.500 dipendenti (ovviamente con delle piccole oscillazioni) e l'azienda ospedaliera quasi 2.500. Quindi, si tratta di numeri piuttosto consistenti, tant'è vero che organizzativamente l'azienda USL è divisa in sette distretti: Carpi, Mirandola, Modena, Sassuolo, Pavullo, Vignola e Castelfranco.

Come ho già detto, i residenti sono circa 615.000 e quindi sono presenti circa 500 medici di base, che tutti i giorni prescrivono prestazioni specialistiche e richiedono farmaci.

Il progetto sul CUP di Modena è iniziato intorno al mese di marzo 1997, in un momento in cui i tempi d'attesa per accedere allo sportello per ottenere una prenotazione, quindi una prestazione specialistica, a Modena erano molto lunghi, in particolare nei due centri che afferiscono al dottor Vagnini; in alcuni momenti bisognava attendere oltre un'ora dopo avere preso il numero per la fila. Pur essendo un modo abbastanza civile di procedere, sicuramente l'attesa di un'ora non era molto gradita.

Premetto che l'azienda USL è nata il 1° luglio 1994, ha avuto un primo direttore generale fino al 1° luglio 1996, quando il dottor Rubiani è stato nominato direttore generale dell'azienda.

Intorno al febbraio-marzo 1997 è partito questo progetto dal momento che era presente tale criticità e gli obiettivi erano due: da un lato risolvere i problemi specifici del distretto di Modena che, tra i vari distretti dell'azienda, è quello più complesso in quanto lì è presente la maggior parte degli erogatori delle prestazioni (il Policlinico, l'azienda ospedaliera eroga gran parte delle prestazioni che passano attraverso il CUP e questo attira i pazienti dalla provincia che si riversano dal dottor Vagnini); d'altro canto ci si è resi conto che il CUP per come era stato gestito nelle sei ex USL rappresentava un problema quasi insormontabile.

Abbiamo già elencato le criticità. Il lavoro ha avuto tre fasi, la prima delle quali concerneva la rilevazione sul campo dei problemi. È stata condotta un'analisi molto dettagliata dei problemi recandoci anche direttamente agli sportelli per vedere che cosa succedeva. Poi abbiamo evidenziato le varie problematiche cercando di comprenderne le cause e quindi abbiamo cominciato ad adottare delle soluzioni. Ad oggi il problema dell'attesa per ottenere la prenotazione (con punte superiori ad un'ora) è stato ridotto: siamo intorno alla mezz'ora nei casi peggiori; la situazione è molto migliorata, tant'è vero che non siamo più sui giornali per questo motivo.

Andando alla sostanza, uno dei principali motivi delle difficoltà era il seguente. Il CUP è un punto di prenotazione in cui avviene l'incontro di due soggetti: da un lato c'è una struttura di offerta, che mette a disposizione delle agende, delle disponibilità nei vari giorni della settimana (10 visite la mattina, 15 il pomeriggio, per esempio); poi c'è la domanda, ossia i cittadini che si presentano con la prescrizione del proprio medico. Il CUP deve cercare di trovare la disponibilità più consona alle esigenze dell'utente; quindi è dotato di un *software* che consente di visualizzare le agende in maniera automatica. In una videata si riesce a vedere per tutti gli erogatori possibili di una certa prestazione la disponibilità nei vari giorni della settimana; a quel punto si instaura con l'utente un dialogo per la ricerca del giorno più adatto. L'attività del CUP è sostanzialmente questa. E chiaro che il CUP ha successo nel momento in cui, quando si presenta un utente allo sportello, questo va a casa con la sua prenotazione

in mano, cioè con un foglio in cui c'è scritto dove e quando si deve presentare.

Abbiamo notato che le difficoltà in cui si dibatteva il CUP di Modena derivavano dalla mancanza di questa disponibilità. In altre parole, a causa delle difficoltà di rapporto tra il CUP e gli erogatori, l'orizzonte temporale delle agende era stato ridotto ad un mese e i professionisti avevano attuato una modalità di gestione dei rapporti con il CUP molto libera. Poteva accadere che un medico, a causa magari di un convegno, chiedesse al CUP di spostare gli appuntamenti con i pazienti; a quel punto la struttura partiva con le telefonate per cercare di contattare gli utenti e di spostare gli appuntamenti, con le conseguenti arrabbiate. Tra l'altro, questo rapporto non riusciva a trovare un momento di sintesi perché, da un lato, gli erogatori sostenevano di non creare problemi al CUP, di assicurare la propria disponibilità e che questa non cambiava quasi mai; dall'altro lato, gli operatori, con una scarsa «capacità contrattuale» nei confronti dei professionisti, replicavano che questi ultimi cambiavano continuamente le carte in tavola e loro dovevano correre ai ripari.

Notate che l'avvicinamento dell'orizzonte temporale a un mese era stato deciso dal CUP per tutelarsi dai continui spostamenti di appuntamenti. A seguito del nuovo tipo di organizzazione l'utilizzo delle liste di attesa è diventato via via più esteso perché, come diceva prima il dottor Vagnini, le liste di attesa rappresentano lo strumento con cui si gestiscono le agende saturate: nel momento in cui non ho disponibilità, prendo il caso e lo tengo in una lista a parte in modo da trattarlo quando avrò la risposta da dare.

Gli interventi attuati dal giugno 1997 ad oggi – ma stiamo ancora lavorando – sono stati divisi in due filoni. Intanto abbiamo cercato di migliorare la funzionalità interna del CUP; in particolare l'orizzonte temporale delle agende è stato uno degli aspetti principali affrontati. Un altro versante su cui si è molto lavorato è stato quello dei controlli. In realtà il CUP gestisce le prime visite, cioè le richieste di quei pazienti che accedono per la prima volta al sistema sanitario per seguire un *iter* diagnostico-terapeutico; ma i professionisti, dopo averlo visto per la prima volta, instaurano con il paziente un rapporto diretto. I controlli, cioè, sono prestazioni praticamente autoindotte che devono essere periodicamente effettuate: sarebbe inutile a quel punto rifare tutto il giro, ritornare al CUP e riottenere una prenotazione che in fondo è stata la struttura stessa a generare.

Presso l'azienda ospedaliera questo problema era abbastanza sentito (soprattutto negli ambulatori di ortopedia, ad esempio, il gesso va tolto dopo 40 giorni, e a questo si aggiungono i controlli successivi); ciò generava un intasamento del CUP. Per tale motivo abbiamo coinvolto il Policlinico, che rispetto a questo progetto è stato *partner* o comunque copartecipe fin dall'inizio, ed è stato creato un punto di prenotazioni dedicato ai controlli, con un modello *ad hoc*, che evita tutte le difficoltà della prenotazione perché quando il paziente esce dall'ambulatorio la data e l'ora del controllo sono già fissate; a quel punto egli si deve semplicemente recare

allo sportello che gestisce un'agenda *ad hoc* per i controlli. Quindi il CUP ora gestisce sostanzialmente le prime visite.

Quello delle agende è stato una specie di uovo di Colombo, una scoperta quasi banale. Per quanto riguarda i rapporti tra professionisti e CUP, si stabilisce un protocollo in cui ci si mette d'accordo su come fare le cose. La sostanza è che il professionista non può telefonare direttamente al CUP e annunciare che la settimana successiva non erogherà le prestazioni indipendentemente dal motivo; deve passare attraverso la direzione sanitaria, che però, una volta data l'autorizzazione al professionista, deve dire anche come intende recuperare le prestazioni che si perdono. Telefonare ad un paziente e scusarsi per un semplice rinvio cambia di molto il rapporto rispetto all'annuncio di una prenotazione persa che non si sa quando potrà essere recuperata.

Di conseguenza l'orizzonte temporale delle agende è stato portato a quattro mesi.

Non è facile perché, ad esempio, a settembre i professionisti devono dire quando andranno in ferie a Natale. Nell'agenda devono essere previsti anche i giorni festivi compresi tra Natale e Capodanno: questa operazione non è banale.

Non ci si può nascondere che l'aumento dell'orizzonte temporale delle agende comporta grandi vantaggi e risolve due problemi: elimina alla radice il problema delle liste di attesa (nell'ambito della medicina specialistica questo fatto è immediatamente visibile: quando il paziente si presenta allo sportello non è in lista di attesa ma in attesa di ottenere la prestazione) e riduce l'attività di retrospostello del CUP. Di conseguenza il CUP può assolvere al suo vero compito: far incontrare l'offerta e la domanda. Esiste però un problema legato ad una sorta di «mortalità» delle prenotazioni: alcuni pazienti rinunciano perché trovano talvolta altre strade per risolvere i loro problemi e, in casi di particolare urgenza, si rivolgono ad un libero professionista. Abbiamo svolto un'analisi in Policlinico e abbiamo verificato che il quattro per cento circa delle persone prenotate non si presenta all'appuntamento; è un numero elevato a fronte di milioni di prestazioni erogate. Per evitare questo spreco di risorse abbiamo condotto una campagna informativa di educazione civica con l'aiuto della stampa.

Una soluzione che abbiamo provato a realizzare è l'*overbooking*, un sistema di prenotazione in uso per i viaggi aerei: si accetta un numero di prenotazioni superiore alle richieste che si possono esaudire, nella consapevolezza che una percentuale di persone non si presenterà alla visita. Naturalmente, in caso contrario, il professionista dovrà soddisfare anche la richiesta eccedente.

Sono state assunte altre iniziative più visibili per l'utenza, relative alle modalità di prenotazione. Un'iniziativa particolarmente originale è il coinvolgimento dei medici di base nel processo di prenotazione, sulla quale, insieme al dottor Vagnini, ho scritto recentemente un articolo pubblicato a dicembre sul n. 52 della rivista Agenzia sanitaria italiana, che ho consegnato alla segreteria della Commissione.

La soluzione ideale per risolvere il problema della prenotazione consisterebbe nel demandarla al medico di base che genera la domanda e, godendo della fiducia del paziente, è la persona più adatta ad indirizzarlo. Però l'attività di prenotazione è difficile per problemi di organizzazione sanitaria. Alcuni professionisti offrono tipologie di prestazione soltanto in relazione a determinate diagnosi e ciò complica l'attività di prenotazione. Quando nel servizio si inserisce un operatore nuovo occorrono due o tre mesi di *training* abbastanza specifico prima che sia in grado di operare autonomamente e di interagire con l'utenza.

Ora, il vero compito del medico di medicina generale non è quello di prenotare, ma di visitare il paziente, di formulare un quesito diagnostico e di richiedere delle prestazioni. A noi questo tipo di informazione non giunge, se non tramite il paziente che ci mostra la ricetta del medico di base. A Modena esiste una tradizione consolidata di informatizzazione dei medici di medicina generale che risale all'inizio degli anni '80. Abbiamo dotato molti medici di un *software* particolare: le ricette, scritte tramite *computer*, specificando il nome del paziente, il quesito diagnostico e le prestazioni richieste, sono trasmesse via *modem* e archiviate tramite un *database*. A partire dal giorno successivo, al paziente (che telefona ad un numero verde, specificando il numero dell'impegnativa, senza rivelare la sua identità) viene comunicata dall'operatore la data di prenotazione.

La prenotazione telefonica «completa» si effettua in alcune realtà molto piccole; soprattutto i pazienti anziani hanno difficoltà a specificare il tipo di prestazione richiesta: il linguaggio e la grafia dei medici sono specifici e difficilmente comprensibili. Abbiamo risolto alla radice questo problema tramite il numero verde: quando il medico ci invia la ricetta per via telematica, conosciamo in anticipo il nome della persona, il quesito diagnostico e il tipo di prestazione richiesta. Il modulo di prenotazione viene recapitato a casa o ritirato presso uffici di informazione dislocati in vari punti della città oppure in ambulatorio. Lo recapitiamo a casa quando il tempo è lungo; usiamo altri metodi quando occorrono pochi giorni: nel caso della prestazione di laboratorio è ritirato il giorno stesso del prelievo.

Queste iniziative sono state avviate nei mesi di ottobre e novembre del 1997. In questo modo abbiamo prenotato in un anno circa 15.000 pazienti, coinvolgendo circa 40 medici di base nei distretti di Modena e di Castelfranco. Attualmente stiamo estendendo l'iniziativa ad altri distretti della provincia.

La seconda iniziativa visibile è la prenotazione in farmacia avviata nei distretti di Modena e di Castelfranco che stiamo estendendo nel mese in corso nei distretti di Pavullo e Carpi. Prevediamo entro l'anno di raggiungere capillarmente tutte le farmacie della provincia (sono circa 150), anche quelle localizzate nelle frazioni.

Abbiamo siglato un accordo con Federfarma, l'associazione che rappresenta i titolari della farmacie, e con il comune di Modena che è proprietario di 12 farmacie. Grazie a questa iniziativa il paziente può gratuitamente rivolgersi alla farmacia anziché recarsi allo sportello. La

prenotazione in farmacia è semplificata rispetto a quella effettuata tramite lo sportello, ma il *software* di cui abbiamo dotato i farmacisti consente soltanto di reperire la prima disponibilità: il paziente non può indicare un giorno di preferenza come può fare presso lo sportello del CUP.

In farmacia non si possono fare queste scelte: dopo la richiesta della prestazione, si deve prendere il primo posto libero disponibile; se non va bene, bisogna andare allo sportello.

Fatto sta che da dicembre a fine gennaio, circa 4.000 persone si sono recate nelle oltre 30 farmacie in funzione, con grossa soddisfazione sia dell'utenza sia dei farmacisti, che tra l'altro hanno trovato nel CUP un supporto notevole. Abbiamo fornito loro un numero di telefono dedicato, cui possono telefonare per chiedere spiegazioni. All'inizio ci sono numerosissime telefonate; poi, piano piano, imparano e si abituano, perché trattano materie analoghe. Insomma, attualmente siamo entrambi piuttosto soddisfatti, tant'è vero che inizieremo con Pavullo proprio in questi giorni, mentre a Carpi stiamo per cominciare la formazione.

Un'ulteriore iniziativa riguarda le Poste italiane. E curioso pensare di potere prenotare all'ufficio postale, ma in realtà c'è un interesse reciproco. Le Poste hanno una distribuzione ancora più capillare delle farmacie, dal momento che gli uffici postali sono presenti nelle frazioni più nascoste, in montagna e in campagna. Di solito si tratta di uffici che lavorano abbastanza poco, perché hanno un'utenza piuttosto ristretta, quindi ampliare i servizi è per loro molto interessante

Abbiamo siglato un accordo a fine dicembre 1998 con le Poste italiane spa (con la filiale di Modena); abbiamo già proceduto alla formazione e stiamo avviando il progetto in cinque uffici postali periferici, dove si prenoterà in maniera analoga alle farmacie, quindi solo alla prima disponibilità. In quella sede si potrà anche pagare contestualmente il *ticket*, secondo la logica che, se ci si trova in un punto abbastanza periferico, è comodo per il paziente provvedere a tutto in un unico momento.

Tra l'altro, è da notare che la prenotazione telefonica non è molto utilizzata dalla nostra utenza (composta soprattutto da pazienti anziani), mentre viene utilizzata soprattutto dai giovani che ovviamente sono contentissimi di telefonare ad un numero verde e di risolvere i loro problemi. Gli anziani sono poco abituati a questi servizi e forse hanno anche un po' di timore. Invece, l'ufficio postale è un posto dove sono abituati a recarsi, di cui si fidano, e soprattutto nelle località piccole esiste un rapporto molto stretto con chi vi lavora.

Complessivamente il progetto funziona, fatto sta che mentre nel marzo 1997 il tempo di attesa massima per raggiungere lo sportello era di 1 ora e 20 minuti, ora siamo passati a meno di 40 minuti. Anzi, ci sono momenti in cui l'accesso è praticamente diretto. L'orario di apertura del CUP di Modena va dalle 8 alle 19, ma intorno all'ora di pranzo e per tutto il pomeriggio si entra e si va direttamente allo sportello. Questa è una grande soddisfazione, perché abbiamo risolto quello che era un nostro problema iniziale.

Ulteriore elemento di soddisfazione è dato dal fatto che abbiamo avuto un incontro proprio questa settimana con i centri privati accreditati, che noi come CUP non trattiamo. Al CUP si prenotano le prestazioni messe a disposizione dalla USL e dal Policlinico, quindi dalle strutture pubbliche; ma la USL acquista prestazioni dal privato accreditato mediante contratti di fornitura. Quelle prestazioni sono oggi autoprenotate dai centri. Loro ci hanno contattato per entrare nel nostro CUP al fine di inserire le loro agende all'interno del CUP stesso; considerato che è un modo abbastanza agevole per accedere alle strutture, sono interessati a mettersi in questa «vetrina» (anche se il termine non è esatto). Il CUP è una sorta di «vetrina», in cui l'offerta viene messa a disposizione della domanda degli utenti. Se i privati accreditati sono interessati, a noi non può far altro che piacere. Infatti, nel corso dell'incontro ho detto loro che il nostro obiettivo era arrivare a loro e che ci faceva piacere che erano stati proprio loro a contattarci, perché ciò significa che ci considerano degli interlocutori seri. Insomma, è una piccola soddisfazione.

In conclusione, stiamo raggiungendo l'obiettivo della prenotazione provinciale. Il fatto che le farmacie di Pavullo potranno prenotare su Modena e su Carpi a giorni ci soddisfa notevolmente. Nascere dall'unione di sei USL significa nascere da sei realtà completamente diverse, sei meccanismi operativi completamente differenti.

Vi assicuro che toccare il CUP è come toccare un nervo scoperto: è un posto in cui si lavora in maniera forsennata, si ha sempre l'utenza di fronte e non si ha tempo per pensare; si ha il tempo solo di rincorrere una domanda sempre presente. Integrare il CUP a livello provinciale è un lavoro che sta assorbendo tantissime energie e il fatto di esserci arrivati è una discreta soddisfazione. Il CUP, nella nostra ottica, deve diventare un punto terzo rispetto alla gestione aziendale, rispetto all'azienda USL; è un punto in cui l'azienda USL come utente inserisce le disponibilità che ha acquisito in qualche modo presso i propri presidi o i convenzionati interni o l'azienda ospedaliera o i privati accreditati, e fa accedere l'utenza a tali disponibilità.

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri ospiti per la loro interessante esposizione e per averci illustrato la loro esperienza sicuramente singolare.

Do ora la parola ai senatori che intendono intervenire.

CAMERINI. Signor Presidente, anch'io vorrei ringraziare personalmente i nostri ospiti e porre loro qualche domanda, nella consapevolezza che avere un CUP efficiente è uno sforzo di razionalizzazione di tutto il sistema sanitario.

Il primo quesito è di tipo statistico. Avete dichiarato di avere effettuato complessivamente 600.000 prenotazioni in un anno. Qual è il numero di prenotazioni in media per cittadino? Non ho capito bene se voi servite 600.000 abitanti oppure un numero inferiore.

Seconda domanda: come si soddisfano le eventuali preferenze di un paziente? Un paziente desidera, ad esempio, essere visitato da un determi-

nato specialista, voi riuscite ad incanalare tale preferenza in maniera coerente oppure avete dei problemi in questo senso?

In genere, la richiesta di preferenze è frequente?

Sono rimasto colpito da uno studio realizzato alcuni anni fa sulle differenze di linguaggio fra la Germania dell'Est e la Germania dell'Ovest. Ad esempio, il paziente della Germania dell'Est diceva: «Io vado in clinica»; quello della Germania dell'Ovest: «Io vado a farmi vedere dal medico». In altri termini, quanto pesa la preferenza per un determinato professionista?

Terza domanda: è possibile per un cittadino fare una prenotazione diretta? Per esempio, se desidero farmi fare un elettrocardiogramma in un determinato reparto, da un certo professionista posso accedere direttamente o obbligatoriamente devo passare attraverso il CUP?

La quarta domanda è relativa alla reattività dei medici rispetto al modello di prenotazione. Questa mattina ho sentito delle lamentele da parte di alcuni operatori che lavorano nel campo della medicina in relazione alla sovrastrutturazione burocratica nel prescrivere ricette. Come viene accettata psicologicamente la prenotazione dai medici di medicina generale? Io sospetto che sia vista come un carico aggiuntivo di lavoro, un servizio giusto ma poco gradevole, mentre, dai dati indiretti in mio possesso, ho tratto la conclusione – ma chiedo a voi una conferma – che per questo servizio vi è una maggiore adesione da parte di coloro che lavorano nelle farmacie. È vero? Quali sono le difficoltà per quanto riguarda la cultura informatica dei vari professionisti, indifferentemente farmacisti o medici di medicina generale o operatori delle poste, e quali sono le difficoltà di lettura – è stato accennato prima - di certe richieste? È chiaro che se scrivo «doppler vasi del collo» la richiesta è relativamente semplice ma quando si fa un elenco di esami ematologici, i problemi possono essere più complessi.

Vorrei fare molte altre domande, ma per finire mi soffermo solo su un aspetto. Voi avete presentato una tabella con vari strumenti per ridurre le liste di attesa e – credo molto giustamente – avete stressato l'importanza della appropriatezza delle richieste. Avete citato alcuni percorsi per calibrare meglio l'appropriatezza della domanda, però da un punto di vista operativo come agite per identificare le richieste inappropriate e per cercare magari di ridurle con meccanismi di *feedback*?

CASTELLANI Carla. Signor Presidente, anch'io vorrei ringraziare gli ospiti per le loro relazioni, che sono state veramente esaustive, e rivolgere loro qualche domanda.

La prima all'ingegner Ragazzoni. Mi pare di aver capito che i tempi delle agende sono la linea di demarcazione tra due concetti, cioè l'attesa della prestazione e la costituzione delle liste di attesa: finché si rientra nei quattro mesi si tratta di attesa della prestazione, dopo quattro mesi si entra nelle liste di attesa. Non potrebbe essere questo un semplice *escamotage* per ridurre le liste di attesa? Quali sono i tempi medi delle agende in tutte le altre regioni?

Mi pare infatti di aver capito che voi siete partiti da un mese e che avete portato le agende da due a quattro mesi, sicuramente per metodiche organizzative, ma ciò potrebbe indurre anche ad una diversa interpretazione, ossia che la diminuzione delle liste di attesa si registra in virtù dell'aumento dei tempi delle agende.

Anche al dottor Vagnini vorrei rivolgere alcune domande. Lei ha parlato di gestione delle urgenze. Quali sono e quali potrebbero essere i criteri per individuare le priorità, atteso che le urgenze sono per definizione urgenti?

Per quali patologie le liste di attesa sono ancora oggi le più corpose nel vostro CUP? Vorrei inoltre sapere se l'attuale organizzazione trova gradimento tra i cittadini o se ci sono ancora motivi di lagnanza.

Ancora, mi pare di aver capito che il distretto di Modena ha un organico di 40 persone ed è uno dei sette distretti del circondario di Modena; gli altri distretti hanno lo stesso organico o hanno organici più contenuti?

Naturalmente la più importante delle domande è quella sulle urgenze, seguita da quella sul concetto di lista di attesa in rapporto ai tempi delle agende.

BERNASCONI. Dottor Vagnini, è possibile valutare quanto il CUP nel corso di un anno abbia modificato i ricorsi impropri al pronto soccorso per visite urgenti che sono in realtà differibili, dovuti alla difficoltà di accedere alla prestazione in un tempo ragionevole? Voi sapete infatti che quello del ricorso improprio è un grossissimo problema per tutti i servizi di pronto soccorso.

In secondo luogo, è stata presentata una serie di proposte per ridurre le liste di attesa, ma quanto si è riusciti ad incidere sull'organizzazione interna delle singole strutture? Si è molto insistito sulla collaborazione con i medici di medicina generale, sul fatto di responsabilizzarli sulla qualità delle richieste che essi fanno ma, rispetto allo specialista, quanto ciò riesce ad incidere, dimostrando che ci sono alcune liste di attesa eccessivamente lunghe, in parte per inappropriata delle richieste e in parte per reali bisogni (ad esempio, le ecografie e i doppler), affinché la struttura, pubblica o privata che sia, si attrezzi per rispondere al meglio alle maggiori richieste, sia in ordine alla disponibilità dei professionisti, sia in ordine all'aumento dei servizi?

L'ingegner Ragazzoni, in particolare, fa sempre riferimento a «professionisti» e non a «servizi»; quando ha fatto un esempio di assenze non si riferiva alla mancata copertura di un servizio, ma alle assenze di singoli medici come se il CUP indirizzi al singolo specialista piuttosto che al singolo servizio. In quasi tutti gli ospedali, però, se manca uno specialista per ferie o per altro motivo il servizio ambulatoriale è comunque mantenuto da altri colleghi. Vorrei perciò sapere se vi è già una personalizzazione del rapporto specialistico.

Da ultimo, vorrei conoscere i costi. Si tratta di un servizio della cui utilità siamo tutti convinti, ma qual è, in percentuale, non in valore asso-

luto (perché le visite specialistiche hanno costi differenziati in base al costo della prestazione), il costo in più per il Servizio sanitario nazionale? In altre parole, se vado in ospedale e perdo una, due o tre ore del mio tempo per fare una prenotazione questo è un costo sociale, ma per il Servizio sanitario nazionale questo non è un costo; se io attrezzo – giustamente – il Servizio sanitario nazionale affinché la prestazione sia inserita all'interno di una struttura, con un numero di operatori sufficiente a garantire un servizio adeguato e qualificato, tutto ciò ha un costo di prestazione e un costo di prenotazione. Allora, qual è il costo di prenotazione in un servizio che funziona?

PIANETTA. Signor Presidente, in una precedente audizione era stato particolarmente sottolineato che le liste di attesa sono la principale preoccupazione dei pazienti e il più grande motivo di critica nei confronti del sistema sanitario. Pertanto ho molto apprezzato la relazione dei nostri ospiti, che ringrazio, rivolgendo un saluto particolare all'ingegner Ragazzoni, al quale mi accomuna la professione.

Vorrei sapere a questo punto qual è il risultato ottenuto in relazione alle liste di attesa, quali sono ancora gli aspetti insoddisfacenti e soprattutto quali sono ancora i punti critici sui quali si ritiene di dover intervenire attraverso un'azione di miglioramento.

BRUNI. Signor Presidente, anch'io devo chiedere qualcosa, nonostante siano state fatte molte domande piuttosto esaurienti. Pur essendo lombardo, la mia formazione professionale è stata modenese (provengo da una scuola molto importante, quella di Libertini, di cui mi vanto di aver fatto parte).

So che la città di Modena è sempre stata all'avanguardia rispetto ai problemi della sanità. L'audizione mi è sembrata interessante soprattutto riguardo all'aspetto organizzativo: ritengo infatti che l'integrazione tra pubblico e privato rappresenti la migliore soluzione.

Una curiosità: immagino che il Policlinico della ASL di Modena sia associato al Sant'Agostino.

VAGNINI. No, il Policlinico è una struttura universitaria; il Sant'Agostino fa parte del presidio all'interno dell'azienda USL.

BRUNI. Sebbene possa immaginarli, vorrei sapere a quali motivi, a vostro avviso, è imputabile l'entità delle liste di attesa e in quale modo pensate di fronteggiare tale problema. A mio avviso i medici di base tendono a prescrivere con eccessiva disinvoltura ecografie, gastroscopie e altri tipi di esami.

PRESIDENTE. I colleghi hanno formulato quesiti esaurienti, anticipando molte delle domande che intendevo porre. L'odierna esposizione ha suscitato curiosità e speranza, ma anche un po' di scetticismo; rappresenta comunque una bella esperienza.

Vorrei avere informazioni sulle figure professionali e sul tipo di formazione dei 40 operatori che lavorano presso il CUP. Sulla base della mia esperienza di direttore sanitario so che la capacità di interloquire e di avere relazioni con il pubblico riveste un'importanza cruciale per la funzionalità di questo servizio, presso il quale lavora spesso personale scarsamente motivato o di ridotte risorse attitudinali.

Mi permetto di specificare meglio il quesito della senatrice Castellani, distinguendo tra interventi di urgenza ordinari e quelli ad attesa determinata. Mentre le urgenze indifferibili trovano sicuramente risposta nell'ambito di qualsiasi sistema sanitario nazionale, il problema si pone essenzialmente per le urgenze a tempo determinato, che devono essere soddisfatte entro un certo periodo. Desidero sapere se presso il vostro centro questi due livelli sono differenziati e se esistono dati comparativi per confrontare la situazione precedente con l'attuale.

Nell'ambito delle nostre visite presso le aziende sanitarie, sentiamo spesso parlare di uffici delle relazioni con il pubblico, ma abbiamo scarse informazioni sugli uffici di pubblica tutela che rappresentano un elemento essenziale nell'attivazione di un servizio di questo tipo. Vorrei sapere se presso l'azienda di Modena è stato istituito un ufficio di pubblica tutela; quale è eventualmente, il contenzioso pendente rispetto alle liste di attesa e alle accettazioni; se sono stati effettuati risarcimenti; se il vostro attuale sistema è stato comunicato ai pazienti, così come sarebbe previsto, e testato mediante l'invio di questionari di soddisfazione.

Da ultimo, si è parlato dei problemi del medico di medicina generale: vorrei sapere se il sistema di informatizzazione e di comunicazione diretta con il medico generico è stato agevolato dal punto di vista economico, prevedendo incentivi per i medici che si sono attrezzati o che hanno partecipato all'iniziativa.

RAGAZZONI. Le domande poste sono molto interessanti.

Rispondendo al senatore Camerini, gli abitanti della provincia sono 618.000 circa. Il distretto di Modena, che è il più grande dei sette, ne ha circa 200.000. Non è facile calcolare il rapporto tra il numero di prenotazioni e quello degli abitanti. Sulle statistiche relative alle preferenze del paziente per ogni singolo specialista risponderà il dottor Vagnini.

Secondo me i medici di base considerano molto male la prenotazione: nella fase della trattativa per avviare questa iniziativa ho spiegato loro che a mio avviso la prenotazione non fa parte del loro mestiere, richiede molto tempo e quindi l'assunzione di personale da adibire esclusivamente a questa attività. L'interazione con gli operatori del CUP richiede invece tre o quattro minuti.

Ho trovato disponibilità da parte dei medici di medicina generale e ho superato la loro diffidenza quando ho chiarito che il mio progetto si riferiva soltanto alle ricette ed era finalizzato a conoscere preventivamente le prestazioni richieste. L'aspetto informatico rappresenta un problema: anche i medici informatizzati da molto tempo sono dotati di strumenti antiquati e non sono degli esperti. Abbiamo utilizzato strumenti *standard*: i

protocolli di comunicazione di Internet; tutti i *personal computer* sono collegati direttamente con il sistema operativo.

Ci sono state alcune difficoltà nello spiegare loro come dovevano interagire e collegarsi via *modem*. Ogni medico ha richiesto l'intervento di nostri operatori, i quali hanno trascorso diverse ore con loro e hanno avuto anche vari contatti telefonici. Solo per questo collegamento – non per una prenotazione vera e propria – c'è stato un investimento molto cospicuo da parte dell'azienda.

Le farmacie, invece, sono più abituate, perché utilizzano i *computer* per gestire i loro magazzini interni.

Per quanto riguarda gli uffici postali, il problema è serio perché stanno cominciando ora ad informatizzarsi; hanno un progetto molto ampio di informatizzazione. Quando ci siamo incontrati con loro – due o tre sabati mattina – per fornire alcune spiegazioni, abbiamo riscontrato che alcuni operatori avevano usato il *mouse* solo nel corso di alfabetizzazione che avevano dovuto frequentare, però sono persone molto volenterose e probabilmente sono stati scelti degli uffici postali disponibili.

Il tema dell'appropriatezza è fondamentale. Non sono un esperto, ma posso dire che l'azienda USL di Modena lo sta affrontando in maniera, secondo me, molto sistematica e scientifica. Dal 1997 abbiamo istituito l'unità di farmacoepidemiologia e valutazione dei servizi sanitari; una definizione molto roboante, che in realtà stava a significare un gruppo di persone, con a capo il dottor Magrini, farmacologo piuttosto noto, che ha cominciato a studiare il problema dell'appropriatezza in particolare per quanto riguarda i farmaci. All'inizio del 1999 è stato istituito un centro come evoluzione di questa unità, il CEVEAS, di cui ha parlato il dottor Vagnini. Il professor Liberati, il quale nel frattempo ha avuto una cattedra all'università di Modena, sarà il capo di questo centro, il quale si pone come centro a rilievo sicuramente regionale ma probabilmente anche nazionale. Viene citato nel piano sanitario regionale dell'Emilia Romagna come centro a cui la regione commissionerà del lavoro nella definizione delle linee guida e nella loro ricaduta.

Come avviene operativamente questo lavoro? Loro producono delle linee guida sia sul buon uso che sul cattivo uso dei farmaci o delle prestazioni, ossia delle indicazioni su quando sono utili e quando no (ad esempio, per le ecografie è stato stabilito quando non si effettuano, perché ci sono dei casi – io però non li ricordo – in cui sono inutili, come nel caso di una persona che ha i calcoli ad un rene). Queste informazioni vengono diffuse tramite varie iniziative di formazione il sabato mattina, portate avanti sia con i medici di base sia con gli specialisti, ossia gruppi misti di valutazione. Ad esempio, uno specialista è perfettamente in grado di dire: «Ieri ho fatto dieci esami e otto non servivano».

Un caso classico è quello della risonanza magnetica e della Tac, che sono apparecchiature diagnostiche molto costose; ne abbiamo diverse in azienda, ma comunque sono scarse. La neuroradiologia del Policlinico valuta direttamente l'appropriatezza (è un caso di accesso diretto, si va direttamente in neuroradiologia) e decide su quel caso; poi si attiva con il

medico di base e in questo caso i tempi di attesa sono molto ridotti, perché tutto ciò che è inutile non viene fatto. Lo specialista si pone come colui che è in grado anche di aiutare il medico di base a capire ciò che è utile.

PRESIDENTE. Ingegnere Ragazzoni, la pregherei di rispondere un po' più sinteticamente, perché restano solo pochi minuti a disposizione. Se vuole, potrà inviarci anche una memoria scritta. Adesso dovrebbe focalizzare le risposte sui quesiti specifici.

RAGAZZONI. Un'altra questione da affrontare è quella relativa al problema delle liste di attesa, che è diverso da quello dei tempi di attesa. Le liste sono una cosa, ma il problema vero riguarda i tempi. È vero, allungare l'orizzonte temporale elimina le liste di attesa ma non risolve il problema. È anche vero però che ci sono delle prestazioni che andranno prenotate tra quattro mesi, quindi comunque non è detto che aver allungato l'orizzonte temporale sia stato solo un *escamotage*; era anche un'esigenza. Però, in effetti, il tempo di attesa è il vero problema.

La regione Emilia Romagna ha emanato una direttiva che impone all'azienda di rientrare nei 30 o nei 60 giorni, a seconda della tipologia della prestazione. Ci stiamo adoperando e il lavoro – come ha affermato in precedenza il collega – riguarda sia il versante dell'offerta che quello della domanda. Quindi, quattro mesi sono molto più dei due mesi, è un tempo sovrabbondante, ma serve per quei casi specifici.

Per quanto riguarda l'incentivazione, ossia quanto abbiamo versato ai medici di base per questa iniziativa, stante il fatto che abbiamo chiesto soltanto di continuare ad usare la loro cartella clinica, l'abbiamo fatta modificare e ci facciamo inviare le ricette; alla fine abbiamo dato loro un contributo di avvio di 200.000 lire, in pratica per comprare il *modem*, e un contributo mensile di 168.000 lire: 100.000 lire è quanto il contratto prevede per l'informatizzazione, per il fatto di essersi dotati di un *computer*; la quota restante è un'ulteriore sovvenzione.

In realtà, il ragionamento è stato il seguente: noi non intendevamo pagarli per quel lavoro, dal momento che è un servizio ulteriore che possiamo insieme fornire ai pazienti, ai cittadini. Secondo noi non è particolarmente oneroso e anche loro lo hanno ammesso. È vero però che proprio ieri ci siamo incontrati con loro, perché intendono valutare con noi l'esito di questo anno di lavoro per studiare come modificare l'incentivazione. Dal mio punto di vista, è importante farlo perché noi paghiamo quelle somme indipendentemente dal fatto che il medico invii o meno le ricette. A noi interessa poter pagare anche di più una persona che si adopera e non pagare affatto chi non contribuisce; invece, si prendono molta libertà. Se per due mesi non inviano le ricette, telefoniamo; di solito ci rispondono di essersene dimenticati e dopo ricominciano ad inviarle. Comunque è chiaro che si tratta di iniziative che devono essere monitorate.

VAGNINI. Signor Presidente, vorrei rispondere al senatore Camerini: le prenotazioni in media sono circa 10-15.000 settimanalmente. Ho a disposizione un organico di 37 persone, dal terzo al sesto livello, e non c'è stato alcun tipo di cambiamento dal momento in cui sono entrato a dirigere il servizio ad oggi. Quindi, le persone che c'erano prima sono le stesse che ci sono adesso.

I miei colleghi che vistano le urgenze sono medici di base che partecipano all'attività dell'azienda USL ad orario nell'ambito della medicina di servizio, quindi, da questo punto di vista, non abbiamo avuto costi aggiuntivi. Non c'è stata una variazione degli organici in funzione all'aumento di difficoltà operativa del servizio.

BERNASCONI. Cosa facevano prima questi organici?

VAGNINI. La normale prenotazione.

BERNASCONI. Allora quanto costava la vecchia prenotazione?

VAGNINI. Non glielo so dire.

RAGAZZONI. La regione Emilia Romagna qualche anno fa, forse nel 1994-1995, ha fatto un'analisi comparativa ed è risultata una cifra attorno alle 3-4.000 lire per prenotazione. Tra l'altro, il CUP di Modena era tra i meno costosi perché ha dei volumi elevati e tutto sommato una dotazione non troppo consistente. Altri CUP avevano dei valori molto più consistenti.

VAGNINI. Per quanto riguarda il discorso delle preferenze, la stragrande maggioranza dei reparti - a parte i medici convenzionati - dà una preferenza divisionale, quindi le prenotazioni sono divisionali. Non entro nel merito delle singole specialistiche, però posso dire che ce ne sono alcune in cui la visita di controllo viene gestita automaticamente dallo specialista in modo che ci sia la necessaria continuità terapeutica.

L'accesso alla prenotazione diretta è possibile per alcuni servizi; ad esempio, l'oncologia ha una prenotazione diretta in primo accesso, le visite di controllo le gestiamo noi. La cardiologia e la neurologia ci danno la disponibilità di un accesso immediato per l'urgenza, cioè i pazienti passano da noi semplicemente per essere informati che possono andare direttamente al reparto per la visita e la diagnostica necessaria.

Ci è stato chiesto come identificare la richiesta inappropriata. Il lavoro di collante che stiamo facendo tra l'attività degli specialisti e quella dei medici di base è proprio questo: fare in modo che da parte di questi gruppi di lavoro vengano fuori delle linee guida che facilitino gli uni e gli altri a fare in modo che le richieste abbiano un minimo di senso, così come dicevo prima per le urgenze.

Queste ultime tendono a bypassare il canale normale di prenotazione, per cui esistono disponibilità per quasi tutti i reparti e quasi tutte le specialistiche per urgenze che abbiano un certo valore. Questo è motivo di discussione un giorno sì e un giorno no perché è faticoso anche per i miei colleghi capire quando è il momento di autorizzare o meno un'urgenza.

Per quanto concerne il gradimento e le lamentele, gradimento per alcune iniziative c'è stato ed esplicito, soprattutto per le prenotazioni dei medici di medicina generale. Informare con il collegamento informatico è stato uno dei maggiori successi nel 1998 sia per gli utenti che per gli operatori, che per la prima volta nella loro vita professionale hanno ricevuto complimenti telefonici per il tipo di servizio reso.

È stato chiesto quanto questo sistema riduca il lavoro del pronto soccorso: non so quantificarlo. Posso dire che l'indicazione che ho dato agli operatori è quella di non indirizzare le persone verso il pronto soccorso nel momento in cui si presentano al CUP; la stessa indicazione è stata data anche ai medici di base per fare in modo che la pressione sul pronto soccorso si riduca, però non credo che la cosa abbia avuto un grande risultato. I reparti di pronto soccorso continuano ad avere difficoltà non indifferenti.

Ci sono tuttora problemi seri per alcune branche specialistiche, vedi angiologia.

PRESIDENTE. Per il settore vascolare ci sono in tutta Italia.

VAGNINI. Non parliamo dell'oculistica, che in questo momento ci sta mettendo in ginocchio perché abbiamo centinaia di persone in lista di attesa per i singoli specialisti. A tale proposito stiamo cercando di trovare una soluzione tra pubblico e privato perché, così come abbiamo dovuto fare per le ecografie e le mammografie, la soluzione sarà quella di acquistare prestazioni al di fuori dell'attività dei nostri ospedali o comunque dei nostri specialisti. Vi sono poi centri di altissima specializzazione, come quelli di chirurgia della mano, che al momento ci danno qualche problema perché le disponibilità per le visite per pazienti esterni sono poche: avendo i chirurghi impegnati nell'attività propriamente chirurgica, non possiamo pretendere di averli negli ambulatori a tempo pieno.

Non vi nascondo che quello che abbiamo di fronte è un piano di lavoro molto, molto impegnativo su cui ci stiamo ancora sforzando di intervenire. Prima gli utenti che si recavano al CUP dovevano aspettare circa due ore per poter interloquire con un operatore e avere informazioni sul tempo che avrebbe impiegato per ottenere una prestazione di qualsiasi genere, e questo rappresentava un problema assai grave. Ora gli utenti, almeno da questo punto di vista, sono soddisfatti perché ricevono una risposta in tempi brevi, anche se in alcuni casi non è proprio quella ideale viste le attese previste per alcune visite ed esami specialistici.

PRESIDENTE. Anche a nome della Commissione ringrazio i nostri ospiti. Invito il dottor Vagnini e l'ingegner Ragazzoni a fornirci una eventuale ulteriore memoria contenente le risposte a quelle domande alle quali ritengono di non aver risposto esaurientemente.

Dichiaro conclusa l'audizione e rinvio il seguito dei lavori ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 16,35.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Il Consigliere parlamentare dell'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici

DOTT. GIANCARLO STAFFA

