ATTI PARLAMENTARI

XIV LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. **CCI**
n. **3**

RELAZIONE

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

(Anno 2003)

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

Presentata dalla Regione Toscana

Trasmessa alla Presidenza il 24 marzo 2004

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

INDICE

Premessa ..... *Pag.* 5

Struttura della relazione ..... » 5

L'attività ambulatoriale ..... » 5

L'attività di ricovero ..... » 9

Atti significativi della Regione Toscana ..... » 10

Deliberazione G.R.T. 418 del 23 aprile 2001 ..... » 10

Deliberazione G.R.T. 619 dell'11 giugno 2001 – Sistemi di prenotazione informatizzati (CUP): determinazioni .. » 11

Deliberazione G.R.T. 659 del 18 giugno 2001 Manuale dei flussi D.O.C. ..... » 11

Deliberazione G.R.T. 1351 del 10 dicembre 2001: modifiche ed integrazioni alla Deliberazione G.R. 418/01 ..... » 11

Deliberazione G.R.T. n. 734 del 15 luglio 2002 « Approvazione del quadro di sperimentazione del progetto M.I.R. (Medici in rete) » ..... » 12

Deliberazione G.R.T. 1417 del 16 dicembre 2002 – Integrazione dei sistemi di prenotazione CUP delle Aziende sanitarie: modalità e tempi di realizzazione ..... » 12

Deliberazione G.R.T. 649 del 30 giugno 2003 ..... » 12

Deliberazione G.R.T. 887 dell'8 settembre 2003 ..... » 13

Deliberazione G.R.T. 45 del 26 gennaio 2004: Monitoraggio dei tempi di attesa: modifiche ed integrazioni alla Delibera G.R. 418/01 e alla Delibera G.R. 1351/01 ..... » 13

Linee guida ed indirizzi diagnostico terapeutici ex P.S.R. 2002/2004 ..... » 13

Allegato A

Modalità organizzative ..... » 29

Ambiti di attivazione del servizio di prenotazione unificato ..... » 29

La costituzione dei comitati (esecutivi e regionale) ..... *Pag.* 29

Modalità di relazione tra i soggetti aziendali che conferiscono le quote di prestazioni ..... » 30

Caratteristiche e standard funzionali dei sistemi di prenotazione integrati ..... » 31

La distinzione tra prestazioni di primo accesso e prestazioni di secondo accesso ..... » 31

Le modalità di accesso da parte del cittadino ..... » 32

Modalità di acquisizione della compartecipazione del cittadino alla prestazione (pagamento del ticket) ..... » 33

Integrazione tra la fase di prenotazione e le ulteriori fasi (erogazione della prestazione, refertazione, altra documentazione clinica, pagamento del ticket) ..... » 33

Il catalogo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali per le finalità del presente progetto ..... » 34

Premessa

La presente relazione si compone di due parti: una dedicata alla specialistica ambulatoriale ed una dedicata all'attività di ricovero.

La distinzione si rende necessaria in considerazione del diverso impatto che il fenomeno dei tempi di attesa genera sui due ambiti di attività. La dimensione quantitativa dei due fenomeni (milioni di prestazioni per l'ambulatoriale centinaia di migliaia di prestazioni per i ricoveri), la diversa complessità clinico sanitaria dell'attività di ricovero che richiede e presuppone di norma tempi ed istanze organizzative molto più strutturate rispetto all'ambulatoriale, il diverso modo in cui il sistema dell'offerta è in grado di influire sulla stessa formazione della domanda per le prestazioni di ricovero, sono in sintesi gli elementi che hanno portato alla distinzione nella presente relazione, ma anche alla diversificazione delle azioni intraprese per i due ambiti, pur nella unitarietà delle strategie.

Struttura della relazione

Nella prima parte vengono trattate in modo sistematico le linee strategiche seguite per realizzare gli interventi in materia di tempi di attesa sia nel settore dell'ambulatoriale che nel ricovero.

Nella seconda parte sono riportati in sintesi ed in ordine cronologico i più importanti provvedimenti assunti in materia di tempi di attesa.

L'allegato A) contiene le copie complete dei provvedimenti deliberativi assunti dalla Regione Toscana.

L'allegato B) contiene il materiale relativo all'andamento dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero.

L'attività ambulatoriale

Gli interventi di seguito indicati sono tutti legati da un comune obiettivo: ridefinire un nuovo rapporto tra utente, prescrittore ed erogatore della prestazione. E' infatti evidente come il problema complessivo dei tempi di attesa non possa essere inquadrato esclusivamente come una questione di puro incremento di prestazioni, obiettivo valido magari per alcuni tipi di prestazione dove il rischio di inappropriatezza è molto basso (si pensi ad esempio agli interventi di protesi all'anca), ma critico se si estende in modo incondizionato a tutto il complesso delle prestazioni erogate. Il concetto di

correlazione tra bisogno, prestazione e tempo di erogazione non può infatti rispondere a criteri puramente soggettivi legati alla percezione del singolo utente, ma richiede una specifica assunzione di responsabilità da parte dei professionisti coinvolti nel processo di prescrizione ed erogazione delle prestazioni.
La motivazione di fondo che ha guidato gli interventi sul problema dei tempi di attesa, è stata quindi quella di riconsiderare complessivamente l'insieme delle relazioni che legano il rapporto utente – prescrittore – erogatore al fine di:

a) individuare quale sia la corretta sequenza delle relazioni che devono intercorrere tra utente – prescrittore – erogatore
b) individuare gli strumenti migliori per agevolare ed arricchire di contenuti le relazioni stesse

In tal senso il primo passo è stato quello di sviluppare adeguati strumenti che da una parte consentissero da subito di garantire la trasparenza nei confronti dei cittadini, ma al contempo attivassero un processo di riorganizzazione del sistema dell'offerta per renderlo più flessibile e dinamico adeguandolo agli ulteriori interventi che si renderanno necessari.
L'attivazione dei centri unificati di prenotazione (i cosiddetti C.U.P.) va in questa direzione. Infatti i CUP sono sostanzialmente dei sistemi che pianificano il potenziale erogativo delle aziende sanitarie pubbliche e private accreditate; in sostanza attraverso i CUP una organizzazione esplicita il suo potenziale erogativo nel corso di un determinato arco temporale; quindi una volta effettuata la pianificazione del tempo lavoro dei diversi professionisti, una azienda è in grado di valutare il suo potenziale erogativo nel tempo a venire. Inoltre, ed è l'aspetto più evidente, è in grado di rendere chiara e trasparente l'offerta disponibile verso i cittadini.

E' proprio questa diversa capacità organizzativa dei sistemi di offerta che rende possibili nuovi obiettivi. Infatti uno degli elementi emersi dal lungo dibattito che si è sviluppato in Toscana sulla questione dei tempi di attesa è stato quello relativo alla necessità di diversificare la capacità di risposta del sistema dell'offerta per renderla maggiormente aderente alla diversità dei bisogni dei cittadini.
In questo senso il punto attorno a cui si incentrano le azioni intraprese è costituito da una visione completa dei tre elementi che connotano il concetto stesso di appropriatezza:

a) l'appropriatezza del cosa fare
b) l'appropriatezza del come fare
c) l'appropriatezza del quando fare

Infatti mentre sono di norma sufficientemente presidiati i primi due elementi che compongono il concetto stesso di appropriatezza (cosa fare e come fare), il quando fare è stato identificato come elemento dell'appropriatezza solo per le prestazioni di emergenza urgenza, mentre in rarissime situazioni il "quando fare" è entrato davvero come criterio guida nella organizzazione del sistema dell'offerta, cioè come elemento di specifico rilievo sanitario.
Si sono quindi individuate alcune azioni che in modo specifico spingono le professionalità del sistema sanitario verso la riappropriazione completa del concetto di appropriatezza, che culminano nel considerare il tempo di attesa come una variabile clinico-sanitaria e non come un fatto meramente amministrativo.
Ed è in questa direzione che si orientano le seguenti azioni:

a) portare ai medici di medicina generale ed ai pediatri di libera scelta la possibilità di effettuare la prenotazione della prestazione direttamente dai propri ambulatori
b) distinguere tra prestazioni di primo accesso e prestazioni di secondo accesso
c) consentire agli specialisti interni di effettuare direttamente la prenotazione diretta sul sistema CUP delle prestazioni necessarie per rispondere all'originario quesito diagnostico proposto dal medico di base

d) introdurre il sistema dei codici di priorità che consenta di dare risposte diversificate come intensità temporale ai diversi bisogni degli utenti

Se si devono sintetizzare i due elementi che caratterizzano in modo essenziale la linea strategica di intervento della Toscana si può dire che da una parte si è sviluppata la capacità del sistema di organizzare l'offerta, dall'altra si è spinto il sistema stesso a riflettere sulla necessità di declinare questa nuova capacità organizzativa nell'ambito del concetto fondamentale dell'appropriatezza, che è il criterio primario di guida dei comportamenti organizzativi e professionali del sistema. In sostanza non si può adeguatamente affrontare la ricerca dell'appropriatezza senza adeguata organizzazione, cioè senza fornire ai soggetti coinvolti (utenti, prescrittori, erogatori) idonei strumenti di verifica e misurazione dei propri comportamenti.

Ad esempio è proprio attraverso la conoscenza dell'andamento del fenomeno dei tempi di attesa che è stato possibile verificare la diversa intensità della distribuzione dei tempi di attesa. Infatti la semplice constatazione che il sistema toscano di fronte al generico ed incondizionato obiettivo di garantire prestazioni entro 30 giorni di attesa, ha generato risposte estremamente diversificate: certo anche superiori a 30 giorni, ma in misura consistente anche entro tempi di attesa notevolmente inferiori ai 30 giorni massimi. E quindi si registra sul volume complessivo di prenotazioni rilevate nel corso del 2003 pari ad oltre 6.271.367 (escluso laboratorio analisi, pari ad oltre 26 milioni di prestazioni) come il 41,91% sia garantito entro 10 giorni di attesa, il 15,34% tra 11 e 20 giorni di attesa ed il 12,34%; tra 21 e 30 giorni (69,59% entro 30 giorni; 87,04 entro 60 giorni). In sostanza una quota rilevantissima di riposta che genera un tempo di attesa enormemente inferiore all'obiettivo pur ambizioso dei 30 giorni. Orbene è chiaro come oggi questo enorme potenziale sia dislocato in modo del tutto casuale e non associato ad un effettivo bisogno dell'utente con il rischio, ma si può dire la sicurezza, di dare risposte inappropriate: come ritardo nella risposta, ma anche come eccesso della risposta. In tal senso il sistema di monitoraggio attuato ha permesso di acquisire ulteriori ed essenziali informazioni per innescare i successivi interventi sul sistema osservando e quantificando i fenomeni complessi che sottostanno al problema dei tempi di attesa.

Da questo spunto è sostanzialmente partito il progetto sui codici di priorità che è orientato a far riappropriare alla componente dei prescrittori primari (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta) il controllo professionale nella determinazione del tempo di attesa ammissibile per quello specifico utente.
L'assunto sostanziale è che la determinazione del tempo di attesa per le prestazioni ambulatoriali non può essere definito da un operatore non sanitario (come ad esempio l'operatore presente al CUP). Una simile modalità infatti lascia l'utente in balia della sua soggettività che ovviamente lo porta, ed è del tutto comprensibile, ha ritenere il suo bisogno come urgente. Al contrario una chiara assunzione di responsabilità da parte del prescrittore nell'affermare il tempo entro il quale la prestazione deve essere erogata, tende a dare garanzie all'utente di una adeguata attenzione del professionista sanitario alla soluzione del suo problema. In questa direzione punta specificamente il progetto denominato dei codici di priorità. Il progetto da concreta attuazione al sistema delle priorità di accesso, delineato dall'accordo quadro definito dalla conferenza stato regioni, mediante la individuazione di classi di priorità differenziate in ragione del diverso grado di bisogno che presenta il caso relativo all'utente. Tutto il progetto si basa sulla contrattualizzazione tra mediatori della domanda (medici prescrittori) e sistema dell'offerta, attraverso la definizione di volumi per singola prestazione che saranno garantiti entro determinati intervalli temporali. In sostanza saranno definite per ciascuna singola prestazione (nell'ambito di un catalogo di prestazioni critiche), quote percentuali che dovranno essere erogate in classe A una ulteriore quota in classe B e così via. L'elemento innovativo è determinato dalla definizione concordata di tali quote percentuali. In tal senso il documento approvato dalla giunta regionale, che pure individua già delle quote percentuali è da ritenere indicativo e come tale può essere variato dalla contrattazione tra prescrittori e sistema

dell'offerta. Il sistema si basa sulla capacità di misurare e monitorare costantemente il grado di rispetto da parte dei contraenti rispetto alle quote definite. In sostanza se ad esempio è stato stabilito che il 40% delle prestazioni di TC al capo devono essere effettuate entro 10 giorni il sistema deve essere in grado di misurare l'andamento delle prescrizioni e della correlata offerta al fine di verificare se i contraenti stanno generando comportamenti significativamente differenti rispetto ai valori concordati; quindi: eccessiva prescrizione da parte dei prescrittori e carenza di prestazioni da parte del sistema dell'offerta; la esistenza di valori significativamente anomali dovrebbe determinare una rimodulazione dei comportamenti dei contraenti.

E' necessario sottolineare come il concetto di prescrittore non si riferisce esclusivamente ai medici di medicina generale o ai pediatri di libera scelta, ma si estende a tutto il personale che è legittimato a richiedere la erogazione di prestazioni. Si pensi ad esempio che nelle aziende USL circa il 40% delle prestazioni erogate è determinata dalla "prescrizione" effettuata da parte di personale dipendente delle aziende USL stesse. Nelle aziende ospedaliere tale percentuale arriva fino al 60% dell'erogato.

Ovviamente il progetto presuppone alcuni elementi di base senza i quali la sua stessa realizzazione diventa critica. Si fa riferimento ad esempio alla ridefinizione di nuove e chiare relazioni che devono intercorrere tra utente, medico prescrittore e sistema di offerta, dove peraltro il termine prescrittore non può essere limitato solo al medico di medicina generale ed al pediatra di libera scelta, ma a qualunque sanitario che nell'ambito del percorso di diagnosi, cura e riabilitazione del paziente debba richiedere prestazioni specialistiche ambulatoriali. In tal senso la distinzione tra prestazioni di primo accesso e prestazioni di secondo accesso, come la corretta e progressiva ridefinizione dei ruoli tra medico di medicina generale, e specialista, assume un significato dirimente. La distinzione concerne proprio la diversa relazione tra assistito medico prescrittore e sistema dell'offerta. La prestazione di primo accesso infatti identifica la insorgenza di un possibile problema sanitario dell'utente, in sostanza la domanda o quesito diagnostico prospetta in modo sintetico tre possibili alternative:

a) lo specialista non riscontra nessun problema sanitario
b) lo specialista è in grado di valutare nell'ambito della prestazione richiesta l'esistenza di uno specifico bisogno sanitario
c) lo specialista riscontra la necessità di un approfondimento diagnostico

Questa distinzione si pone in particolare evidenza per la richiesta di visita specialistica. Si pensi alla richiesta di una visita cardiologica da parte de medico di medicina generale. Nel caso in cui lo specialista non sia in grado di rispondere al quesito diagnostico (il caso indicato al punto c) precedente) lo stesso specialista può richiedere (quindi prescrivere) la prestazione diagnostica indispensabile per poter rispondere all'originario quesito diagnostico del medico di medicina generale. Ebbene questa ultima prescrizione identifica proprio le prestazioni di secondo accesso, che quindi si caratterizzano proprio per garantire un corretto percorso sanitario evitando impropri ritorni dell'utente al medico di medicina generale per farsi prescrivere la prestazione diagnostica.
E' evidente come risulti fondamentale fornire allo specialista la possibilità di interagire direttamente con il sistema dell'offerta in modo da consentirgli la possibilità di effettuare direttamente la prenotazione della prestazione diagnostica o comunque di definire il livello di priorità entro il quale la prestazione stessa deve essere effettuata.

Un altro elemento critico è rappresentato dalla relazione tra il sistema della domanda ed il sistema dell'offerta. Si intende in tal senso la predisposizione di modalità di relazione costanti e strutturate che consentano di garantire la massima integrazione tra i diversi soggetti che concorrono alla realizzazione del percorso di diagnosi e cura dell'utente. In tal senso entrano in gioco le moderne tecnologie informatiche che consentono di realizzare forme di relazione impensabili. In questa

direzione spinge il progetto medici in rete (M.I.R.) che intende realizzare quelle forme di integrazione tra la medicina generale e la pediatria di base con il sistema degli erogatori necessarie a garantire il corretto sviluppo del percorso assistenziale del paziente. Il progetto MIR si sostanzia nella fornitura di una serie di servizi ai medici di medicina generale ed ai pediatri di libera scelta tra i quali alcuni sono specificamente indirizzati a fornire al medico di medicina generale ed al pediatra di libera scelta una serie di informazioni relative a fatti sanitari relativi ai suoi assistiti.
Tra questi di particolare interesse rientra la comunicazione dei referti delle prestazioni erogate a propri assistiti, o la comunicazione dell'avvenuto ricovero e/o della dimissione di un proprio assistito; mentre in una direzione di servizio diretto allo stesso assistito è prevista l'attivazione strutturata della possibilità di prenotare direttamente dallo studio del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta le prestazioni di cui l'assistito ha necessità. Ovviamente questi obiettivi hanno richiesto di mettere a punto una serie di elementi infrastrutturali e tecnologici di notevole complessità che stanno oggi impegnando le competenti strutture della direzione generale e delle aziende sanitarie e che inizieranno ad avere una concreta attuazione nel corso del 2004.

L'attività di ricovero

Dalla metà del 2001, è stata impartita la prescrizione alle strutture di ricovero di inserire la data di contatto dell'utente in modo da poter sistematicamente misurare il tempo di attesa per le prestazioni di ricovero. La risposta del 2001, ma anche quella del 2002 non sono state particolarmente significative. Infatti pur in presenza di una adeguata rilevazione da parte del sistema, i valori emersi dalle analisi hanno evidenziato come il sistema non fosse organizzato per gestire in modo strutturato tale rilevazione e quindi come logica conseguenza non era organizzato per gestire il sistema di accesso alle prestazioni di ricovero in modo organico, integrato ed omogeneo. Del pari a quanto effettuato per le prestazioni ambulatoriali, si è quindi attivato uno specifico progetto per regolamentare il sistema di accesso alle prestazioni di ricovero, non solo prevedendo la realizzazione di adeguati strumenti di trasparenza nei confronti dell'utente, ma enfatizzando proprio la necessità di interventi volti a rimodulare in modo specifico la complessiva organizzazione dei ricoveri. In particolare il progetto realizzato mette una assoluta enfasi sulle prestazioni di ricovero chirurgiche ritenendo che la maggiore criticità del sistema si generi proprio per questa particolare tipologia di attività.
La sostanziale differenza che esiste tra le attività ambulatoriali (visite specialistiche e diagnostica) e le attività di ricovero (in particolare chirurgiche) fa riferimento ad una serie di considerazioni:

a) la diversa natura dell'intervento; individuazione del possibile problema per l'ambulatoriale, cura del problema per il ricovero
b) la diversa possibilità di determinare l'intensità del bisogno; nell'ambulatoriale deve essere identificato il problema, mentre nel ricovero il problema è stato identificato; quindi nell'ambulatoriale è complesso individuare l'intensità del bisogno, mentre nel ricovero l'intensità del bisogno è individuabile
c) la diversa natura della lista di attesa; questo elemento discende come conseguenza diretta del punto b); mentre la lista di attesa per le prestazioni ambulatoriali (visite specialistiche e diagnostica) si connota per un carattere di tendenziale stabilità nella sequenza di accesso alla lista stessa, la lista di attesa per le prestazioni di ricovero si caratterizza per la possibilità di effettuare livelli di personalizzazione, nel senso che si può pensare a scorrimenti o variazioni determinate dalla variazione delle condizioni dell'utente.
d) La diversa complessità tra la prestazione ambulatoriale e quella di ricovero. E' intuitivo infatti come la erogazione della prestazione di ricovero coinvolge una pluralità di professionalità e di risorse senza dubbio maggiore di una prestazione ambulatoriale (visita specialistica e diagnostica)

La sostanziale diversità tra prestazione ambulatoriale e ricovero ha spinto a definire un progetto che sebbene simile a quello ambulatoriale, prevede modalità ed interventi del tutto peculiari.

Il primo aspetto è determinato dal fatto che a differenza delle prestazioni ambulatoriali, la prescrizione da parte del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta non costituisce un "obbligo" da parte del sistema ad erogare la prestazione (ricovero) richiesta. Si intende che la richiesta di ricovero del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta equivale ad una "proposta", come tale il professionista ospedaliero a cui l'utente si presenta non è tenuto a ricoverare, ma a verificare la necessità del ricovero. In tal senso il diritto del cittadino è quello di vedersi garantire l'accesso al professionista ospedaliero per la valutazione del suo bisogno.
In questa fase si realizzeranno le funzioni tipiche di un sistema di prenotazione molto simile a quelli realizzati per le prestazioni ambulatoriali, in modo che l'utente può, da un punto di prenotazione, fissare la data ed il luogo in cui verrà effettuata la valutazione da parte dello specialista ospedaliero.

Il secondo aspetto si identifica con la necessità di organizzare in modo adeguato l'uso delle sale operatorie (il progetto sui ricoveri si orienta in modo specifico sulle prestazioni chirurgiche). E' infatti necessario una gestione della sale operatorie organica e strutturata in modo da garantire al professionista ospedaliero certezza sulla disponibilità di questa risorsa per la programmazione del proprio lavoro.

Il terzo aspetto è relativo alla necessità di attivare un contatto stretto tra l'utente inserito nella lista di attesa per monitorare lo stato della sua patologia. In tal senso qui si riscontra uno degli elementi di differenziazione tra la lista di attesa dell'ambulatoriale e quella dei ricoveri. In questa ultima infatti la collocazione degli utenti avviene in relazione allo stato ed alla evoluzione del loro problema.

Di seguito si evidenziano gli elementi maggiormente significativi contenuti nei provvedimenti deliberativi assunti dalla regione in materia di liste di attesa.

Atti significativi della Regione Toscana

percorso diagnostico-terapeutico del paziente oncologico: progetto di riduzione dei tempi di attesa".
Con questo provvedimento sono state impartite prescrizioni alle aziende sanitarie con le quali sono stati date alle aziende sanitarie diverse indicazioni tra le auali anche i riferimenti per i tempi di attesa per pazienti affetti da patologie oncologiche.

Deliberazione della Giunta regionale 23 aprile 2001, n. 418 (Monitoraggio dei tempi di attesa: determinazioni. Modifiche alla D.G.R. 245 del 1.03.2000).

La delibera attiva il sistema di monitoraggio sui tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali. Il sistema presenta caratteristiche del tutto peculiari:
- analitico, su tutte le prestazioni contenute nel nomenclatore tariffario regionale;
- è un sistema che rileva il tempo effettivo di attesa al momento della prenotazione, come differenza tra "data prenotata" e "data di contatto"

Le Aziende sanitarie registrano tutte le date di contatto del mese oggetto del monitoraggio e le trasmettono entro il 15 del mese successivo.
I dati sono assoggettati ad una specifica procedura di controllo che esamina ogni singolo campo del tracciato per verificare la sua correttezza. Il risultato della procedura di controllo è la creazione di due archivi:
- il non consolidato, che contiene tutti i record trasmessi, corretti ed errati
- il consolidato, che contiene soltanto i record corretti: la reportistica viene prodotta sulla base dei dati corretti

La reportistica è per il momento messa a disposizione delle sole aziende sanitarie in modo da consentire una valutazione comparativa (benchmarking) tra i diversi produttori.

Le Aziende sanitarie sono tenute a trasmettere mensilmente una nota in cui indicano, per il mese a cui si riferiscono i dati trasmessi, la percentuale delle prestazioni che vengono prenotate tramite CUP (copertura CUP rispetto alle prestazioni prenotabili) rispetto a quelle che complessivamente dovrebbero essere prenotate tramite i sistemi CUP.
La realizzazione di un tale sistema di monitoraggio si basa sulla completa attivazione dei sistemi CUP. Infatti le caratteristiche del monitoraggio sono tali che solo la presenza di un sistema informatico come il sistema CUP, consente una adeguata alimentazione del data base regionale che contiene i dati relativi agli andamenti dei tempi di attesa.
Peraltro la costituzione dei sistemi CUP ed in particolare la definizione del concetto di agenda di prenotazione danno concreta realizzazione al registro delle prestazioni ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio previsto dall'art. 3 comma 8 della L. 724/94

Deliberazione della Giunta regionale 11 giugno 2001, n. 619 (Sistemi di prenotazione informatizzati (CUP): determinazioni).
L'atto definisce alcuni obiettivi che le Aziende sono tenute a raggiungere entro termini stabiliti, tra cui l'inserimento delle agende informatizzate nei sistemi di prenotazione CUP, richiamando gli operatori alla pianificazione della propria attività, relativamente alle prestazioni ambulatoriali, mediante l'inserimento delle proprie agende nel CUP. Vengono individuate le informazioni minime che devono necessariamente essere fornite all'utente, e definito che
"La regolamentazione in materia di gestione liste di attesa, l'adempimento delle direttive impartite dalla Regione Toscana ed il raggiungimento degli obiettivi fissati costituiscono obiettivi rilevanti ai fini della valutazione dell'attività dei Direttori generali, prevista all'art. 3-bis del D.lgs. 19.6.99 n. 229, nonché per l'erogazione degli incentivi economici".

Deliberazione della Giunta regionale 18 giugno 2001, n. 659 (Manuale di certificazione dei flussi informativi sanitari versione 2.1).
Al fine di monitorare i tempi di attesa per i ricoveri, è stata inserita, da giugno 2001, la rilevazione della "data di contatto" nel flusso relativo ai ricoveri erogati in Toscana.

Deliberazione della Giunta regionale 10 dicembre 2001, n. 1351 (Monitoraggio dei tempi di attesa: modifiche ed integrazioni alla Deliberazione G.R. 418/01).
Introduzione della rilevazione del tipo di contatto. Sono previste le due seguenti tipologie:

- primo contatto (presa in carico dell'utente per quel particolare quesito diagnostico)
- contatto successivo al primo (ulteriori prestazioni conseguenti alla presa in carico dell'utente: es. visite di controllo, ecografie in gravidanza, cicli di riabilitazione)

La distinzione si pone essenziale per differenziare le prestazioni che rappresentano il primo accesso del paziente per quello specifico problema al sistema da quelle che invece sono una conseguenza della prima prestazione. Si pensi al caso della visita cardiologica richiesta dal medico di medicina generale; questa prestazione si qualifica come prestazione di primo accesso. Nel caso in cui il cardiologo per rispondere al quesito diagnostico del medico di medicina generale abia bisogno di ulteriori elementi di valutazione ad esempio di una prestazione di ecocolordoppler, bene questa seconda prestazione si qualifica come prestazione di secondo accesso. La distinzione acquista particolare significato se si considera che una delle indicazioni impartite alle aziende sanitarie è stata quella di far prescrivere direttamente dallo specialista (nel caso sopra indicato il cardiologo) la seconda prestazione, evitando impropri ritorni verso il medico di medicina generale. Il quadro si

completa se poi la prescrizione si fonde in un unico atto dello specialista che si concretizza nella prenotazione diretta della prestazione richiesta.

Deliberazione della Giunta regionale 15 luglio 2002, n. 734 (Approvazione del quadro di sperimentazione del progetto M.I.R. (Medici in rete).

Il progetto è volto a rispondere alla necessità dell'integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con i servizi sanitari presenti nel sistema aziendale pubblico e privato accreditato operante sul territorio regionale. Il punto centrale di tale iniziativa è rappresentato dalla costituzione di un sistema di relazioni adeguate mediante l'interconnessione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con il sistema informativo sanitario regionale. L'obiettivo del progetto è lo sviluppo ed il mantenimento del processo di informatizzazione dei medici suddetti e la loro messa in rete, che li porti a disporre di un sistema comprendente una serie di servizi telematici, tra i quali come obiettivo specifico viene individuato il sistema di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali; tra gli ulteriori servizi sono previsti anche il ritorno del referto e la comunicazione delle informazioni relative al ricovero di un proprio assistito.

Deliberazione della Giunta regionale 16 dicembre 2002, n. 1417 (Integrazione dei sistemi di prenotazione CUP delle Aziende sanitarie: modalità e tempi di realizzazione).

Ad oggi tutte le Aziende sanitarie sono dotate di un proprio sistema CUP che copre tutto il territorio aziendale. In alcune realtà il sistema di prenotazione include anche le prestazioni delle strutture private accreditate. E' in corso di completamento la prima fase di integrazione dei sistemi di prenotazione tra Azienda ospedaliera ed Azienda USL ubicate nello stesso territorio ed è previsto che entro il 31.12.2003 siano integrati i sistemi di prenotazione di tutte le Aziende sanitarie appartenenti alla stessa Area Vasta.

Deliberazione della Giunta regionale 30 giugno 2003, n. 649 (Linee guida per la definizione del sistema di accesso alle prestazioni di ricovero ospedaliero).

Sono state approvate le linee guida per la definizione del sistema di accesso alle prestazioni di ricovero n Deliberazione Giunta Regionale Toscana n. 649 del 30.06.2003, indicando che lo stesso dovrebbe consentire :
il massimo grado di accessibilità al sistema distributivo (semplificazione delle procedure e dei sistemi di informazione, trasparenza, conoscenza della disponibilità della prestazione di ricovero in ogni punto di accesso alla rete ospedaliera di Area vasta) Ottimizzazione sistemi di accesso.
il massimo grado di fruibilità delle prestazioni (utilizzo di un sistema in grado di monitorare chi fa che cosa e dove, le liste di attesa..). Ottimizzazione sistema distributivo. Garanzia di equità nell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato.
il massimo grado di produttività del sistema di offerta di prestazioni ospedaliere (indice di saturazione della offerta, per la scarsa qualità collegata a fenomeni di sovra o sotto/saturazione , valutazione delle potenzialità del sistema). Ottimizzazione sistema produttivo. Efficienza ed efficacia allocativa.
Vengono quindi definite le modalità operative per l'attuazione nelle Aziende sanitarie di tale sistema.

Deliberazione della Giunta regionale 8 settembre 2003, n. 887 (Approvazione del progetto: "Specialistica e diagnostica ambulatoriale: un progetto per una qualità sostenibile)

La delibera approva un progetto che è stato sviluppato da parte di un gruppo tecnico composto da rappresentanti delle Aziende sanitarie toscane e del Dipartimento del Diritto alla Salute. Il documento, dopo aver riscontrato parere favorevole da parte del Consiglio Sanitario Regionale, a seguito della valutazione da parte del relativo Ufficio di Presidenza, del gruppo di esperti dallo stesso UDP nominato, e dall'assemblea plenaria, ed essere stato valutato dalle Organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, è stato approvato con la deliberazione sopra indicata. Il progetto prevede la definizione di classi di priorità definite da ciascuna azienda sanitaria in collaborazione con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta e la attivazione di adeguati sistemi di verifica e monitoraggio per valutare il grado di rispondenza da parte dei contraenti agli impegni assunti.

Deliberazione Giunta regionale 26 gennaio 2004, n. 45 (Monitoraggio dei tempi di attesa: modifiche ed integrazioni alla Delibera G.R. 418/01 e alla Delibera G.R. 1351/01).

Introduzione della rilevazione delle informazioni relative alla eventuale scelta dell'utente rispetto alla prenotazione della prestazione. In particolare viene rilevato:

- **tempo di attesa relativo**, calcolato in giorni e ottenuto dalla differenza tra la "data di contatto " (cioè la data in cui l'utente contatta il sistema di prenotazione per prenotare la prestazione di cui necessita) e la "data di 1ª disponibilità" (cioè la data che il sistema di prenotazione propone all'utente per l'erogazione della prestazione richiesta)
- **struttura di erogazione sulla quale si è verificata la 1ª disponibilità**, cioè il presidio sul quale il sistema di prenotazione propone la prenotazione; tale informazione è importante anche perché la 1ª disponibilità può verificarsi su un presidio che non appartiene alla Azienda sanitaria presso cui l'utente ha richiesto la prenotazione, in particolare in presenza di CUP integrati. Ad esempio, nell'area metropolitana di Firenze il sistema di prenotazione vede l'offerta delle tre Aziende sanitarie presenti sul territorio (A.O. Careggi, A.O. Meyer e USL 10, invi incluse le strutture private accreditate), in quanto si ritiene corretto che la prestazione debba essere garantita nell'ambito territoriale di riferimento (oggi la zona socio sanitaria) non necessariamente da ciascuna delle Aziende sanitarie presenti sul territorio, ma dall'offerta contrattata tra le stesse Aziende.
- **Scelta dell'utente**, tale informazione è di fondamentale importanza in particolare quando, nel momento di contatto dell'utente con un punto di prenotazione, viene offerta dal sistema una data prenotabile o 1ª disponibilità che non viene accettata dall'utente, originando in tale modo la prenotazione su una data diversa, che potrebbe superare il tempo massimo previsto per l'erogazione della prestazione.

Questa informazione assume un rilievo ancora maggiore in fase di accesso alle prestazioni in base a prioritarizzazione del bisogno.

Linee guida ed indirizzi diagnostico terapeutici ex P.S.R. 2002/2004

Il Consiglio Sanitario Regionale ha già esaminato con esito favorevole i seguenti documenti, predisposti da altrettanti gruppi di lavoro di esperti, in attuazione delle previsioni del Piano Sanitario Regionale 2002/2004:

LG ictus
LG Insufficienza respiratoria

LG Ipertensione
LG Scompenso cardiaco
DT Prevenzione tumori
IDT Ulcere da pressione
IDT Back pain
IDT Percorsi di riabilitazione
IDT Gestione menopausa
IDT Follow up tumori
LG Epilessia
LG Emorragie digestive

E' stato attivato un percorso di riflessione complessiva sui documenti suddetti da parte di tutti gli operatori sanitari toscani, mediante distribuzione del materiale documentale, con possibilità per gli stessi di fornire le eventuali osservazioni rispetto a ciascuna linea guida e indirizzo diagnostico terapeutico.
La realizzazione del sistema delle linee guida consentirà di aumentare il livello di sensibilizzazione degli operatori ad un uso delle risorse fortemente qualitativo.

DGR 1351/2001 All.

Specifiche tecniche per il monitoraggio delle liste di attesa

Premessa

Il presente atto si inserisce in una serie di provvedimenti già assunti dalla Regione Toscana per ridefinire il sistema di prenotazione e di erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali sul territorio regionale, volti a soddisfare le esigenze complessive del sistema in termini di:

a) uniformità delle modalità di accesso alle prestazioni
b) conoscenza dell'andamento sui tempi di attesa
c) miglioramento della capacità di risposta del sistema sanitario regionale
d) informazioni per il supporto decisionale a livello aziendale
e) informazioni per il supporto alle attività di pianificazione e programmazione a livello regionale
f) informazioni per lo studio e la ricerca epidemiologica

La fase a cui è espressamente finalizzato il presente documento è quella relativa all'adeguamento dell'attuale sistema di rilevazione dei tempi di attesa al fine di adattarlo alle complessive esigenze conoscitive e di riorganizzazione necessaria per il conseguimento degli obiettivi contenuti nei provvedimenti regionali. Le specifiche finalità del sistema sono:

a) costituire una fonte di informazioni a livello regionale per la valutazione sull'andamento degli interventi operati dalle aziende sanitarie per la regolamentazione dei tempi di attesa
b) costituire una fonte di informazione per il livello aziendale, al fine di attivare gli adeguati interventi per eliminare le anomalie riscontrate
c) costituire una fonte di informazione per l'utenza relativamente ai tempi di attesa generati dai sistemi aziendali nei limiti temporali definiti dai provvedimenti regionali e successivamente da quelli inferiori eventualmente indicati dalle aziende sanitarie

Glossario e definizioni

La seguente sezione definisce i termini principali utilizzati per la messa a regime del sistema di monitoraggio dei tempi di attesa

Punto di accesso

Si intende il luogo a cui l'utente si può rivolgere per poter effettuare la prenotazione della o delle prestazioni di cui necessita. Il luogo può essere inteso come luogo fisico, o luogo virtuale.
Per luogo fisico si intende l'edifico o i diversi edifici a cui l'utente accede materialmente per effettuare la prenotazione.
Per luogo virtuale si intendono tutti gli strumenti di comunicazione che consentono all'utente di effettuare la prenotazione senza recarsi fisicamente presso i punti fisici di prenotazione disponibili sul territorio regionale.

Data di contatto

E' la data in cui l'utente attiva il sistema di prenotazione richiedendo la fruizione di una prestazione. L'attivazione può essere determinata dalla presenza fisica dell'utente o dall'utilizzo di sistemi di comunicazione telefonica o telematica; l'attivazione deve concludersi con la prenotazione di una o più prestazioni.

Data prenotata

E' la data in cui l'utente deve presentarsi presso la struttura di erogazione per fruire della specifica prestazione

Data di erogazione

E' la data in cui l'utente fruisce effettivamente della specifica prestazione. La data prenotata e la data di erogazione possono non coincidere.

Data prenotabile

E' la prima data che il sistema di prenotazione rende disponibile, nell'ambito territoriale previsto, a meno che l'utente per una sua specifica esigenza, non desideri optare per una data successiva.

Contatto

La necessità di distinguere tra primo contatto e contatto successivo al primo, trova la sua ragion d'essere nel fatto che l'utente deve poter essere intercettato dal sistema, e, di conseguenza, monitorato rispetto al tempo di attesa fornitogli all'atto della prenotazione, che si riferisce al momento in cui entra per la prima volta in contatto con il servizio sanitario; le ulteriori fasi successive del percorso assistenziale (cioè le ulteriori prestazioni connesse al bisogno dell'utente) sono gestite direttamente dallo specialista che ha già incontrato l'utente per la prima volta: rientrano in questa fattispecie, in particolare, le seconde visite o visite di controllo, o in genere le ulteriori prestazioni che di norma vengono proposte dallo specialista, in relazione al quadro clinico che si è fatto del paziente dopo la prima visita, oppure, per esempio, le prestazioni quali le ecografie ostetriche, che devono essere prenotate con una specifica periodicità; lo stesso discorso vale anche per i cicli di riabilitazione.

La periodicità che caratterizza tutti questi casi deve essere perfettamente integrata con la programmazione dello spazio agenda disponibile.

Pertanto, nei casi di contatto successivo al primo, il tempo di attesa non deriva più dall'effettiva disponibilità del sistema, ma viene determinato sulla base di specifiche indicazioni cliniche, per le quali il tempo di attesa è ritenuto congruo rispetto al bisogno sanitario dell'utente; perciò il sistema di monitoraggio deve essere strutturato in modo tale da evidenziare tali casi e differenziare il tempo di attesa per la presa in carico dell'utente dal tempo di attesa per le prestazioni successive e direttamente conseguenti alla presa in carico stessa.

Prestazioni ad accesso diretto

In senso stretto si intendono quelle prestazioni che in base alla normativa vigente consentono all'utente di accedere alle prestazioni erogate dal SSN, senza la prescrizione medica (ricetta).

In realtà, in diverse realtà aziendali, la medesima terminologia viene utilizzata per individuare quelle particolari modalità organizzative che consentono all'utente di fruire della prestazione presentandosi direttamente presso il punto di erogazione, sebbene la fruizione della prestazione sia comunque condizionata alla prescrizione medica (ricetta). Ai fini della presente rilevazione sono considerate ad accesso diretto entrambe le tipologie citate, ferma restando la loro diversa natura giuridica e le conseguenti peculiarità di trattamento.

Prestazioni urgenti

Si definiscono urgenti quelle prestazioni la cui prescrizione è caratterizzata dalla dicitura "urgente" e che devono essere erogate entro 72 ore a partire dalla data di contatto.

Tempo di attesa

Il tempo di attesa è inteso come il tempo intercorrente tra la data di contatto e la data prenotabile; in assenza della data prenotabile (in quanto non rilevata dal sistema di prenotazione), è il tempo intercorrente tra la data di contatto e la data prenotata.

Per i laboratori di analisi il tempo di attesa è misurato rispetto alla eventuale prenotazione del prelievo.

Per le prestazioni che non prevedono prenotazione, il tempo di attesa si intende uguale a zero. Rientrano in questa casistica le prestazioni erogate ad accesso diretto, tramite pronto soccorso o comunque con sistemi che non prevedono la fase di prenotazione. Il presupposto essenziale per la segnalazione del valore del tempo di attesa pari a zero è che la prestazione sia erogata contestualmente alla presentazione dell'utente nel punto di erogazione.

Periodo della rilevazione

E' il periodo che viene assunto come oggetto della rilevazione. Nel presente provvedimento si intende come periodo della rilevazione quello in cui sono ricomprese le date di contatto da rilevare.
Sono quindi misurati i tempi di attesa, riferiti alle date di contatto generate nel periodo oggetto di rilevazione.
E' stato scelto questo modello scartando altri modelli quali:

a) periodo di rilevazione in cui sono ricompresse le date prenotate: in questo caso la rilevazione perde di significatività in quanto costringe ad operare a ritroso nel tempo per ricercare le date di contatto che hanno generato la domanda; il fenomeno tra l'altro si è già verificato rendendo inefficaci eventuali azioni di correzione.
b) simulazione di saturazione delle agende: richiede algoritmi che dovrebbero tener conto delle infinite possibilità offerte da un sistema di prenotazione che contiene variabili intrinseche di fruibilità temporale, spaziali a più livelli (comune, zona, aziendale), di usi locali, di qualità dell'offerta. L'uso di tale sistema rimane valido a livello aziendale in quanto consente valutazioni prospettiche molto anticipate, ma non appare in grado di rappresentare il fenomeno delle liste di attesa nella determinante relativa ai volumi di attività generati.

Unità di misura

L'unità di misura del tempo di attesa è espressa in giorni. Nella differenza tra date quando le date di confronto sono uguali, il valore è pari ad 0 (zero). Si considerano i giorni intercorrenti tra le due date a prescindere dalla presenza di festività o dalla effettiva apertura delle strutture di erogazione delle prestazioni.

Struttura di erogazione

E' la struttura fisica ove avviene la erogazione della prestazione. La struttura viene censita secondo il sistema di codifica utilizzato nel sistema dei flussi ministeriali ed in particolare dal modello STS.11.

Ambito organizzativo e/o territoriale di erogazione

E' il contesto organizzativo e/o territoriale ove il sistema si impegna a garantire l'erogazione di determinate prestazioni.
In tale ambito non necessariamente tutte le strutture di erogazione presenti devono garantire tutte le tipologie di prestazioni erogate nell'ambito stesso, potendo ciascuna Azienda prevedere una diversa distribuzione delle tipologie di prestazioni tra le diverse strutture di erogazione presenti nel medesimo ambito.
Ad esempio non tutte le strutture di erogazione presenti in una determinata zona devono garantire l'erogazione della TAC.

Ambito organizzativo e/o territoriale dei tempi di attesa

E' il contesto organizzativo o territoriale ove il sistema si impegna a garantire, per le relative prestazioni, determinati tempi di attesa.
In tale ambito non necessariamente tutte le strutture di erogazione presenti devono garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa, potendo ciascuna Azienda prevedere una diversa distribuzione dei tempi di attesa tra le diverse strutture di erogazione presenti nel medesimo ambito organizzativo e/o territoriale.

Tempo massimo di attesa

E' il tempo più alto nel periodo di rilevazione, all'interno dell'ambito organizzativo e/o territoriale, per la prenotazione di una specifica prestazione.

In tale ambito non necessariamente tutte le strutture di erogazione presenti devono garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa, potendo prevedere una diversa distribuzione dei tempi di attesa tra le diverse strutture di erogazione presenti nel medesimo ambito organizzativo o territoriale.

Il tempo di attesa massimo è definito dal livello regionale attraverso propri atti amministrativi. L'azienda può definire tempi massimi di attesa inferiori a quelli regionali per specifiche prestazioni o per classi di prestazioni. Il livello aziendale non può definire tempi di attesa superiori a quelli individuati a livello regionale.

Tempo medio di attesa

Il tempo medio di attesa è determinato dalla media aritmetica calcolata su tutti i tempi di attesa per quella specifica prestazione rilevati in un determinato ambito organizzativo o territoriale

Tempo medio di attesa ponderato

Il tempo medio di attesa ponderato si calcola rapportando, per ciascuna prestazione, i tempi di attesa generati ai relativi volumi di attività erogati. E' necessario quando devono essere ricondotte ad unitarietà le informazioni relative a più strutture di erogazione per qualificare il tempo di attesa medio dell'ambito organizzativo e/o territoriale.

Percentile

Con tale termine si fa riferimento ad un indice di posizione. Attraverso di esso, in particolare, si verifica il valore del carattere, posseduto da una unità, che occupa una determinata posizione in una distribuzione, ordinata in base al valore del carattere stesso.

Il percentile consente, in sostanza, all'azienda di misurare lo sforzo organizzativo necessario per modificare un andamento indesiderato dei tempi di attesa, in relazione ad una determinata prestazione e ad un determinato soggetto erogatore o ambito organizzativo (esempio: se per il 70% delle prestazioni si riscontra una attesa massima che va da 1 a 10 giorni, e per il 73% si riscontra una attesa massima che va da 1 a 20 giorni, basterà probabilmente un limitato intervento organizzativo per migliorare sensibilmente la situazione).

Classi tempo di attesa

Si tratta di un sistema di analisi che, attraverso la costruzione di classi di tempo di attesa, per ognuna di esse, riporta il valore assoluto e la percentuale riferiti al volume complessivo dell'entità esaminata.

Nomenclatore tariffario regionale

E' l'atto formale nel quale sono indicate le singole prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio, erogabili dal servizio sanitario regionale.

Prestazioni oggetto del monitoraggio

Si intendono quelle prestazioni che sono indicate nel nomenclatore tariffario regionale. Ulteriori prestazioni specialistiche, diagnostiche e di laboratorio che possono essere state individuate da appositi nomenclatori aziendali, non costituiscono oggetto del monitoraggio.

Sistema CUP (centro unificato di prenotazione)

E' un particolare sistema telematico in grado di organizzare il sistema degli accessi, delle prenotazioni e della gestione delle unità eroganti, che stabilisce un collegamento generale con tutte le unità di produzione sanitaria, pubblica, privata accreditata, e in libera professione, presenti sul territorio e che realizza il governo del rapporto domanda - offerta di

prestazioni sanitarie, con particolare riferimento alla programmazione delle risorse disponibili ed alla gestione delle liste di attesa.

Agenda

E' lo strumento operativo del CUP. Dalla relazione tra un operatore sanitario, le prestazioni erogabili dall'operatore, uno spazio temporale di erogazione, si determina l'agenda. Poiché ogni prestazione è caratterizzata da un tempo di esecuzione, l'agenda consente di misurare l'offerta sanitaria in termini di numerosità delle prestazioni domandabili a quell'operatore nell'ambito temporale definito.
L'offerta sanitaria, in termini di prestazioni specialistiche, diagnostiche e di laboratorio, si realizza quindi esclusivamente tramite la costruzione di agende di erogazione certe e accessibili, il che significa che la struttura erogante, ultimata la fase di programmazione della propria attività, la rende pubblica e ne delega la gestione operativa ad altri.
La prenotazione delle agende deve avvenire secondo un criterio di scorrimento temporale senza soluzione di continuità: l'utente deve comunque ricevere una data prenotabile. Sono espressamente vietate le cosiddette "liste chiuse", cioè liste di attesa relative ad agende che si caratterizzano per una data di apertura e per una data di chiusura: esse obbligano l'utente, che non è riuscito ad ottenere la prenotazione entro quell'intervallo di tempo, a ripresentarsi in un momento successivo per sapere quale data risulterà per lui disponibile.
Le agende devono essere informatizzate dettagliandole in termini di prestazioni erogabili, strutture eroganti, unità specialistica (intendendo con questo termine il soggetto o il gruppo di soggetti che provvede a fornire la prestazione), orari di erogazione, durata della prestazione, tariffa, tempo di risposta.
I sistemi di prenotazione devono consentire la gestione di uno spazio agenda consono alle esigenze dell'utenza e tale da permettere il rispetto del tempo di attesa programmato.

Specialità dove viene erogata la prestazione

E' la disciplina specialistica a cui appartiene l'operatore o il gruppo di operatori che effettuano la prestazione richiesta. I codici relativi alle specialità sono stati individuati a livello regionale a partire dai codici dei flussi ministeriali previsti per le discipline di ricovero, integrati con ulteriori codici regionali per alcune specialità non previste nel sistema di codifica dei flussi ministeriali. Di norma, comunque, la disciplina è identificata dalla specialità a cui fa riferimento l'agenda dell'erogatore o del gruppo di erogatori.

Elementi organizzativi e strutturali per la rilevazione

Nella presente sezione sono indicati sinteticamente i requisiti che devono essere presenti per garantire la generazione di informazioni affidabili relativamente al sistema di monitoraggio dei tempi di attesa.

Oggetto della rilevazione

Sono oggetto della rilevazione le prestazioni di specialistica ambulatoriale, di diagnostica strumentale e di laboratorio secondo la classificazione contenuta nel nomenclatore tariffario regionale (delibera G.R. n. 229 del 3 marzo 1997 e successive modifiche ed integrazioni).

Nella rilevazione si classificano diverse modalità di accesso alle prestazioni. La diversificazione si è resa necessaria per trattare casistiche di accesso alle prestazioni estremamente differenziate tra loro.

1) La prima considerazione riguarda l'oggetto della rilevazione: il tempo di attesa. L'informazione necessaria per individuare il tempo di attesa è determinata dalla data di contatto (vedi "Data di contatto", pag. 1). Questa informazione è ricavabile unicamente da sistemi che rilevano la data di contatto dell'utente in modo sistematico, requisito tipicamente presente nei sistemi di prenotazione. I sistemi a cui si fa riferimento sono quelli che operano sulle agende di lavoro di

singoli operatori o di gruppi di operatori (vedi "Agenda", pag. 4) che devono essere pubbliche, cioè messe a disposizione degli utenti in modo incondizionato.
Tutti i sistemi di prenotazione che hanno queste caratteristiche sono in grado di generare informazioni certificate ed oggettive relativamente ai tempi di attesa. I dati generati da sistemi come quelli sopra indicati devono essere segnalati nel campo modacc con il codice 1. Nel caso in cui le prestazioni di cui ai successivi punti 3) e 4) siano prenotate tramite CUP, anche tali prestazioni vanno segnalate nel campo modacc con il codice 1.

2) Esistono poi prassi diffuse in cui la prenotazione viene effettuata mediante operazioni accessibili solo ed esclusivamente dagli operatori sanitari (tipicamente agende personali degli operatori dove le regole di inserimento sono determinate in modo non oggettivo da parte dell'azienda sanitaria).
Tali prassi evidentemente devono progressivamente essere eliminate a favore di sistemi di prenotazione pubblici come quelli individuati al precedente punto 1)
Sebbene probabilmente il sistema di monitoraggio renda estremamente complessa la rilevazione della data di contatto per le prestazioni che utilizzano sistemi simili a quello indicato nel presente punto 2), tuttavia non è possibile escludere a priori che anche per tali prestazioni sia ricavabile l'informazione relativa al tempo di attesa. I dati ricavati da sistemi come quello sopra indicato devono essere segnalati nel campo modacc con il codice 2.

3) Esistono poi una serie di prestazioni definite ad accesso diretto. Si intendono prestazioni ad accesso diretto in senso stretto le prestazioni alle quali l'utente accede senza la ricetta medica (ad es.: consultorio materno infantile, Sert, ecc.). I dati relativi a tali prestazioni devono essere segnalati nel campo modacc con il codice 3.

4) Una diffusa prassi definisce come prestazioni ad accesso diretto (d'ora in poi definite ad accesso diretto in senso lato) tutte le prestazioni per le quali, sebbene sia richiesta la prescrizione medica, l'azienda organizza la propria attività per consentire al cittadino di rivolgersi alla struttura di erogazione direttamente senza fase di prenotazione e di ricevere la relativa prestazione. I dati relativi a tali prestazioni devono essere segnalati nel campo modacc con il codice 4.

La rilevazione si riferisce al mese in cui si generano le date di contatto dell'utente. Tale circostanza porta a convogliare la rilevazione in una fase ex ante rispetto alla effettiva erogazione della prestazione. In tal senso sembrerebbe incongruente il riferimento a prestazioni ad accesso diretto dato che le stesse per definizione avvengono al di fuori di un qualunque sistema di prenotazione.
In realtà non è possibile escludere che anche per tali prestazioni in alcune realtà aziendali siano stati attivate modalità di comportamento per le quali l'operatore che effettua la prestazione, provvede ad inserire le relative informazioni nello stesso sistema CUP, utilizzandolo quindi come sistema di rilevazione dell'attività. Tale comportamento potrebbe essere assunto sia per le prestazioni ad accesso diretto in senso stretto, sia per le prestazioni ad accesso diretto in senso lato.
Tale considerazione porta a ritenere opportuno prevedere anche per tali prestazioni la rilevazione del relativo tempo di attesa, che, per definizione, di norma è pari a zero, evidenziandole però dal contesto delle altre prestazioni, in modo da non confondere i relativi tempi di attesa che ovviamente presentano valori estremamente differenziati.

La caratteristica della struttura dei dati è tale che solo attraverso le procedure CUP o analoghe procedure di prenotazione può essere agevolmente realizzata. Nel caso in cui il CUP non copra l'intera attività dell'azienda sanitaria, l'azienda può generare le informazioni necessarie per il monitoraggio dei tempi di attesa, utilizzando altri sistemi. In tal caso deve indicare, secondo le specifiche riportate nel tracciato contenuto nel paragrafo "La struttura dei dati" (pagina 7), le prestazioni rilevate con sistemi diversi dal CUP.
Per i laboratori di analisi, quando esiste la prenotazione del prelievo, le informazioni sono rilevate dai relativi sistemi di prenotazione.

Per le prestazioni che non prevedono la fase di prenotazione, è rilevata la quantità erogata, con tempo di attesa uguale a zero. Si rinvia alle indicazioni riportate nel paragrafo "Tempo di attesa" (pagina 2).

L'opzione di rilevazione della data prenotabile (vedi "Data prenotabile" pagina 2 e "Tempo di attesa" pagina 2), se non già presente nei sistemi CUP in uso, deve essere prevista come funzione da attivare per la corretta rilevazione dei tempi di attesa.
La possibilità di differenziare tra data prenotabile e data prenotata può non essere presente in tutti i sistemi CUP oppure, se presente, non essere attivata dagli operatori. In tal caso possono essere utilizzate procedure alternative che descrivono il fenomeno mediante la verifica ex post delle date prenotate messe in relazione con quelle di contatto, attribuendo al contatto la data prenotabile più vicina che avrebbe potuto essere prenotata dall'utente.

In caso di prestazioni erogate a cicli si considera il tempo intercorrente tra la data di contatto e la data prenotata per la prima prestazione del ciclo. Per effettuare tale procedure il sistema deve essere in grado di mantenere logicamente connessi i diversi cicli in cui si articola la prestazione.

La struttura dei dati

Le informazioni che devono costituire la base dati da trasmettere in regione sono quelle di seguito indicate:

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Posizione	Lunghezza	Note
1	**Anno** (*)	**Anno di riferimento relativo alla data di contatto**	C	1-4	4	Valori ammessi: formato aaaa
2	**Mese** (*)	**Mese di riferimento relativo alla data di contatto**	C	5-6	2	Valori ammessi: formato mm
3	**Codaz** (*)	**Codice dell'Azienda sanitaria**	C	7-9	3	Valori ammessi: Inserire il codice ministeriale dell'Azienda sanitaria toscana inviante i dati
4	**Codzona** (*)	**Codice della zona sanitaria**	C	10	1	Valori ammessi: Inserire il codice delle zone sanitarie toscane (vedi tabella 1)
5	**Codstru** (*)	**Codice della struttura di erogazione**	C	11-16	6	Valori ammessi: Inserire il codice STS.11 (vedi tabella 1)
6	**Codspe** (*)	**Codice della specialità di erogazione**	C	17-19	3	Valori ammessi: Inserire il codice della specialità di erogazione della prestazione (vedi tabella 2)
7	**Codprest** (*)	**Codice della prestazione specialistica ambulatoriale prenotata**	C	20-27	8	Valori ammessi: Inserire il codice della prestazione specialistica ambulatoriale prenotata (vedi tabella 3)
8	**Urge** (*)	**Urgenza**	C	28	1	Valori ammessi: 1= urgente 2= non urgente
9	**Contatto** (*)	**Contatto**	C	29	1	Valori ammessi: 1= primo contatto 2= contatto successivo al primo
10	**Modacc** (*)	**Modalità di accesso**	C	30	1	Valori ammessi: 1 = accesso mediante prenotazione da sistema pubblico CUP 2 = accesso con prenotazione effettuata con sistemi diversi dal CUP. 3 = accesso diretto senza prescrizione e senza prenotazione (si fa riferimento alle prestazioni ad accesso diretto in senso stretto, cioè a quelle prestazioni alle quali l'utente accede senza ricetta medica) 4 = accesso diretto con prescrizione e senza prenotazione (si fa riferimento alle prestazioni ad accesso diretto in senso lato, cioè a quelle prestazioni per le quali è necessaria la ricetta medica, ma per le quali l'azienda non

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Posizione	Lunghezza	Note
						richiede la prenotazione in quanto la prestazione viene erogata all'utente al momento della sua presentazione presso il presidio che eroga la prestazione stessa.
11	**Regiero (*)**	**Regime di erogazione della prestazione**	C	31	1	Valori ammessi: 0 = prestazione erogata in regime libero professionale 1 = prestazione erogata non in regime libero professionale
12	**Tempatt (*)**	**Tempo di attesa**	N	32-37	6	Valori ammessi: Inserire la differenza, espressa in giorni, tra data di contatto e data prenotabile o prenotata, con zeri non significativi a sinistra
13	**Numpres**	**Numero di prestazioni**	N	38-44	7	Valori ammessi: Inserire il numero di prestazioni prenotate con il tempo di attesa indicato nel campo 11, con zeri non significativi a sinistra
14	**Annoinvio**	**Anno di trasmissione**	C	45-48	4	Valori ammessi: aaaa. Inserire il valore dell'anno in cui viene effettuata la trasmissione. Quando il mese di riferimento relativo alla data di contatto è "12" si deve comunque indicare l'anno effettivo della trasmissione.
15	**Meseinvio**	**Mese di trasmissione**	C	49-50	2	Valori ammessi: mm. Inserire il valore del mese in cui viene effettuata la trasmissione. Quando il mese di riferimento relativo alla data di contatto è "12" si deve comunque indicare il mese effettivo della trasmissione.

(*) Key di riferimento per il campo "Numpre"

Tabelle di riferimento:

Per quanto riguarda le tabelle di supporto per la compilazione del tracciato, si fa riferimento agli archivi di supporto utilizzati per l'elaborazione del flusso relativo alla Specialistica ambulatoriale (flusso SPA del Manuale Flussi D.O.C.).
In particolare:
Tabella 1: Archivio dei presidi ambulatoriali
Tabella 2: Archivio delle specialità
Tabella 3: Archivio delle prestazioni specialistiche, diagnostiche e di laboratorio (Nomenclatore tariffario regionale)

Procedure regionali

Le informazioni pervenute da parte delle aziende sanitarie sono assoggettate ad una serie di trattamenti a livello regionale. Tali trattamenti possono essere classificati secondo le seguenti tipologie:
a) validazione delle informazioni
b) analisi delle informazioni
c) pubblicazione delle informazioni

a) validazione delle informazioni

Le informazioni sono assoggettate alle procedure di controllo che di seguito si riportano per ciascuno dei campi della struttura dei dati

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Posizione	Lunghezza	Controlli
1	**Anno** (*)	**Anno di riferimento relativo alla data di contatto**	C	1-4	4	Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi
2	**Mese** (*)	**Mese di riferimento relativo alla data di contatto**	C	5-6	2	Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e immediatamente precedente rispetto al valore contenuto nel campo 15 Mese invio
3	**Codaz** (*)	**Codice dell'Azienda sanitaria**	C	7-9	3	Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi ed essere corrispondente con il codice ministeriale dell'Azienda inviante i dati.
4	**Codzona** (*)	**Codice della zona sanitaria**	C	10	1	Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi ed essere coerente con il valore contenuto nel campo 5 Codice della struttura di erogazione (vedi tabella 1)
5	**Codstru** (*)	**Codice della struttura di erogazione**	C	11-16	6	Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con il valore contenuto nel campo 3 Codice dell'azienda sanitaria (vedi tabella 1)
6	**Codspe** (*)	**Codice della specialità di erogazione**	C	17-19	3	Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi (vedi tabella 2)
7	**Codprest** (*)	**Codice della prestazione specialistica ambulatoriale**	C	20-27	8	Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi (vedi tabella 3)
8	**Urge** (*)	**Urgenza**	C	28	1	Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi
9	**Contatto** (*)	**Contatto**	C	29	1	Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi
10	**Modacc** (*)	**Modalità di accesso**	C	30	1	Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi
11	**Regiero** (*)	**Regime di erogazione della prestazione**	C	31	1	Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi
12	**Tempatt** (*)	**Tempo di attesa**	N	32-37	6	Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi ed avere il corretto formato numerico (con zeri non significativi a sinistra)
13	**Numpres**	**Numero di prestazioni**	N	38-44	7	Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi ed avere il corretto formato numerico (con zeri non significativi a sinistra)
14	**Annoinvio**	**Anno di trasmissione**	C	45-48	4	Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi
15	**Meseinvio**	**Mese di trasmissione**	C	49-50	2	Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con il valore contenuto nel campo 2 Mese di riferimento

I record che presentano anche un solo codice di errore, sono esclusi dalle fasi di analisi e pubblicazione. I dati relativi alle percentuali di errore sono resi pubblici secondo la struttura di seguito indicata:

Codice Azienda	Descrizione azienda	Numero record	Numero record validi	Numero record errati	Numero di prestazioni valide	Numero di prestazioni errate	Percentuale record validi su totale record	Percentuale record errati su totale record	Percentuale numero prestazioni errate su totale numero prestazioni
101	USL 1 Massa Carrara								
102	USL 2 Lucca								
103	USL 3 Pistoia								
104	USL 4 Prato								
105	USL 5 Pisa								
106	USL 6 Livorno								
107	USL 7 Siena								
108	USL 8 Arezzo								
109	USL 9 Grosseto								
110	USL 10 Firenze								
111	USL 11 Empoli								
112	USL 12 Viareggio								
901	AO Pisana								
902	AO Senese								
903	AO Careggi								
904	AO Meyer								
905	INRCA								
906	Stella Maris								
907	CNR-IFC								

b) analisi delle informazioni

Effettuata la validazione delle informazioni a livello regionale, sono effettuate le seguenti analisi che tendono ad illustrare le caratteristiche del tempo di attesa per le prestazioni, mediante:

1) tempo massimo
2) tempo medio di attesa
3) tempo medio di attesa ponderato, quando si rendono necessarie aggregazioni per tipologie di prestazioni o per ambiti territoriali o organizzativi
4) distribuzione dei volumi di prestazioni prenotate per classi di tempo di attesa
5) andamento nel tempo dei tempi di attesa

c) pubblicazione delle informazioni

Le relative informazioni sono comunicate alle Aziende sanitarie, ai cittadini ed agli altri soggetti interessati.

Tempi di trasmissione dei dati della rilevazione

La rilevazione ha cadenza mensile: i dati, secondo le specifiche indicate nel tracciato record riportato nel paragrafo "La struttura dei dati", pagina 8, devono essere trasmessi entro il 15 del mese successivo a quello oggetto della rilevazione.

Modalità di trasmissione dei dati in regione

I dati sono trasmessi mediante la procedura winptrasfert, a cura di un referente del monitoraggio dei tempi di attesa che viene individuato dall'azienda sanitaria e che è l'unico referente nei rapporti con la Regione per le questioni relative agli aspetti tecnici del monitoraggio stesso.

Adempimenti accessori

Ad ogni invio le Aziende sono tenute a trasmettere una nota in cui è indicata, per quel mese di riferimento, la percentuale delle prestazioni che vengono prenotate mediante il sistema CUP, in modo da evidenziare il grado di copertura del CUP rispetto alle prestazioni che dovranno a regime, andare a costituire l'insieme delle prestazioni prenotabili tramite CUP.

Nel caso in cui l'Azienda non sia in grado di costruire una stima sul totale delle prestazioni che, a regime, dovranno andare a costituire l'insieme delle prestazioni prenotabili tramite CUP, in alternativa, può essere preso in considerazione, per il relativo mese di riferimento, il rapporto tra numero di prestazioni oggetto dell'invio e numero di prestazioni effettivamente erogate nel mese dall'Azienda per le medesime tipologie.

La nota deve essere inviata per posta elettronica al seguente indirizzo:
l.scavetta@mail.regione.toscana.it

Ambito di durata del monitoraggio dei tempi di attesa

Il sistema di monitoraggio dei tempi di attesa sarà attivo fina alla messa a regime del flusso della specialistica ambulatoriale definito nella nuova versione del manuale dei flussi DOC, nel quale è espressamente prevista la rilevazione dei tempi di attesa. Il completo assorbimento del presente sistema di monitoraggio dei tempi di attesa nel flusso della specialistica ambulatoriale sarà definito con un successivo e specifico provvedimento deliberativo della Giunta regionale.



REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 16-12-2002 (*punto N.* **28**)

Delibera *N* **.1417** *del* **16-12-2002**

Proponente
ENRICO ROSSI

DIPARTIMENTO DIRITTO ALLA SALUTE E DELLE POLITICHE DI SOLIDARIETA'

Pubblicita'/Pubblicazione: Atto soggetto a pubblicazione integrale
Dirigente Responsabile:Emanuele Giusti
Estensore: Emanuele Giusti
Oggetto:
Integrazione dei sistemi di prenotazione CUP delle Aziende Sanitarie: modalità e tempi di realizzazione.

Presidente della seduta: CLAUDIO MARTINI
Segretario della seduta: CARLA GUIDI

Presenti:

TITO BARBINI	PAOLO BENESPERI	CHIARA BONI
AMBROGIO BRENNA	RICCARDO CONTI	TOMMASO FRANCI
MARCO MONTEMAGNI	ANGELO PASSALEVA	ENRICO ROSSI
MARIA CONCETTA ZOPPI		

Assenti:
SUSANNA CENNI

ALLEGATI N°: 1

ALLEGATI:

Denominazione	*Pubblicazione*	*Tipo di trasmissione*	*Riferimento*
A	Si	Cartaceo+Digitale	Allegato A

STRUTTURE INTERESSATE:

Tipo	*Denominazione*
Dipartimento - A.Ex.Dip.	DIPARTIMENTO DIRITTO ALLA SALUTE E DELLE POLITICHE DI SOLIDARIETA'

Note:

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la precedente deliberazione n. 619/2001 nella quale sono state definite obiettivi per la attivazione e diffusione sul territorio regionale dei sistemi di prenotazione unificati telematici;

Considerato che rispetto alla fase di attivazione delle agende informatizzate dei professionisti il sistema aziendale si è attivato in modo adeguato provvedendo ad inserire nei sistemi di prenotazione un quantitativo adeguato di prestazioni, anche se rimangono in alcune aziende situazioni ancora inadeguate da punto di vista della consistenza delle prestazioni inserite nei sistemi di prenotazione unificati aziendali;

Ritenuto che permangono invece difficoltà relative alla parte di integrazione tra i diversi CUP aziendali finalizzata a consentire la effettuazione di prenotazioni da un unico punto su diverse aziende sanitarie, oggi parzialmente realizzate mediante sistemi di integrazione basati su logiche non di stretta integrazione delle applicazioni informatiche, ma su accorgimenti di tipo manuale;

Considerato che tale difficoltà è in parte motivata da oggettive criticità a reperire le opportune soluzioni software ed a definire gli opportuni assetti organizzativi e che quindi la mancata attivazione da parte delle aziende sanitarie dell'indicazione contenuta nella precedente deliberazione trova una parziale giustificazione;

Ritenuto comunque di riaffermare la necessità che i sistemi di prenotazione delle diverse aziende sanitarie siano tra loro integrati;

Visto il documento allegato che affronta le problematiche relative ai processi di integrazione dei sistemi di prenotazione unificati su più aziende sanitarie sia dal punto di vista organizzativo che da quello delle funzioni che devono essere garantite dai sistemi di prenotazione;

A voti unanimi

DELIBERA

Le aziende sanitarie sono tenute a realizzare l'integrazione dei lori sistemi di prenotazione secondo le modalità ed i tempi definiti nel documento allegato "A" facente parte integrante del presente provvedimento deliberativo.

Di pubblicare il presente provvedimento per intero sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana, ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. g), della L.R. 15 marzo 1996, n° 18, unitamente all'allegato.

EG/gp

SEGRETERIA DELLA GIUNTA
IL COORDINATORE
VALERIO PELINI

Il Dirigente Responsabile
EMANUELE GIUSTI

Il Coordinatore
MARIO ROMERI

Modalità organizzative

Ambiti di attivazione del servizio di prenotazione unificato

Sono distinti due diversi livelli di integrazione a cui corrispondono tempi di attuazione diversificati:

Livello 1) Concerne l'integrazione tra le seguenti aziende sanitarie
USL 10 Firenze; AO Careggi; AO Meyer
USL 7 Siena; AO Senese
USL 5 Pisa; AO Pisana (include anche le agende del IFC del CNR)
Per tali aziende l'integrazione trai i sistemi di prenotazione deve essere realizzata entro la data del 30 maggio 2003

Livello 2)
Area vasta : USL 10 Firenze; AO Careggi; AO Meyer; USL 3 Pistoia; USL 4 Prato; USL 11 Empoli
Aera vasta: USL 7 Siena; AO Senese; USL 8 Arezzo; USL 9 Grosseto
Area vasta: USL 5 Pisa; AO Pisana (include le agende del IFC CNR e del Pediatrico Apuano; USL 1 Massa Carrara; USL 2 Lucca; USL 6 Livorno; USL 12 Viareggio
Per tali ambiti l'integrazione deve essere realizzata entro la data del 31/12/2003

La costituzione dei comitati (esecutivi e regionale)

Entro 15 giorni dall'adozione del presente provvedimento i direttori generali di ciascuna delle aziende sanitarie individuano un responsabile per la realizzazione dell'integrazione dei sistemi di prenotazione unificati delle diverse aziende sanitarie e lo comunicano al Responsabile del servizio Ufficio del Coordinatore del dipartimento del diritto alla Salute e delle politiche di solidarietà.
I responsabili come sopra designati costituiscono per ciascuna delle aree vaste il comitato esecutivo per la integrazione dei sistemi di prenotazione.
Sono quindi costituiti tre comitati, uno per ciascuna della aree vaste.

I comitati esecutivi devono predisporre il progetto per la realizzazione del sistema integrato di prenotazione entro la data del 28 febbraio 2003.

Al fine di garantire e verificare l'estendibilità delle soluzioni nelle aree vaste all'intero territorio regionale e la compatibilità delle soluzioni prospettate alle logiche complessive del sistema informativo regionale e della Rete Telematica della Regione Toscana è costituito il comitato regionale per l'integrazione dei sistemi di prenotazione a cui partecipano oltre ai responsabili aziendali, anche funzionari della regione Toscana appartenenti al Dipartimento del Diritto alla salute e delle politiche di solidarietà e del Servizio Ufficio Ingegneria dei Sistemi Informativi della Comunicazione. Questo gruppo ha il compito di verificare la estendibilità delle soluzioni assunte nelle aree vaste all'intero territorio regionale e la compatibilità delle soluzioni prospettate alle logiche complessive del sistema informativo regionale e della Rete Telematica della Regione Toscana (RTRT).

Modalità di relazione tra i soggetti aziendali che conferiscono le quote di prestazioni

A seguito della attivazione della integrazione tra i sistemi di prenotazione delle diverse aziende, le stesse definiscono, nell'ambito di specifici accordi, le reciproche quote di prestazioni che devono garantire nel sistema stesso, nonché le modalità ed i tempi di immissione delle quote di prestazioni concordate. Le quote si riferiscono non solo a volumi quantitativi complessivi, ma definiscono anche quote relative a ciascuna tipologia di prestazione come classificata nel nomenclatore tariffario regionale.

Ciascuna delle aziende è tenuta a garantire il costante aggiornamento delle quote di prestazioni concordate, in modo da non contrarre la propria quota di prestazioni al di sotto dei limiti che saranno definiti nell'ambito degli specifici accordi. I direttori generali rispondono della corretta alimentazione ed aggiornamento della quota di prestazioni concordata.

Le quote come sopra definite non possono essere assoggettate a restrizioni quantitative rispetto alla regolamentazione dei rapporti finanziari tra i diversi soggetti. Possono invece essere assoggettate a decurtazioni tariffarie o a sconti.

Devono essere definite le modalità di monitoraggio del grado di utilizzazione delle prestazioni conferite da parte di ciascuna delle aziende al fine di verificare la corretta utilizzazione di tali prestazioni.

Le modalità di utilizzazione devono essere preventivamente definite nell'ambito degli specifici accordi sopra individuati. I seguenti punti costituiscono principi di riferimento prioritari:

a) prossimità del punto di erogazione della prestazione alla residenza del cittadino
b) prevalenza a parità di tempo di attesa, della scelta del cittadino sul presidio dove effettuare le prestazione
c) capacità della struttura aziendale dove viene erogata la prestazione di garantire in modo autonomo le eventuali ulteriori prestazioni che si rendono necessarie in modo da concentrare la presa in carico dell'assistito in un unico contesto organizzativo, dove tale aspetto non comprometta la qualità complessiva del servizio che deve essere garantito al cittadino.

I contenuti degli specifici accordi come sopra indicati fanno parte a tutti gli effetti degli accordi di area vasta.

Con le stesse modalità e criteri sono regolati anche i rapporti tra le aziende Usl e le strutture private accreditate che decidono di conferire quote delle loro prestazioni nel sistema integrato di prenotazione.

Caratteristiche e standard funzionali dei sistemi di prenotazione integrati

In questa sezione sono indicate alcune delle caratteristiche funzionali dei sistemi di prenotazione che oltre ad essere presenti nei sistemi CUP di livello aziendale, devono essere garantite anche per la componente di integrazione tra i CUP di diverse aziende sanitarie.

La distinzione tra prestazioni di primo accesso e prestazioni di secondo accesso

Preliminarmente è opportuno specificare il significato rispetto alle finalità del presente progetto delle due tipologie di prestazioni.
Le caratteristiche dell'una e dell'altra mutuano da un mix di condizioni afferenti ad aspetti clinici, tecnologici, organizzativi ed alle modalità di accesso.
Si intende per prestazione di primo accesso quella prestazione che:

a) innesca la presa in carico dell'assistito rispetto ad un determinato bisogno assistenziale
b) di norma viene richiesta da un prescrittore esterno (tipicamente medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, ecc.)
c) la relativa prenotazione viene effettuata da punti di prenotazione che appartengono alla prima linea dei prenotazione cioè a punti di prenotazione non necessariamente presidiati da personale sanitario qualificato
d) può concludersi con la soddisfazione del quesito diagnostico mediante la refertazione, ma può attivare anche ulteriori prestazioni che si rendono necessarie per soddisfare il bisogno dell'assistito

Si intende per prestazione di secondo accesso quella prestazione che

a) viene richiesta dal sanitario che ha preso in carico l'utente con la prestazione di primo livello
b) deve essere prenotata direttamente dal sanitario che ha preso in carico l'utente con la prestazione di primo livello
c) è necessaria per poter rispondere al quesito diagnostico originario
d) rientra in un ciclo di prestazioni espressamente connesse tra loro
e) costituisce un controllo a tempo determinato in base a protocolli specifici o a tempo indeterminato in base alla valutazione dello specialista

Uno degli elementi essenziali è che la prestazione di secondo accesso viene di norma prescritta dal professionista che ha assunto in carico l'assistito con la prestazione di primo livello.
Questa differenziazione comporta che rispetto alla questione della integrazione dei sistemi di prenotazione tra diverse aziende, può essere concettualizzata una certa differenziazione nelle modalità di gestione delle prestazioni di primo accesso e di secondo accesso.
In tal senso infatti la esigenza specifica e prioritaria di disponibilità riguarda le prestazioni di primo accesso in quanto prestazioni che determinano il carico esterno rispetto alle organizzazioni che assicurano l'offerta. Praticamente le prestazioni di primo accesso rappresentano la domanda generata dalla componente del sistema sanitario che non eroga l'offerta, mentre le prestazioni di secondo accesso rappresentano la domanda generata delle stesse strutture che sono a loro volto generatrici dell'offerta.
Questa distinzione comporta che l'integrazione deve essere sviluppata preliminarmente mediante la piena messa in condivisione delle prestazioni di primo accesso da parte delle diverse aziende.
Ad oggi la quantificazione dei volumi di prestazioni afferenti al primo accesso e quelle afferenti al secondo accesso presenta molte difficoltà in relazione al fatto che tale distinzione, valida dal punto

di vista concettuale, non ha trovato adeguate implementazioni, dal punto di vista della organizzazione concreta, se non in alcune realtà aziendali e non è quindi possibile avere delle misurazioni oggettive.
In tal senso la quantificazione del tempo agenda che ciascuna azienda deve mettere in condivisione cioè delle relative prestazioni di primo accesso, non può che essere effettuata sulla base di un generale principio di adeguatezza del volume complessivo messo a disposizione su un certo ambito territoriale al fine di soddisfare le esigenze della domanda, adeguatezza che può essere verificate mediante un monitoraggio costante dell'andamento della domanda afferente alle prestazioni di primo livello ed una adeguata flessibilità nel sistema di alimentazione del tempo agenda relativo a tali prestazioni.
La priorità nella messa a disposizione delle prestazioni di primo accesso non implica la assoluta indisponibilità delle prestazioni di secondo accesso. In tal senso le soluzioni tecniche che dovranno essere realizzate non devono inibire la futura ed eventuale estensione della messa in condivisione anche di quote di prestazioni di secondo accesso. In particolare si evidenzia come da subito debba essere garantita la possibilità di effettuare prenotazioni di secondo accesso presso strutture organizzative appartenenti ad aziende diverse da quella ove opera il medico che ha preso in carico l'assistito per la prestazioni di primo accesso. Anche se la quantità di tempo agenda messo a disposizione per le prestazioni di secondo accesso ed offerte alla prenotazione da parte di soggetti esterni all'azienda può essere nella prima fase del progetto, contenuto in termini quantitativi, ferma restando la necessità di attivare una specifica valutazione del reale bisogno di tali prestazioni e quindi di una loro progressivo rimodulazione.

Le modalità di accesso da parte del cittadino

I punti di accesso al sistema di prenotazione possono essere distinti in:
fisici: in quanto comportano la presenza fisica e contemporanea di un soggetto che effettua la prenotazione e del cittadino che richiede la prestazione (punti di prenotazione con operatori CUP, punti di prenotazione presso farmacie, punti di prenotazione presso ambulatori dei medici di base o dei pediatri di libera scelta, ecc.)
non fisici: in quanto non è richiesta la contemporanea presenza fisica nello stesso luogo del soggetto che effettua la prenotazione e del cittadino che richiede la prestazione (prenotazione telefonica, prenotazione mediante rete telematica)

Il sistema integrato deve essere in grado di gestire entrambe le tipologie di accesso.

Nel momento in cui il cittadino rappresenta la prestazione di cui richiede la prenotazione, il sistema o in base ad informazioni presenti nel sistema o in base ad una specifica domanda rivolta al cittadino acquisisce l'informazione relativa alla sua residenza e presenta le diverse opzioni di scelta in base ad un criterio di prossimità del luogo di erogazione della prestazione alla residenza del cittadino e di contemporanea soddisfazione del tempo di attesa massimo definito. Al cittadino deve essere data piena visibilità rispetto alle diverse opzioni che il sistema mette a disposizione.
Il cittadino può ovviamente avanzare sia in questa fase, ma anche nella fase preliminare, una specifica richiesta di fruire della prestazione in un certo presidio. In tal caso, se la richiesta del cittadino determina un significativo aumento del tempo di attesa e comunque nel caso in cui comporti il superamento del tempo massimo di attesa, al cittadino deve essere data specifica comunicazione di tale fatto.
In tal caso il sistema deve generare una specifica segnalazione dalla quale si ricava che la scelta del cittadino ha comportato un incremento significativo del tempo di attesa.
Il tempo di attesa determinato dalla scelta del cittadino viene definito tempo di attesa condizionato in antitesi al tempo di attesa offerto dal sistema che viene definito tempo di attesa non condizionato.

Il sistema deve essere in grado di gestire in modo flessibile la diversificazione delle priorità di accesso in corso di definizione. Con il concetto di priorità di accesso si fa riferimento al fatto che una stessa prestazione può dover essere garantita entro tempi massimi diversi, diversità che è generata da una specifica opzione contenuta sulla ricetta ed apposta dal medico prescrittore. In sostanza, premesso che il relativo progetto sulle priorità di accesso è in corso di definizione, il sistema genererà mediante specifica segnalazione sulla prescrizione medica (ricetta) una indicazione attraverso la quale quella prestazioni per quell'utente dovrà essere garantita entro un temo massimo specifico. Il sistema di prenotazione dovrà quindi essere in grado di riportate al proprio interno la relativa classificazione e ricercare la data di prenotazione congruente con quello specifico tempo di attesa. Questo in sostanza comporta la necessità di gestire le agende non più genericamente per garantire un tempo di attesa massimo unico (oggi indicato in trenta giorni), ma di adeguare il sistema delle agende in modo correlato ai volumi di prestazioni per ciascuna delle classi di tempo di attesa definite.
In tal senso il progetto sulle priorità di accesso, prevede la definizione di quote di prestazioni per ciascuna delle classi di tempo di attesa e per ciascuna delle prestazioni che in via preliminare entreranno a far parte di quelle per le quali sono previste classi differenziate di accesso.

Modalità di acquisizione della compartecipazione del cittadino alla prestazione (pagamento del ticket).

Nel caso di accesso a punti fisici di prenotazione direttamente gestiti dalle aziende sanitarie, il pagamento del ticket deve avvenire in modo integrato con la fase di prenotazione. Ovviamente tale opzione non è realizzabile quando la prenotazione avviene mediante sistemi non fisici o da punti fisici non presidiati direttamente dalle aziende sanitarie. In tali casi la fase di pagamento deve essere posticipata al successivo momento di erogazione della prestazione.

L'implicazione dal punto di vista della funzioni dell'applicazione gestionale comporta che il sistema di prenotazione deve quindi essere integrato con la fase di pagamento del ticket, in modo da correlare il set di informazioni relativo alla prenotazione a quello del pagamento del ticket (vedi punto successivo)

Integrazione tra la fase di prenotazione e le ulteriori fasi (erogazione della prestazione, refertazione, altra documentazione clinica, pagamento del ticket)

Il componente del sistema destinato alla prenotazione deve essere in grado di generare l'agenda di lavoro relativa alle prestazioni programmate, in formato digitale (con eventuale opzione di stampa su cartaceo)
A questo livello deve essere possibile gestire:

a) la registrazione dell'avvenuta erogazione della prestazione
b) la scrittura del referto o di altra annotazione clinica
c) la integrazione con le altre attività amministrative (ad esempio: il pagamento del ticket ove non avvenuto nella fase della prenotazione ecc.)
d) la integrazione con le informazioni sanitarie relative all'utente (ad esempio: l'accesso ad informazioni presenti nei data base relative alle condizioni di salute dell'utente nel rispetto delle disposizioni della legge sulla tutela dei dati personali, ecc.)
e) la integrazione con le informazioni gestionali (ad esempio: la correlazione con i sistemi che presidiano la contabilità analitica afferenti ai centri di costo ecc.)

La correlazione tra le diverse fasi può essere presente in modo nativo nella applicazione destinata a gestire la fase di prenotazione oppure può avvenire mediante la integrazione tra le diverse applicazione gestionali che presidiano le diverse fasi.

Questa funzionalità ovviamente richiede una progressiva estensione di adeguati strumenti informatici presso i punti di erogazione, estensione che non necessariamente deve essere intesa come dotazione individuale di postazioni informatiche ad ogni singolo erogatore od unità di erogazione.

Un ulteriore elemento che deve essere gestito dal sistema di prenotazione e che funzionalmente presidia la correlazione univoca tra la prenotazione e le successive fasi, è rappresentato dalla necessità che il sistema identifichi con un codice univoco nello spazio e nel tempo l'evento della prenotazione tenendo conto che una prescrizione (o un accesso alla fase di prenotazione nel caso avvenga senza prescrizione) può contenere una o più prenotazioni. Questo progressivo identifica la presa in carico da parte del sistema e segue l'utente nelle successive ed eventuali fasi correlate al bisogno che ha generato l'accesso originario al sistema. Dal punto di vista funzionale tale codice dove poter consentire la correlazione di tutti gli eventi prestazionali generati dal bisogno originario o ad esso connessi.

Il catalogo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali per le finalità del presente progetto

Ferma restando la classificazione delle prestazioni per i fini informativi e finanziari definita nel nomenclatore regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, le peculiari esigenze di specifica identificazione delle prestazione da prenotare, comporta una classificazione di tali prestazioni diversa e maggiormente analitica rispetto a quella prevista dal nomenclatore regionale delle prestazioni ambulatoriali.
In tale senso è necessario definire un catalogo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali per le finalità dei sistemi di prenotazione integrati.
La logica funzionale del catalogo riveste primaria importanza ai fini della corretta identificazione tra richiesta di prestazione e relativa erogazione e costituisce uno degli elementi di maggiore criticità nella implementazione dei sistemi di prenotazione integrati tra più aziende. Le logiche che fino ad oggi hanno determinato le modalità di classificazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali per il sistema di prenotazione, erano legate ai diversi modi in cui i professionisti che erogano le prestazioni interpretano i propri processi di erogazione di tali prestazioni.
La necessità di uniformare il linguaggio di classificazione delle prestazioni si presenta quindi essenziale per la realizzazione dei sistemi unificati di prenotazione interaziendali.

Dal punto di vista applicativo il catalogo costituisce uno strato logico tra l'interfaccia di prenotazione ed il sistema di classificazione utilizzato da ciascuna azienda sanitaria. In tal modo esistono logicamente diverse fasi:

la prenotazione della prestazione che avviene sulla base del catalogo unico,

la relazione tra lo specifico codice di prestazione prenotato ed il codice presente nei sistemi di classificazione utilizzati dalle diverse aziende

la generazione delle disponibilità presenti nelle diverse realtà aziendali mediante una rappresentazione che si relaziona all'operatore attraverso il sistema di classificazione del catalogo unico

la prenotazione che, sempre utilizzando il catalogo unico, riporta nel sistema di classificazione utilizzato in quella specifica azienda, la prenotazione.

In sostanza il catalogo costituisce da punto di vista funzionale il traduttore tra la richiesta di prenotazione ed i diversi sistemi di classificazione utilizzati nei diversi contesti organizzativi.

Ogni aziende è tenuta a garantire la correlazione tra il proprio sistema di classificazione e quello utilizzato nel catalogo unico.

La modalità definita tende a minimizzare l'impatto organizzativo su ciascuna realtà organizzativa, non imponendo alle aziende di adottare il catalogo unico regionale all'interno dei propri processi organizzativi, ma esclusivamente di farsi carico di tradurre il catalogo unico regionale sui propri sistemi di classificazione.

Successivamente alla fase di implementazione sarà valutata l'opportunità di estendere il catalogo unico regionale anche all'interno dei sistemi di classificazione delle singole aziende. Ovviamente le aziende sono libere di adottare al proprio interno il catalogo unico regionale.

Considerando che il catalogo richiede funzioni di aggiornamento ed adeguamento costanti, è necessario prevedere una specifica modalità organizzativa che provveda alla manutenzione di tale catalogo.

In tal senso nell'ambito dei comitati esecutivi per l'integrazione dei sistemi di prenotazione presenti presso ciascuna area vasta è attivato uno specifico gruppo composto dalle adeguate professionalità che cura la realizzazione, la gestione e l'aggiornamento del catalogo che opera nell'ambito di ciascuna delle area vaste.

Ferma restando la priorità nella definizione del catalogo a livello di ciascuna area vasta, al fine di garantire omogeneità sull'intero territorio regionale, i gruppi deputati alla realizzazione del catalogo operano coordinandosi tra loro in modo da definire un catalogo unico regionale.

Alla gestione, manutenzione ed aggiornamento del catalogo unico regionale provvede uno specifico gruppo composto dai rappresentanti dei componenti dei tre gruppi operanti presso ciascuna area vasta.



REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 23-04-2001 (*punto N.* **24.**)

Delibera *N* **.418** *del* **23-04-2001**

Proponente
ENRICO ROSSI

DIPARTIMENTO DIRITTO ALLA SALUTE E DELLE POLITICHE DI SOLIDARIETA'

Pubblicita'/Pubblicazione: Atto soggetto a pubblicazione integrale
Dirigente Responsabile:Emanuele Giusti
Estensore: Laura Scavetta
Oggetto:
Monitoraggio dei tempi di attesa: determinazioni. Modifiche alla DGR 245 del 01.03.2000.

Presenti:

TITO BARBINI	PAOLO BENESPERI	CHIARA BONI
AMBROGIO BRENNA	SUSANNA CENNI	RICCARDO CONTI
TOMMASO FRANCI	MARCO MONTEMAGNI	ENRICO ROSSI
MARIA CONCETTA ZOPPI		

Assenti:
ANGELO PASSALEVA

Presidente della seduta: CLAUDIO MARTINI
Segretario della seduta: CARLA GUIDI

ALLEGATI N°: *1*

ALLEGATI:

Denominazione	*Pubblicazione*	*Tipo di trasmissione*	*Riferimento*
A	Si	Cartaceo+Digitale	Allegato A

STRUTTURE INTERESSATE:

Tipo	*Denominazione*
Dipartimento - A.Ex.Dip.	DIPARTIMENTO DIRITTO ALLA SALUTE E DELLE POLITICHE DI SOLIDARIETA'

Note: ATTO MODIFICATO CON DELIBERAZIONE G.R.T. N. 1351 DEL 10.12.2001.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO l'art. 3, comma 10 del D.lgs 124/98, che impegna le Regioni a disciplinare i criteri cui dovranno attenersi i Direttori generali delle Aziende USL e delle Aziende ospedaliere nella individuazione dei tempi massimi di attesa per le prestazioni indicate ai commi 3 e 4 dell'articolo citato;

VISTE le proprie precedenti deliberazioni n. 851 del 27/07/98, n. 1014 del 14/09/98 e n. 245 del 1/03/00, inerenti la rideterminazione dei tempi massimi per l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e per la gestione delle liste di attesa;

RILEVATA la necessità di sviluppare il sistema di monitoraggio definito dai citati provvedimenti deliberativi, al fine di adeguarlo alle evoluzioni intervenute in termini di specificità della rilevazione e di standardizzazione dei processi per la generazione delle informazioni a livello aziendale;

PRECISATO che il nuovo sistema di monitoraggio, di cui all'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto deliberativo, sostituisce gli allegati 1, 2, 3 e 4 alla delibera G.R. 245/00, ferme restando le altre determinazioni contenute nei citati provvedimenti deliberativi;

RILEVATO che il nuovo sistema è stato adottato per spingere le Aziende ad attivare gli adeguati interventi per la riduzione dei tempi di attesa, mediante l'acquisizione di una metodologia che, attraverso la specifica standardizzazione delle modalità di rilevazione dei tempi di attesa consenta di costituire:

- una fonte conoscitiva verso l'utenza sulla situazione dei tempi di attesa sul territorio toscano
- una modalità di confronto tra le diverse realtà aziendali che spinga le aziende, attraverso la comparazione incrociata delle informazioni, a sviluppare gli adeguati interventi atti a ridurre i tempi di attesa entro i termini definiti dalle disposizioni regionali;

RICORDATO che i programmi sulla riduzione delle liste di attesa possono costituire elemento di valutazione per i Direttori generali e che il reiterato mancato rispetto dei tempi massimi previsti si considera violazione del principio di buon andamento sanzionabile ai sensi dell'art. 3bis, comma 7 del D.lgs. 229/99;

A VOTI UNANIMI

DELIBERA

1) di approvare l'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento deliberativo che sostituisce quindi gli allegati 1,2,3 e 4 alla delibera G.R. 245/00 con l'allegato A sopra citato;

2) di stabilire che la trasmissione dei dati relativi ai tempi di attesa deve avvenire entro il giorno 15 del mese successivo a quello oggetto di rilevazione;

3) di stabilire che il sistema di monitoraggio di cui all'allegato A al presente provvedimento sarà applicato a partire dal mese di maggio 2001, per cui il primo invio dei dati richiesti dovrà avvenire entro il 15 giugno 2001;

4) di pubblicare il presente provvedimento e l'allegato, parte integrante del medesimo, ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. g), della L.R. 15.03.1996 n. 18.

LS/gs

SEGRETERIA DELLA GIUNTA
IL COORDINATORE
VALERIO PELINI

Il Dirigente Responsabile
EMANUELE GIUSTI

Il Coordinatore
MARIO ROMERI

DGR 418/2001 All.

Specifiche tecniche per il monitoraggio delle liste di attesa

Premessa

Il presente atto si inserisce in una serie di provvedimenti già assunti dalla Regione Toscana per ridefinire il sistema di prenotazione e di erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali sul territorio regionale, volti a soddisfare le esigenze complessive del sistema in termini di:

a) uniformità delle modalità di accesso alle prestazioni
b) conoscenza dell'andamento sui tempi di attesa,
c) miglioramento della capacità di risposta del sistema sanitario regionale
d) informazioni per il supporto decisionale a livello aziendale
e) informazioni per il supporto alle attività di pianificazione e programmazione a livello regionale
f) informazioni per lo studio e la ricerca epidemiologica

La fase a cui è espressamente finalizzato il presente documento è quella relativa all'adeguamento dell'attuale sistema di rilevazione dei tempi di attesa al fine di adattarlo alle complessive esigenze conoscitive e di riorganizzazione necessaria per il conseguimento degli obiettivi contenuti nei provvedimenti regionali. Le specifiche finalità del sistema sono:

a) costituire una fonte di informazioni a livello regionale per la valutazione sull'andamento degli interventi operati dalle aziende sanitarie per la regolamentazione dei tempi di attesa
b) costituire una fonte di informazione per il livello aziendale, al fine di attivare gli adeguati interventi per eliminare le anomalie riscontrate,
c) costituire una fonte di informazione per l'utenza relativamente ai tempi di attesa generati dai sistemi aziendali nei limiti temporali definiti dai provvedimenti regionali e successivamente da quelle inferiori eventualmente indicati dalle aziende sanitarie

Glossario e definizioni

La seguente sezione definisce i termini principali utilizzati per la messa a regime del sistema di monitoraggio dei tempi di attesa

Punto di accesso

Si intende il luogo a cui l'utente si può rivolgere per poter effettuare la prenotazione della o delle prestazioni di cui necessita. Il luogo può essere inteso come luogo fisico, o luogo virtuale.
Per luogo fisico si intende l'edifico o i diversi edifici a cui l'utente accede materialmente per effettuare la prenotazione.
Per luogo virtuale si intendono tutti gli strumenti di comunicazione che consentono all'utente di effettuare la prenotazione senza recarsi fisicamente presso i punti fisici di prenotazione disponibili sul territorio regionale.

Data di contatto

E' la data in cui l'utente attiva il sistema di prenotazione richiedendo la fruizione di una prestazione. L'attivazione può essere determinata dalla presenza fisica dell'utente o dall'utilizzo di sistemi di comunicazione telefonica o telematica; l'attivazione deve concludersi con la prenotazione di una o più prestazioni.

Data prenotata

E' la data in cui l'utente deve presentarsi presso la struttura di erogazione per fruire della specifica prestazione

Data di erogazione

E' la data in cui l'utente fruisce effettivamente della specifica prestazione. La data prenotata e la data di erogazione possono non coincidere.

Data prenotabile

E' la prima data che il sistema di prenotazione rende disponibile, nell'ambito territoriale previsto, a meno che l'utente per una sua specifica esigenza, non desideri optare per una data successiva.

Prestazioni ad accesso diretto

In senso stretto si intendono quelle prestazioni che in base alla normativa vigente consentono all'utente di accedere alle prestazioni erogate dal SSN, senza la prescrizione medica (ricetta).
In realtà, in diverse realtà aziendali, la medesima terminologia viene utilizzata per individuare quelle particolari modalità organizzative che consentono all'utente di fruire della prestazione presentandosi direttamente presso il punto di erogazione, sebbene la fruizione della prestazione sia comunque condizionata alla prescrizione medica (ricetta). Ai fini della presente rilevazione sono considerate ad accesso diretto entrambe le tipologie citate, ferma restando la loro diversa natura giuridica e le conseguenti peculiarità di trattamento.

Prestazioni urgenti

Si definiscono urgenti quelle prestazioni la cui prescrizione è caratterizzata dalla dicitura "urgente" e che devono essere erogate entro 72 ore a partire dalla data di contatto.

Tempo di attesa

Il tempo di attesa è inteso come il tempo intercorrente tra la data di contatto e la data prenotabile; in assenza della data prenotabile (in quanto non rilevata dal sistema di prenotazione), è il tempo intercorrente tra la data di contatto e la data prenotata.
Per i laboratori di analisi il tempo di attesa è misurato rispetto alla eventuale prenotazione del prelievo.
Per le prestazioni che non prevedono prenotazione, il tempo di attesa si intende uguale a zero. Rientrano in questa casistica le prestazioni erogate ad accesso diretto, tramite pronto soccorso o comunque con sistemi che non prevedono la fase di prenotazione. Il presupposto essenziale per la segnalazione del valore del tempo di attesa pari a zero è che la prestazione sia erogata contestualmente alla presentazione dell'utente nel punto di erogazione.

Periodo della rilevazione

E' il periodo che viene assunto come oggetto della rilevazione. Nel presente provvedimento si intende come periodo della rilevazione quello in cui sono ricomprese le date di contatto da rilevare.
Sono quindi misurati i tempi di attesa, riferiti alle date di contatto generate nel periodo oggetto di rilevazione.
E' stato scelto questo modello scartando altri modelli quali:

a) periodo di rilevazione in cui sono ricompresse le date prenotate: in questo caso la rilevazione perde di significatività in quanto costringe ad operare a ritroso nel tempo per ricercare le date di contatto che hanno generato la domanda; il fenomeno tra l'altro si è già verificato rendendo inefficaci eventuali azioni di correzione.
b) simulazione di saturazione delle agende: richiede algoritmi che dovrebbero tener conto delle infinite possibilità offerte da un sistema di prenotazione che contiene variabili intrinseche di fruibilità temporale, spaziali a più livelli (comune, zona, aziendale), di usi locali, di qualità dell'offerta. L'uso di tale sistema rimane valido a livello aziendale in quanto consente valutazioni prospettiche molto anticipate, ma non appare in grado di rappresentare il fenomeno delle liste di attesa nella determinante relativa ai volumi di attività generati.

Unità di misura

L'unità di misura del tempo di attesa è espressa in giorni. Nella differenza tra date quando le date di confronto sono uguali, il valore è pari ad 0 (zero). Si considerano i giorni intercorrenti tra le due date a prescindere dalla presenza di festività o dalla effettiva apertura delle strutture di erogazione delle prestazioni.

Struttura di erogazione

E' la struttura fisica ove avviene la erogazione della prestazione. La struttura viene censita secondo il sistema di codifica utilizzato nel sistema dei flussi ministeriali ed in particolare dal modello STS.11.

Ambito organizzativo e/o territoriale di erogazione

E' il contesto organizzativo e/o territoriale ove il sistema si impegna a garantire l'erogazione di determinate prestazioni.
In tale ambito non necessariamente tutte le strutture di erogazione presenti devono garantire tutte le tipologie di prestazioni erogate nell'ambito stesso, potendo ciascuna Azienda prevedere una diversa distribuzione delle tipologie di prestazioni tra le diverse strutture di erogazione presenti nel medesimo ambito.
Ad esempio non tutte le strutture di erogazione presenti in una determinata zona devono garantire l'erogazione della TAC.

Ambito organizzativo e/o territoriale dei tempi di attesa

E' il contesto organizzativo o territoriale ove il sistema si impegna a garantire per le relative prestazioni determinati tempi di attesa.
In tale ambito non necessariamente tutte le strutture di erogazione presenti devono garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa, potendo ciascuna Azienda prevedere una diversa distribuzione dei tempi di attesa tra le diverse strutture di erogazione presenti nel medesimo ambito organizzativo e/o territoriale.

Tempo massimo di attesa

E' il tempo più alto nel periodo di rilevazione, all'interno dell'ambito organizzativo e/o territoriale, per la prenotazione di una specifica prestazione.
In tale ambito non necessariamente tutte le strutture di erogazione presenti devono garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa, potendo prevedere una diversa distribuzione dei tempi di attesa tra le diverse strutture di erogazione presenti nel medesimo ambito organizzativo o territoriale.
Il tempo di attesa massimo è definito dal livello regionale attraverso propri atti amministrativi. L'azienda può definire tempi massimi di attesa inferiori a quelli regionali per specifiche prestazioni o per classi di

prestazioni. Il livello aziendale non può definire tempi di attesa superiori a quelli individuati a livello regionale.

Tempo medio di attesa

Il tempo medio di attesa è determinato dalla media aritmetica calcolata su tutti i tempi di attesa per quella specifica prestazione rilevati in un determinato ambito organizzativo o territoriale

Tempo medio di attesa ponderato

Il tempo medio di attesa ponderato si calcola rapportando, per ciascuna prestazione, i tempi di attesa generati ai relativi volumi di attività erogati. E' necessario quando devono essere ricondotte ad unitarietà le informazioni relative a più strutture di erogazione per qualificare il tempo di attesa medio dell'ambito organizzativo e/o territoriale.

Percentile

Con tale termine si fa riferimento ad un indice di posizione. Attraverso di esso, in particolare, si verifica il valore del carattere, posseduto da una unità, che occupa una determinata posizione in una distribuzione, ordinata in base al valore del carattere stesso.

Il percentile consente, in sostanza, all'azienda di misurare lo sforzo organizzativo necessario per modificare un andamento indesiderato dei tempi di attesa, in relazione ad una determinata prestazione e ad un determinato soggetto erogatore o ambito organizzativo (esempio: se per il 70% delle prestazioni si riscontra una attesa massima che va da 1 a 10 giorni, e per il 73% si riscontra una attesa massima che va da 1 a 20 giorni, basterà probabilmente un limitato intervento organizzativo per migliorare sensibilmente la situazione).

Nomenclatore tariffario regionale

E' l'atto formale nel quale sono indicate le singole prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili dal servizio sanitario regionale. Non tutte le prestazioni indicate nei nomenclatori sono sempre ricomprese nei livelli di assistenza. (Vedi prestazioni oggetto del monitoraggio)

Prestazioni oggetto del monitoraggio

Si intendono quelle prestazioni che sono indicate nel nomenclatore regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e che rientrano nei livelli di assistenza.

Sistema CUP (centro unificato di prenotazione)

E' un particolare sistema telematico in grado di organizzare il sistema degli accessi, delle prenotazioni e della gestione delle unità eroganti, che stabilisce un collegamento generale con tutte le unità di produzione sanitaria, pubblica, privata accreditata, e in libera professione, presenti sul territorio e che realizza il governo del rapporto domanda - offerta di prestazioni sanitarie, con particolare riferimento alla programmazione delle risorse disponibili ed alla gestione delle liste di attesa.

Agenda

E' lo strumento operativo del CUP. Dalla relazione tra un operatore sanitario, le prestazioni erogabili dall'operatore, uno spazio temporale di erogazione, si determina l'agenda. Poiché ogni prestazione è caratterizzata da un tempo di esecuzione, l'agenda consente di misurare l'offerta sanitaria in termini di numerosità delle prestazioni domandabili a quell'operatore nell'ambito temporale definito.

L'offerta sanitaria, in termini di prestazioni specialistiche, diagnostiche e di laboratorio, si realizza quindi esclusivamente tramite la costruzione di agende di erogazione certe e accessibili, il che significa che la

struttura erogante, ultimata la fase di programmazione della propria attività, la rende pubblica e ne delega la gestione operativa ad altri.

La prenotazione delle agende deve avvenire secondo un criterio di scorrimento temporale senza soluzione di continuità: l'utente deve comunque ricevere una data prenotabile. Sono espressamente vietate le cosiddette "liste chiuse", cioè liste di attesa relative ad agende che si caratterizzano per una data di apertura e per una data di chiusura: esse obbligano l'utente, che non è riuscito ad ottenere la prenotazione entro quell'intervallo di tempo, a ripresentarsi in un momento successivo per sapere quale data risulterà per lui disponibile.

Le agende devono essere informatizzate dettagliandole in termini di prestazioni erogabili, strutture eroganti, unità specialistica (intendendo con questo termine il soggetto o il gruppo di soggetti che provvede a fornire la prestazione), orari di erogazione, durata della prestazione, tariffa, tempo di risposta.

I sistemi di prenotazione devono consentire la gestione di uno spazio agenda consono alle esigenze dell'utenza e tale da permettere il rispetto del tempo di attesa programmato.

Branca specialistica

E' la branca a cui fa riferimento il nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Specialità dove viene erogata la prestazione

E' la disciplina specialistica a cui appartiene l'operatore o il gruppo di operatori che effettuano la prestazione richiesta. Le discipline sono quelle indicate nel sistema dei flussi ministeriali. In caso di prestazioni che vengono erogate in strutture organizzative pluriprofessionali (salute mentale, tossicodipendenze, ecc.) deve comunque essere indicata una delle discipline contenute nel sistema dei flussi ministeriali. Di norma la disciplina è identificata dalla specialità a cui fa riferimento l'agenda dell'erogatore o del gruppo di erogatori.

Elementi organizzativi e strutturali per la rilevazione

Nella presente sezione sono indicati sinteticamente i requisiti che devono essere presenti per garantire la generazione di informazioni affidabili relativamente al sistema di monitoraggio dei tempi di attesa.

Oggetto della rilevazione

Sono oggetto della rilevazione le prestazioni specialistiche ambulatoriali, secondo la classificazione contenuta nel nomenclatore tariffario regionale (delibera G.R. n. 229 del 3 marzo 1997 e successive modifiche ed integrazioni).

Nella rilevazione si classificano diverse modalità di accesso alle prestazioni. La diversificazione si è resa necessaria per trattare casistiche di accesso alle prestazioni estremamente differenziate tra loro.

1) La prima considerazione riguarda l'oggetto della rilevazione: il tempo di attesa. L'informazione necessaria per individuare il tempo di attesa è determinata dalla data di contatto (vedi "Data di contatto", pag. 1). Questa informazione è ricavabile unicamente da sistemi che rilevano la data di contatto dell'utente in modo sistematico, requisito tipicamente presente nei sistemi di prenotazione. I sistemi a cui si fa riferimento sono quelli che operano sulle agende di lavoro di singoli operatori o di gruppi di operatori (vedi "Agenda", pag. 4) che devono essere pubbliche, cioè messe a disposizione degli utenti in modo incondizionato.
Tutti i sistemi di prenotazione che hanno queste caratteristiche sono in grado di generare informazioni certificate ed oggettive relativamente ai tempi di attesa. I dati generati da sistemi come quelli sopra indicati devono essere segnalati nel campo modacc con il codice 1. Nel caso in cui le prestazioni di cui ai successivi punti 3) e 4) siano prenotate tramite CUP, anche tali prestazioni vanno segnalate nel campo modacc con il codice 1.

2) Esistono poi prassi diffuse in cui la prenotazione viene effettuata mediante operazioni accessibili solo ed esclusivamente dagli operatori sanitari (tipicamente agende personali degli operatori dove le regole di inserimento sono determinate in modo non oggettivo da parte dell'azienda sanitaria).
Tali prassi evidentemente devono progressivamente essere eliminate a favore di sistemi di prenotazione pubblici come quelli individuati al precedente punto 1)
Sebbene probabilmente il sistema di monitoraggio renda estremamente complessa la rilevazione della data di contatto per le prestazioni che utilizzano sistemi simili a quello indicato nel presente punto 2), tuttavia non è possibile escludere a priori che anche per tali prestazioni sia ricavabile l'informazione relativa al tempo di attesa. I dati ricavati da sistemi come quello sopra indicato devono essere segnalati nel campo modacc con il codice 2.

3) Esistono poi una serie di prestazioni definite ad accesso diretto. Si intendono prestazioni ad accesso diretto in senso stretto le prestazioni alle quali l'utente accede senza la ricetta medica (ad es.: consultorio materno infantile, Sert, ecc.). I dati relativi a tali prestazioni devono essere segnalati nel campo modacc con il codice 3.

4) Una diffusa prassi definisce come prestazioni ad accesso diretto (d'ora in poi definite ad accesso diretto in senso lato) tutte le prestazioni per le quali, sebbene sia richiesta la prescrizione medica, l'azienda

organizza la propria attività per consentire al cittadino di rivolgersi alla struttura di erogazione direttamente senza fase di prenotazione e di ricevere la relativa prestazione. I dati relativi a tali prestazioni devono essere segnalati nel campo modacc con il codice 4.

La rilevazione si riferisce al mese in cui si generano le date di contatto dell'utente. Tale circostanza porta a convogliare la rilevazione in una fase ex ante rispetto alla effettiva erogazione della prestazione. In tal senso sembrerebbe incongruente il riferimento a prestazioni ad accesso diretto dato che le stesse per definizione avvengono al di fuori di un qualunque sistema di prenotazione.
In realtà non è possibile escludere che anche per tali prestazioni in alcune realtà aziendali siano stati attivate modalità di comportamento per le quali l'operatore che effettua la prestazione, provvede ad inserire le relative informazioni nello stesso sistema CUP, utilizzandolo quindi come sistema di rilevazione dell'attività. Tale comportamento potrebbe essere assunto sia per le prestazioni ad accesso diretto in senso stretto, sia per le prestazioni ad accesso diretto in senso lato.
Tale considerazione porta a ritenere opportuno prevedere anche per tali prestazioni la rilevazione del relativo tempo di attesa, che, per definizione, di norma è pari a zero, evidenziandole però dal contesto delle altre prestazioni, in modo da non confondere i relativi tempi di attesa che ovviamente presentano valori estremamente differenziati.

La caratteristica della struttura dei dati è tale che solo attraverso le procedure CUP o analoghe procedure di prenotazione può essere agevolmente realizzata. Nel caso in cui il CUP non copra l'intera attività dell'azienda sanitaria, l'azienda può generare le informazioni necessarie per il monitoraggio dei tempi di attesa, utilizzando altri sistemi. In tal caso deve indicare, secondo le specifiche riportate nel tracciato contenuto nel paragrafo "La struttura dei dati" (pagina 7), le prestazioni rilevate con sistemi diversi dal CUP.
Per i laboratori di analisi, quando esiste la prenotazione del prelievo, le informazioni sono rilevate dai relativi sistemi di prenotazione.
Per le prestazioni che non prevedono la fase di prenotazione, è rilevata la quantità erogata, con tempo di attesa uguale a zero. Si rinvia alle indicazioni riportate nel paragrafo "Tempo di attesa" (pagina 2).

L'opzione di rilevazione della data prenotabile (vedi "Data prenotabile" pagina 2 e "Tempo di attesa" pagina 2), se non già presente nei sistemi CUP in uso, deve essere prevista come funzione da attivare per la corretta rilevazione dei tempi di attesa.
La possibilità di differenziare tra data prenotabile e data prenotata può non essere presente in tutti i sistemi CUP oppure, se presente, non essere attivata dagli operatori. In tal caso possono essere utilizzate procedure alternative che descrivono il fenomeno mediante la verifica ex post delle date prenotate messe in relazione con quelle di contatto, attribuendo al contatto la data prenotabile più vicina che avrebbe potuto essere prenotata dall'utente.

In caso di prestazioni erogate a cicli si considera il tempo intercorrente tra la data di contatto e la data prenotata per la prima prestazione del ciclo. Per effettuare tale procedure il sistema deve essere in grado di mantenere logicamente connessi i diversi cicli in cui si articola la prestazione.

La struttura dei dati

Le informazioni che devono costituire la base dati da trasmettere in regione sono quelle di seguito indicate:

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Posizione	Lunghezza	Note
1	**Anno** (*)	**Anno di riferimento relativo alla data di contatto**	C	1-4	4	Valori ammessi: aaaa
2	**Mese** (*)	**Mese di riferimento relativo alla data di contatto**	C	5-6	2	Valori ammessi: mm
3	**Codaz** (*)	**Codice dell'Azienda sanitaria**	C	7-9	3	Valori ammessi: Inserire il codice ministeriale delle Aziende sanitarie toscane (vedi tabella 1)
4	**Codzona** (*)	**Codice della zona sanitaria**	C	10	1	Valori ammessi: Inserire il codice delle zone sanitarie toscane (vedi tabella 1)
5	**Codstru** (*)	**Codice della struttura di erogazione**	C	11-16	6	Valori ammessi: Inserire il codice STS.11 (vedi tabella 2)
6	**Codspe** (*)	**Codice della specialità di erogazione**	C	17-19	3	Valori ammessi: Inserire il codice contenuto nella tabella 3
7	**Codprest** (*)	**Codice della prestazione specialistica ambulatoriale**	C	20-25	6	Valori ammessi: Inserire il codice contenuto della tabella 4
8	**Urge** (*)	**Urgenza**	C	26	1	1= urgente 2= non urgente
9	**Modacc** (*)	**Modalità di accesso**	C	27	1	Valori ammessi: 1 = accesso mediante prenotazione da sistema pubblico CUP 2 = accesso con prenotazione effettuata con sistemi diversi dal CUP. 3 = accesso diretto senza prescrizione e senza prenotazione (si fa riferimento alle prestazioni ad accesso diretto in senso stretto, cioè a quelle prestazioni alle quali l'utente accede senza ricetta medica) 4 = accesso diretto con prescrizione e senza prenotazione (si fa riferimento alle prestazioni ad accesso diretto in senso lato, cioè a quelle prestazioni per le quali è necessaria la ricetta medica, ma per le quali l'azienda non richiede la prenotazione in quanto la prestazione viene erogata all'utente al momento della sua presentazione presso il presidio che eroga la prestazione stessa)
10	**Regiero** (*)	**Regime di erogazione della prestazione**	C	28	1	Valori ammessi: 0 = prestazione da erogare in regime libero professionale 1 = prestazione da erogare non in regime libero professionale
11	**Tempatt** (*)	**Tempo di attesa**	N	29-34	6	Valori ammessi: Inserire la differenza, espressa in

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Posizione	Lunghezza	Note
						giorni, tra data di contatto e data prenotabile o prenotata, con zeri non significativi a sinistra
12	**Numpre**	**Numero di prenotazioni**	N	35-41	7	Valori ammessi: Inserire il numero di prestazioni prenotate con il tempo di attesa indicato nel campo 11, con zeri non significativi a sinistra
13	**Annoinvio**	**Anno di trasmissione**	C	42-45	4	Valori ammessi: aaaa. Inserire il valore dell'anno in cui viene effettuata la trasmissione. Quando il mese di riferimento relativo alla data di contatto è "12" si deve comunque indicare l'anno effettivo della trasmissione.
14	**Meseinvio**	**Mese di trasmissione**	C	46-47	2	Valori ammessi: mm. Inserire il valore del mese in cui viene effettuata la trasmissione. Quando il mese di riferimento relativo alla data di contatto è "12" si deve comunque indicare il mese effettivo della trasmissione.

(*) Key di riferimento per il campo "Numpre"

Procedure regionali

Le informazioni pervenute da parte delle aziende sanitarie sono assoggettate ad una serie di trattamenti a livello regionale. Tali trattamenti possono essere classificati secondo le seguenti tipologie:

a) validazione delle informazioni

b) analisi delle informazioni

c) pubblicazione delle informazioni

a) validazione delle informazioni

Le informazioni sono assoggettate alle procedure di controllo che di seguito si riportano per ciascuno dei campi della struttura dei dati

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Posizione	Lunghezza	Controlli	Flag errore
1	**Anno**	**Anno di riferimento**	C	1-4	4	Il valore deve essere espresso in corretto formato carattere	1= errato nella forma
2	**Mese**	**Mese di riferimento**	C	5-6	2	Il valore deve essere espresso in corretto formato carattere e deve riferirsi al mese precedente a quello di trasmissione dei dati	1= errato nella forma
3	**Codaz**	**Codice dell'azienda sanitaria**	C	7-9	3	1° livello: il codice deve essere uguale ad uno dei codici presenti nella tabella di riferimento	1=errato nella forma
						2° livello: il codice deve essere compatibile con il codice della struttura di erogazione e con quello della zona indicati nelle tabelle di riferimento	2= errato perché incongruente
4	**Codzona**	**Codice della zona sanitaria**	C	10	1	1° livello: il codice deve essere uguale ad uno dei codici presenti nella tabella di riferimento	1= errato nella forma
						2° livello: il codice deve essere compatibile con il codice dell'azienda sanitaria e con quello della struttura di erogazione indicati nelle tabelle di riferimento	2= errato perché incongruente
5	**Codstru**	**Codice della struttura di erogazione**	C	11-16	6	1° livello: il codice deve essere uguale ad uno dei codici presenti nella tabella di riferimento	1= errato nella forma
						2° livello: il codice deve essere compatibile con il codice dell'azienda sanitaria e con quello della zona sanitaria individuati nelle tabelle di riferimento	2= errato perché incongruente
6	**Codspe**	**Codice della specialità di erogazione**	C	17-19	3	1° livello: il codice deve essere uguale ad uno dei codici presenti nella tabella di riferimento	1= errato nella forma
						2° livello: il codice deve essere compatibile con il codice della prestazione individuato nella tabella di riferimento	2= errato perché incongruente
7	**Codprest**	**Codice della prestazione specialistica ambulatoriale**	C	20-25	6	1° livello: il codice deve essere uguale ad uno dei codici presenti nella tabella di riferimento	1= errato nella forma
						2° livello: il codice deve essere compatibile con il codice della branca individuato nella tabella di riferimento	2= errato perché incongruente
8	**Urge**	**Urgenza**	C	26	1	Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi	1= errato nella forma
9	**Modacc**	**Modalità di accesso**	C	27	1	Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi	1= errato nella forma
10	**Regiero**	**Regime di erogazione della prestazione**	C	28	1	Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi	1= errato nella forma
11	**Tempatt**	**Tempo di attesa**	N	29-34	6	Il valore deve essere espresso in corretto formato numerico	1= errato nella forma
12	**Numpres**	**Numero di prestazioni**	N	35-41	7	Il valore deve essere espresso in corretto formato numerico	1= errato nella forma
13	**Annoinvio**	**Anno di trasmissione**	C	42-45	4	Il valore deve essere espresso in corretto formato carattere	1= errato nella forma
14	**Meseinvio**	**Mese di trasmissione**	C	46-47	2	Il valore deve essere espresso in corretto formato carattere	1= errato nella forma

I record che presentano anche un solo codice di errore, sono esclusi dalle fasi di analisi e pubblicazione. I dati relativi alle percentuali di errore sono resi pubblici secondo la struttura di seguito indicata:

Codice Azienda	Descrizione azienda	Numero record	Numero record validi	Numero record errati	Numero di prestazioni valide	Numero di prestazioni errate	Percentuale record validi su totale record	Percentuale record errati su totale record	Percentuale numero prestazioni errate su totale numero prestazioni
101	USL 1 Massa Carrara								
102	USL 2 Lucca								
103	USL 3 Pistoia								
104	USL 4 Prato								
105	USL 5 Pisa								
106	USL 6 Livorno								
107	USL 7 Siena								
108	USL 8 Arezzo								
109	USL 9 Grosseto								
110	USL 10 Firenze								
111	USL 11 Empoli								
112	USL 12 Viareggio								
901	AO Pisana								
902	AO Senese								
903	AO Careggi								
904	AO Meyer								
905	INRCA								
906	Stella Maris								
907	CNR-IFC								

b) analisi delle informazioni

Effettuata la validazione delle informazioni a livello regionale, sono effettuate le seguenti analisi che tendono ad illustrare le caratteristiche del tempo di attesa per le prestazioni, mediante:

1) tempo massimo
2) tempo medio di attesa
3) tempo medio di attesa ponderato, quando si rendono necessarie aggregazioni per tipologie di prestazioni o per ambiti territoriali o organizzativi
4) distribuzione del tempo di attesa per percentili correlati ai volumi di attività
5) andamento nel tempo dei tempi di attesa

c) pubblicazione delle informazioni

Le relative informazioni sono comunicate alle aziende sanitarie, ai cittadini ed agli altri soggetti interessati.

Tempi di trasmissione dei dati della rilevazione

La rilevazione ha cadenza mensile: i dati, secondo le specifiche indicate nel tracciato record riportato nel paragrafo "La struttura dei dati", pagina 7, devono essere trasmessi entro il 15 del mese successivo a quello oggetto della rilevazione.

Modalità di trasmissione dei dati in regione

I dati sono trasmessi mediante la procedura winptrasfert, a cura di un referente del monitoraggio dei tempi di attesa che viene individuato dall'azienda sanitaria e che è l'unico referente nei rapporti con la Regione per le questioni relative agli aspetti tecnici del monitoraggio stesso.

Adempimenti accessori

Per ogni trasmissione mensile le aziende sono tenute a trasmettere una nota in cui è indicata la percentuale delle prestazioni, soggette a prenotazione, che non sono prenotate mediante il sistema CUP o sistemi che garantiscono la pubblicità delle agende degli operatori, in modo da evidenziare il grado di copertura del CUP.

La nota deve essere inviata per posta elettronica al seguente indirizzo:
l.scavetta@mail.regione.toscana.it

Ambito di durata del monitoraggio dei tempi di attesa

Il sistema di monitoraggio dei tempi di attesa sarà attivo fina alla messa a regime del flusso della specialistica ambulatoriale definito nella nuova versione del manuale dei flussi DOC, nel quale è espressamente prevista la rilevazione dei tempi di attesa. Il completo assorbimento del presente sistema di monitoraggio dei tempi di attesa nel flusso della specialistica ambulatoriale sarà definito con un successivo e specifico provvedimento deliberativo della Giunta regionale.



REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 26-01-2004 (*punto N.* **23**)

Delibera *N* .**45** *del* **26-01-2004**

Proponente
ENRICO ROSSI

DIREZIONE GENERALE DIRITTO ALLA SALUTE E POLITICHE DI SOLIDARIETÀ

Pubblicita'/Pubblicazione: Atto soggetto a pubblicazione integrale
Dirigente Responsabile:Emanuele Giusti
Estensore: Emanuele Giusti
Oggetto:
Monitoraggio dei tempi di attesa: modifiche ed integrazioni alla Delibera G. R. n. 418/2001 e alla Delibera G. R. n. 1351/2001.

Presidente della seduta: CLAUDIO MARTINI
Segretario della seduta: CARLA GUIDI

Presenti:

TITO BARBINI	AMBROGIO BRENNA	SUSANNA CENNI
RICCARDO CONTI	TOMMASO FRANCI	MARCO MONTEMAGNI
ANGELO PASSALEVA	ENRICO ROSSI	MARIA CONCETTA ZOPPI

Assenti:
PAOLO BENESPERI CHIARA BONI

ALLEGATI N°: *1*

ALLEGATI:

Denominazione	*Pubblicazione*	*Tipo di trasmissione*	*Riferimento*
1	Si	Cartaceo+Digitale	Specifiche tecniche

STRUTTURE INTERESSATE:

Tipo	*Denominazione*
Direzione Generale	DIPARTIMENTO DIRITTO ALLA SALUTE E DELLE POLITICHE DI SOLIDARIETA'

Note:

LA GIUNTA REGIONALE

Visto l'art. 3, comma 10 del D.lgs. 124/98, che impegna le Regione a disciplinare i criteri cui dovranno attenersi i Direttori generali delle Aziende USL e delle Aziende ospedaliere nell'individuazione dei tempi massimi di attesa per le prestazioni indicate ai commi 3 e 4 dell'articolo citato;

Viste le proprie precedenti deliberazioni n. 851 del 27.07.1998, n. 1014 del 14.09.1998 e n. 245 del 01.03.2000 inerenti la rideterminazione dei tempi massimi per l'erogazione delle prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali e per la gestione delle liste di attesa;

Viste, altresì, le proprie successive deliberazioni n. 418 del 23.04.2001 e n. 1351 del 10.12.2001, con le quali è stato introdotto un nuovo sistema di monitoraggio, al fine di adeguare il sistema definito dai precedenti provvedimenti deliberativi alle evoluzioni intervenute in termini di specificità della rilevazione e di standardizzazione dei processi per la generazione delle informazioni a livello aziendale;

Rilevato che risulta necessario apportare alcune modifiche ed integrazioni all'allegato alla delibera n. 1351 del 10.12.2001, in modo da rendere il sistema di monitoraggio più coerente con le nuove esigenze che si sono venute a creare con l'utilizzazione di strumenti ancora più raffinati per l'analisi del fenomeno delle liste di attesa;

Precisato che le variazioni sono contenute nell'allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente atto deliberativo, il quale sostituisce integralmente l'allegato 1 alla delibera n. 1351 del 10.12.2001,ferme restando le altre determinazioni contenute nei precedenti citati provvedimenti deliberativi;

Ricordato che i programmi sulla riduzione delle liste di attesa possono costituire elemento di valutazione per i Direttori generali e che il reiterato mancato rispetto dei tempi massimi previsti si considera violazione del principio di buon andamento sanzionabile ai sensi dell'art. 3 bis, comma 7 del D.lgs. 229/1999;

A VOTI UNANIMI

DELIBERA

1) di approvare l'allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento deliberativo, che sostituisce l'allegato 1 alla delibera 1351/2001;

2) di stabilire che il sistema di monitoraggio di cui all'allegato 1 al presente provvedimento sarà applicato a partire dal mese di febbraio 2004, per cui il primo invio dei dati secondo le specifiche contenute nel nuovo tracciato dovrà avvenire, in base alla tempistica introdotta con la delibera G.R. 418/2001, entro il 15 marzo 2004.

Di pubblicare il presente provvedimento e l'allegato, parte integrante del medesimo, sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. G), della L.R. 15.03.1996 n. 18.

EG/ac

SEGRETERIA DELLA GIUNTA
IL DIRETTORE GENERALE
VALERIO PELINI

Il Dirigente Responsabile
EMANUELE GIUSTI

Il Direttore Generale
ALDO ANCONA

DGR 45/2004 All.

Specifiche tecniche per il monitoraggio delle liste di attesa

Premessa

Il presente atto si inserisce in una serie di provvedimenti già assunti dalla Regione Toscana per ridefinire il sistema di prenotazione e di erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali sul territorio regionale, volti a soddisfare le esigenze complessive del sistema in termini di:

a) uniformità delle modalità di accesso alle prestazioni
b) conoscenza dell'andamento sui tempi di attesa,
c) miglioramento della capacità di risposta del sistema sanitario regionale
d) informazioni per il supporto decisionale a livello aziendale
e) informazioni per il supporto alle attività di pianificazione e programmazione a livello regionale
f) informazioni per lo studio e la ricerca epidemiologica

La prima fase relativa all'adeguamento del sistema di rilevazione dei tempi di attesa al fine di adattarlo alle complessive esigenze conoscitive e di riorganizzazione necessaria per il conseguimento degli obiettivi contenuti nei provvedimenti regionali, è già stata attuata su tutto il territorio regionale. Le specifiche finalità del sistema prevedevano:

a) la costituzione di una fonte di informazioni a livello regionale per la valutazione sull'andamento degli interventi operati dalle aziende sanitarie per la regolamentazione dei tempi di attesa
b) la costituzione di una fonte di informazione per il livello aziendale, al fine di attivare gli adeguati interventi per eliminare le anomalie riscontrate,
c) la costituzione di una fonte di informazione per l'utenza relativamente ai tempi di attesa generati dai sistemi aziendali nei limiti temporali definiti dai provvedimenti regionali e successivamente da quelle inferiori eventualmente indicati dalle aziende sanitarie

Le modificazioni introdotte nella presente versione sono determinate dalla necessità di adeguare il sistema di monitoraggio alle aumentate esigenze conoscitive che si sono determinate in materia di monitoraggio e gestione dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Glossario e definizioni

La seguente sezione definisce i termini principali utilizzati per il sistema di monitoraggio dei tempi di attesa

Punto di accesso

Si intende il luogo a cui l'utente si può rivolgere per poter effettuare la prenotazione della o delle prestazioni di cui necessita. Il luogo può essere inteso come luogo fisico, o luogo virtuale.
Per luogo fisico si intende l'edifico o i diversi edifici a cui l'utente accede materialmente per effettuare la prenotazione.
Per luogo virtuale si intendono tutti gli strumenti di comunicazione che consentono all'utente di effettuare la prenotazione senza recarsi fisicamente presso i punti fisici di prenotazione disponibili sul territorio regionale.

Data di contatto

E' la data in cui l'utente attiva il sistema di prenotazione richiedendo la fruizione di una prestazione. L'attivazione può essere determinata dalla presenza fisica dell'utente o dall'utilizzo di sistemi di comunicazione telefonica o telematica; l'attivazione deve concludersi con la prenotazione di una o più prestazioni.

Data prenotabile (o 1ª disponibilità)

E' la prima data che il sistema di prenotazione rende disponibile, nell'ambito territoriale previsto. Si fa riferimento alla prima data che viene messa a disposizione dal sistema per la erogazione della prestazione. La definizione è essenziale per qualificare i casi in cui l'utente, per una sua specifica determinazione, decide di non

scegliere la data messa a disposizione dal sistema (appunto la data prenotabile o 1ª disponibilità), ma sceglie un'altra data (la cosiddetta data prenotata). In tali casi dovrà essere registrata dal sistema la data prenotabile e costruito su tale data il "tempo di attesa relativo".

Data prenotata

E' la data che, all'atto del contatto, viene indicata dal punto di prenotazione come la data in cui l'utente deve presentarsi presso la struttura di erogazione per fruire della specifica prestazione

Data di erogazione

E' la data in cui l'utente fruisce effettivamente della specifica prestazione. Può non coincidere con la data prenotata.

Prestazioni di primo accesso e prestazioni di secondo accesso

Si intende per prestazione di primo accesso quella prestazione che:

a) innesca la presa in carico dell'assistito rispetto ad un determinato bisogno assistenziale
b) di norma viene richiesta da un prescrittore esterno (tipicamente medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, ecc.)
c) la relativa prenotazione viene effettuata da punti di prenotazione che appartengono alla prima linea dei prenotatori, cioè a punti di prenotazione non necessariamente presidiati da personale sanitario qualificato
d) può concludersi con la soddisfazione del quesito diagnostico mediante la refertazione, ma può attivare anche ulteriori prestazioni che si rendono necessarie per soddisfare il bisogno dell'assistito

Si intende per prestazione di secondo accesso quella prestazione che:

a) viene richiesta dal sanitario che ha preso in carico l'utente con la prestazione di primo livello
b) deve essere prenotata direttamente dal sanitario che ha preso in carico l'utente con la prestazione di primo livello
c) è necessaria per rispondere al quesito diagnostico originario
d) rientra in un ciclo di prestazioni espressamente connesse tra loro
e) costituisce un controllo a tempo determinato in base a protocolli specifici o a tempo indeterminato in base alla valutazione dello specialista

Contatto

Questa definizione mutua la sua natura dalla distinzione tra prestazioni di primo accesso e prestazioni di secondo accesso

Quindi in perfetta analogia con la definizione di prestazioni di primo e di secondo accesso sono previste due tipologie di contatto:

a) primo contatto: l'utente entra per la prima volta in contatto con il servizio sanitario;
b) contatto successivo al primo: l'utente ha già avuto un inquadramento clinico da parte dello specialista che ha erogato una prestazione di primo contatto e deve accedere ad ulteriori prestazioni proposte dallo stesso specialista in relazione al bisogno clinico dell'utente; tali ulteriori prestazioni devono essere gestite direttamente dallo specialista che ha erogato la prestazione di primo contatto e fanno parte del percorso assistenziale dell'utente per quello specifico quesito diagnostico. Rientrano in tale fattispecie, in particolare, le seconde visite o visite di controllo, oppure, per esempio, le prestazioni quali le ecografie ostetriche, che devono essere prenotate con una specifica periodicità, oppure i cicli di riabilitazione.

Prestazioni ad accesso diretto

In senso stretto si intendono quelle prestazioni che in base alla normativa vigente consentono all'utente di accedere alle prestazioni erogate dal SSN, senza la prescrizione medica (ricetta).

In diverse realtà aziendali la medesima terminologia viene utilizzata anche per individuare quelle particolari modalità organizzative che consentono all'utente di fruire della prestazione presentandosi direttamente al punto

di erogazione, sebbene la fruizione della prestazione sia comunque subordinata alla prescrizione medica (ricetta).
Ai fini della presente rilevazione sono considerate ad accesso diretto entrambe le tipologie citate, ferma restando la loro diversa natura giuridica e le conseguenti peculiarità di trattamento, distinguendo però in prestazioni ad accesso diretto in senso stretto quelle che non richiedono la prescrizione sul ricettario e prestazioni ad accesso diretto in senso lato quelle che invece richiedono la prescrizione sul ricettario.

Prestazioni urgenti/Priorità

Si definiscono urgenti quelle prestazioni la cui prescrizione è caratterizzata dalla dicitura "urgente" e che devono essere erogate entro 72 ore a partire dalla data di contatto. Si ritiene peraltro poco probabile la utilizzazione di tale distinzione nel sistema di monitoraggio in oggetto. Infatti nel sistema toscano, tali prestazioni di norma sono garantite attraverso modalità di accesso ai punti di pronto soccorso, ritenendo poco compatibile con la tempestività della erogazione di tali prestazioni il passaggio attraverso i centri unificati di prenotazione (C.U.P.).
Con la Deliberazione Giunta Regionale Toscana n. 887 del 8 settembre 2003 è stato approvato il progetto "Specialistica e diagnostica ambulatoriale: un progetto per una qualità sostenibile", che prevede che l'accesso alle prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali sia differenziato in base a priorità. Con l'attivazione di quanto definito dal suddetto progetto, per il quale è prevista una fase di sperimentazione inizialmente solo su alcune Aziende sanitarie nel corso dell'anno 2004, sarà necessario ridefinire un sistema di classificazione che, ferma restando l'identificazione dell'accesso entro le 72 ore, preveda la sistematica e strutturale rilevazione delle classi di priorità che saranno definite in seguito alla sperimentazione.

Tempo di attesa effettivo

Il tempo di attesa effettivo è inteso come il tempo intercorrente tra la data di contatto e la data prenotata.
Per i laboratori di analisi il tempo di attesa è misurato rispetto all'eventuale prenotazione del prelievo.
Per le prestazioni che non prevedono prenotazione, il tempo di attesa si intende uguale a zero. Rientrano in questa casistica le prestazioni erogate ad accesso diretto, tramite pronto soccorso o comunque con sistemi che non prevedono la fase di prenotazione. Il presupposto essenziale per la segnalazione del valore del tempo di attesa pari a zero è che la prestazione sia erogata contestualmente alla presentazione dell'utente nel punto di erogazione.

Tempo di attesa relativo

Si fa riferimento al tempo di attesa che intercorre tra la data di contatto e la data prenotabile o 1ª disponibilità

Periodo della rilevazione

E' il periodo in cui, a seguito di un contatto da parte dell'utente, è stata effettuata una prenotazione. Ai fini del presente monitoraggio si intende come periodo della rilevazione il mese in cui si sono verificati i contatti (cfr. data di contatto).
Sono quindi misurati i tempi di attesa, riferiti alle date di contatto generate nel periodo oggetto della rilevazione.
Nel presente sistema di monitoraggio è stato scelto questo modello scartando altri modelli quali:

a) periodo di rilevazione in cui sono ricompresse le date prenotate: in questo caso la rilevazione assume uno connotazione prospettica utile per valutazioni complessive ex post, ma non adeguata a fornire risposte in tempi rapidi (il mese di riferimento) relativamente all'andamento dei tempi di attesa. Tale modello infatti è stato assunto nel sistema del flusso SPA (specialistica ambulatoriale) in quanto il momento della rilevazione è determinato dalla erogazione della prestazione e quindi l'informazione della data di contatto completa il ciclo conoscitivo.
b) simulazione di saturazione delle agende: richiede algoritmi che dovrebbero tener conto delle infinite possibilità offerte da un sistema di prenotazione che contiene variabili intrinseche di fruibilità temporale, spaziali a più livelli (comune, zona, aziendale), di usi locali, di qualità dell'offerta. L'uso di tale sistema rimane valido a livello aziendale in quanto consente valutazioni prospettiche molto anticipate, ma non

appare in grado di rappresentare il fenomeno delle liste di attesa nella determinante relativa ai volumi di attività generati.

Unità di misura

L'unità di misura del tempo di attesa è espressa in giorni. Nella differenza tra date quando le date di confronto sono uguali, il valore è pari a 0 (zero). Si considerano i giorni intercorrenti tra le due date a prescindere dalla presenza di festività o dalla effettiva apertura delle strutture di erogazione delle prestazioni.

Struttura di erogazione

E' la struttura fisica ove avviene la erogazione della prestazione. La struttura viene censita secondo il sistema di codifica utilizzato nel sistema dei flussi ministeriali ed in particolare dal modello STS.11.

Struttura su cui si verifica la 1ª disponibilità

E' la struttura fisica sulla quale, all'atto del contatto, il sistema di prenotazione rileva la prima disponibilità. La struttura viene censita secondo il sistema di codifica utilizzato nel sistema dei flussi ministeriali ed in particolare dal modello STS.11. Poiché tale codifica risulta univoca a livello aziendale ma non a livello regionale, per una corretta identificazione della struttura di 1ª disponibilità è necessaria la rilevazione anche dell'Azienda su cui tale disponibilità si è verificata, che non necessariamente coincide con l'Azienda sulla quale viene effettuata la prenotazione della prestazione, in particolare in presenza di sistemi di prenotazione integrati.

Ambito organizzativo e/o territoriale di erogazione

E' il contesto organizzativo c/o territoriale ove il sistema si impegna a garantire l'erogazione di determinate prestazioni entro tempi di attesa definiti.
In tale ambito non necessariamente tutte le strutture di erogazione presenti devono garantire tutte le tipologie di prestazioni erogate nell'ambito stesso, potendo ciascuna Azienda prevedere una diversa distribuzione delle tipologie di prestazioni tra le diverse strutture di erogazione presenti nel medesimo ambito.
Ad esempio non tutte le strutture di erogazione presenti in una determinata zona devono garantire l'erogazione della TC.

Ambito organizzativo e/o territoriale dei tempi di attesa

E' il contesto organizzativo o territoriale ove il sistema si impegna a garantire per le relative prestazioni determinati tempi di attesa.
In tale ambito non necessariamente tutte le strutture di erogazione presenti devono garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa, potendo ciascuna Azienda prevedere una diversa distribuzione dei tempi di attesa tra le diverse strutture di erogazione presenti nel medesimo ambito organizzativo e/o territoriale.
Il tempo di attesa massimo è definito dal livello regionale attraverso propri atti amministrativi. L'azienda può definire tempi massimi di attesa inferiori a quelli regionali per specifiche prestazioni o per classi di prestazioni.
Il livello aziendale non può definire tempi di attesa superiori a quelli individuati a livello regionale.

Tempo massimo di attesa

E' il tempo più alto registrato nel periodo di rilevazione, all'interno dell'ambito organizzativo e/o territoriale, per la prenotazione di una specifica prestazione.

Tempo medio di attesa ponderato

Il tempo medio di attesa ponderato si calcola rapportando, per ciascuna prestazione, i tempi di attesa generati ai relativi volumi di attività erogati. E' necessario quando devono essere ricondotte ad unitarietà le informazioni relative a più strutture di erogazione per qualificare il tempo di attesa medio dell'ambito organizzativo e/o territoriale.

Percentile

Sono detti percentili quei valori di una serie al di sotto dei quali si trova una determinata percentuale del totale dei valori. Pertanto se si indica con *P* il percentile ad es. P_{20}, P_{30}, P_{70} sono quei valori al di sotto dei quali si trova il 20%, 30%, 70% di tutti i valori della distribuzione. Di particolare importanza statistica è il 50° percentile, definito come MEDIANA, che applicata al presente monitoraggio, indica il numero di giorni di attesa al di sotto del quale è posizionato il 50% della distribuzione.
Il percentile consente, in sostanza, all'azienda di misurare lo sforzo organizzativo necessario per modificare un andamento indesiderato dei tempi di attesa, in relazione ad una determinata prestazione e ad un determinato soggetto erogatore o ambito organizzativo (esempio: se per il 70% delle prestazioni si riscontra una attesa massima che va da 1 a 10 giorni, e per il 73% si riscontra una attesa massima che va da 1 a 20 giorni, basterà probabilmente un limitato intervento organizzativo per migliorare sensibilmente la situazione).

Classi di tempo di attesa

Ai fini dell'analisi dei tempi di attesa, per avere una visione più sintetica del fenomeno, i singoli giorni di attesa sono stati raggruppati in classi, definite a seconda delle esigenze di analisi.

Nomenclatore tariffario regionale

E' l'atto formale nel quale sono indicate le singole prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio erogabili dal servizio sanitario regionale in regime ambulatoriale.

Prestazioni oggetto del monitoraggio

Si intendono quelle prestazioni che sono indicate nel nomenclatore tariffario regionale. Ulteriori prestazioni specialistiche, diagnostiche e di laboratorio che possono essere state individuate da appositi nomenclatori aziendali, non costituiscono oggetto di monitoraggio.

Sistema CUP (centro unificato di prenotazione)

E' un particolare sistema telematico in grado di organizzare il sistema degli accessi, delle prenotazioni e della gestione delle unità eroganti, che stabilisce un collegamento generale con tutte le unità di produzione sanitaria, pubblica, privata accreditata, e in libera professione, presenti sul territorio e che realizza il governo del rapporto domanda - offerta di prestazioni sanitarie, con particolare riferimento alla programmazione delle risorse disponibili ed alla gestione delle liste di attesa.

Agenda

E' lo strumento operativo del CUP. Dalla relazione tra un operatore sanitario, le prestazioni erogabili dall'operatore, uno spazio temporale di erogazione, si determina l'agenda. Poiché ogni prestazione è caratterizzata da un tempo di esecuzione, l'agenda consente di misurare l'offerta sanitaria in termini di numerosità delle prestazioni domandabili a quell'operatore nell'ambito temporale definito.
L'offerta sanitaria, in termini di prestazioni specialistiche, diagnostiche e di laboratorio, si realizza quindi esclusivamente tramite la costruzione di agende di erogazione certe e accessibili, il che significa che la struttura erogante, ultimata la fase di programmazione della propria attività, la rende pubblica e ne delega la gestione operativa ad altri.
La prenotazione delle agende deve avvenire secondo un criterio di scorrimento temporale senza soluzione di continuità: l'utente deve comunque ricevere una data prenotabile. Sono espressamente vietate le cosiddette "liste chiuse", cioè liste di attesa relative ad agende che si caratterizzano per una data di apertura e per una data di chiusura: esse obbligano l'utente, che non è riuscito ad ottenere la prenotazione entro quell'intervallo di tempo, a ripresentarsi in un momento successivo per sapere quale data risulterà per lui disponibile.
Le agende devono essere informatizzate dettagliandole in termini di prestazioni erogabili, strutture eroganti, unità specialistica (intendendo con questo termine il soggetto o il gruppo di soggetti che provvede a fornire la prestazione), orari di erogazione, durata della prestazione, tariffa, tempo di risposta.

I sistemi di prenotazione devono consentire la gestione di uno spazio agenda consono alle esigenze dell'utenza e tale da permettere il rispetto del tempo di attesa programmato.

Specialità di erogazione della prestazione

E' la disciplina specialistica a cui appartiene l'operatore o il gruppo di operatori che effettuano la prestazione richiesta. I codici relativi alle specialità sono stati individuati a livello regionale a partire dai codici dei flussi ministeriali previsti per le discipline di ricovero, integrati con ulteriori codici regionali per alcune specialità non previste nel sistema di codifica dei flussi ministeriali.

Disciplina di erogazione della prestazione

E' la disciplina specialistica che qualifica la prestazione. Di norma la disciplina è identificata dalla disciplina specialistica a cui fa riferimento l'agenda dell'erogatore o del gruppo di erogatori.
I codici relativi alle discipline sono stati individuati a livello regionale a partire dai codici dei flussi ministeriali previsti per le discipline di ricovero, integrati con ulteriori codici regionali per alcune specialità non previste nel sistema di codifica dei flussi ministeriali

Scelta dell'utente

Si è ritenuto importante inserire nel sistema di monitoraggio, la rilevazione dell'informazione inerente un'eventuale scelta dell'utente in merito alla data che viene prenotata per l'erogazione della prestazione. Tale informazione è di fondamentale importanza in particolare quando, nel momento di contatto dell'utente con un punto di prenotazione, viene offerta dal sistema una data prenotabile o 1ª disponibilità che non viene accettata dall'utente, originando in tale modo la prenotazione su una data diversa.

Elementi organizzativi e strutturali per la rilevazione

Nella presente sezione sono indicati sinteticamente i requisiti che devono essere presenti per garantire la generazione di informazioni affidabili relativamente al sistema di monitoraggio dei tempi di attesa.

Definizione dell'oggetto di rilevazione

Sono oggetto della rilevazione le prenotazioni di:

1. prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali, secondo la classificazione contenuta nel nomenclatore tariffario regionale (delibera G.R. n. 229 del 3 marzo 1997 e successive modifiche ed integrazioni)
2. certificazioni di medicina dello sport (deliberazione G.R. n. 667/97 e successive integrazioni e modificazioni)

Le prenotazioni sono quelle effettuate presso

a) strutture pubbliche
b) enti di ricerca
c) istituti di ricovero e cura a carattere scientifico
d) strutture private e professionisti accreditati.

Nella rilevazione si classificano diverse modalità di accesso alle prestazioni. La diversificazione si è resa necessaria per trattare casistiche di accesso alle prestazioni estremamente differenziate tra loro.

1) La prima considerazione riguarda la rilevazione del tempo di attesa. L'informazione necessaria per individuare il tempo di attesa è determinata dalla data di contatto (vedi "Data di contatto", pag. 1). Questa informazione è ricavabile unicamente da sistemi che rilevano la data di contatto dell'utente in modo sistematico, requisito tipicamente presente nei sistemi di prenotazione. I sistemi a cui si fa riferimento sono quelli che operano sulle agende di lavoro di singoli operatori o di gruppi di operatori (vedi "Agenda", pag. 4) che devono essere pubbliche, cioè messe a disposizione degli utenti in modo incondizionato.
Tutti i sistemi di prenotazione che hanno queste caratteristiche sono in grado di generare informazioni certificate ed oggettive relativamente ai tempi di attesa. I dati generati da sistemi come quelli sopra indicati devono essere segnalati nel campo denominato "Modacc" con il codice 1. Nel caso in cui le prestazioni di cui ai successivi punti 3) e 4) siano prenotate tramite CUP, anche tali prestazioni vanno segnalate nel campo denominato "Modacc" con il codice 1.

2) Esistono poi prassi diffuse in cui la prenotazione viene effettuata mediante operazioni accessibili solo ed esclusivamente dagli operatori sanitari (tipicamente agende personali degli operatori dove le regole di inserimento sono determinate in modo non oggettivo da parte dell'azienda sanitaria).
Tali prassi evidentemente devono progressivamente essere eliminate a favore di sistemi di prenotazione pubblici come quelli individuati al precedente punto 1)
Sebbene probabilmente il sistema di monitoraggio renda estremamente complessa la rilevazione della data di contatto per le prestazioni che utilizzano sistemi simili a quello indicato nel presente punto 2), tuttavia non è possibile escludere a priori che anche per tali prestazioni sia ricavabile l'informazione relativa al tempo di attesa. I dati ricavati da sistemi come quello sopra indicato devono essere segnalati nel campo "Modacc" con il codice 2.

3) Esistono poi una serie di prestazioni definite ad accesso diretto. Si intendono prestazioni ad accesso diretto in senso stretto le prestazioni alle quali l'utente accede senza la ricetta medica (ad es.: consultorio materno infantile, Sert, ecc.). I dati relativi a tali prestazioni devono essere segnalati nel campo "Modacc" con il codice 3.

4) Una diffusa prassi definisce come prestazioni ad accesso diretto (d'ora in poi definite ad accesso diretto in senso lato) tutte le prestazioni per le quali, sebbene sia richiesta la prescrizione medica, l'azienda organizza la propria attività per consentire al cittadino di rivolgersi alla struttura di erogazione direttamente senza fase di prenotazione e di ricevere la relativa prestazione. I dati relativi a tali prestazioni devono essere segnalati nel campo "Modacc" con il codice 4.

Organizzazione del flusso

L'Azienda sanitaria invia i dati in Regione Toscana con cadenza mensile sulla base del tracciato di cui alla successiva sezione "La struttura dei dati". Tale trasmissione deve avvenire tramite una struttura di riferimento che l'Azienda deve esplicitamente indicare e che diventa – fino a comunicazione di variazione – l'unica interlocutrice della Regione rispetto al flusso e quindi Referente del flusso.
Si precisa che **l'Azienda titolare dell'invio dei dati è quella sulla quale è avvenuta la prenotazione** della prestazione, che non necessariamente coincide con l'Azienda che ha effettuato la prenotazione della prestazione, per effetto dell'integrazione dei CUP.

Cadenza degli invii mensili dalle Aziende sanitarie alla Regione Toscana

La cadenza degli invii è mensile; la rilevazione si riferisce al mese in cui si generano le date di contatto dell'utente ed i dati devono essere trasmessi in Regione entro il 15 del mese successivo.
Tale circostanza porta a convogliare la rilevazione in una fase ex ante rispetto alla effettiva erogazione della prestazione. In tal senso sembrerebbe incongruente il riferimento a prestazioni ad accesso diretto dato che le stesse per definizione avvengono al di fuori di un qualunque sistema di prenotazione.
In realtà non è possibile escludere che anche per tali prestazioni in alcune realtà aziendali siano state attivate modalità di comportamento per le quali l'operatore che effettua la prestazione, provvede ad inserire le relative informazioni nello stesso sistema CUP, utilizzandolo quindi come sistema di rilevazione dell'attività. Tale comportamento potrebbe essere assunto sia per le prestazioni ad accesso diretto in senso stretto, sia per le prestazioni ad accesso diretto in senso lato.
Tale considerazione porta a ritenere opportuno prevedere anche per tali prestazioni la rilevazione del relativo tempo di attesa, che, per definizione, di norma è pari a zero, evidenziandole però dal contesto delle altre prestazioni, in modo da non confondere i relativi tempi di attesa che ovviamente presentano valori estremamente differenziati.

La caratteristica della struttura dei dati è tale che solo attraverso le procedure CUP o analoghe procedure di prenotazione può essere agevolmente realizzata.

Per i laboratori di analisi, quando esiste la prenotazione del prelievo, le informazioni sono rilevate dai relativi sistemi di prenotazione.
Per le prestazioni che non prevedono la fase di prenotazione, è rilevata la quantità erogata, con tempo di attesa uguale a zero. Si rinvia alle indicazioni riportate nel paragrafo "Tempo di attesa effettivo".

In caso di prestazioni erogate a cicli si considera il tempo intercorrente tra la data di contatto e la data prenotata per la prima prestazione del ciclo. Per effettuare tale procedure il sistema deve essere in grado di mantenere logicamente connessi i diversi cicli in cui si articola la prestazione.

Modalità di trasmissione elettronica del flusso dalle Aziende sanitarie alla Regione Toscana

Gli archivi inviati dalle Aziende sanitarie alla Regione Toscana devono essere in formato ASCII e rispettare il tracciato riportato nell'apposita sezione.
La trasmissione dei dati deve avvenire mediante l'utilizzo dell'apposita procedura, denominata Winptransfert, che utilizza il client di posta elettronica winpmail (personalizzata appositamente per il trasferimento). Per poter

effettuare l'invio il mittente deve essere autorizzato dal competente settore della Regione Toscana, in modo da garantire l'individuazione di un solo soggetto che ne è titolare.
L'univocità del titolare dell'autorizzazione opera nei rapporti tra Regione Toscana ed Azienda sanitaria, la quale può, però, definire una diversa articolazione di responsabilità nell'utilizzo dell'autorizzazione all'interno della propria struttura organizzativa.
Le Aziende sanitarie possono effettuare il controllo dell'esito della trasmissione mediante accesso a specifica pagina WEB che sarà comunicata con apposita nota della Regione. L'accesso a tale pagina WEB è assoggettato a password, comunicata dal competente settore della Regione Toscana.
Non è ammesso altro tipo di trasmissione.

Modalità di controllo della procedura regionale e assegnazione degli errori nei singoli campi

Per i criteri di segnalazione degli errori ed i relativi algoritmi di controllo dei singoli campi del flusso oggetto di rilevazione, si rimanda alle sezioni relative ai tracciati ed ai relativi controlli.

Tipologia degli errori

I codici di segnalazione degli errori sono i seguenti:
Errore "0": segnala la correttezza del campo del record
Errore "1": segnala l'esistenza di un errore nel campo del record

I record che presentano anche un solo codice di errore " sono esclusi dalle fasi di analisi e pubblicazione. I dati relativi ai record errati sono resi pubblici nella struttura riportata nel successivo paragrafo.

Archivi di supporto

I controlli dei valori di alcuni campi vengono effettuati utilizzando gli archivi di supporto contenenti le codifiche predisposte dalla Regione Toscana. Per tutte le codifiche, necessarie per la compilazione del tracciato, l'Azienda deve fare riferimento esclusivamente a tali archivi che risultano essere il sistema di codifica ufficiale definito a livello regionale. Gli archivi suddetti sono messi a disposizione delle Aziende sanitarie mediante l'accesso a specifiche pagine WEB. Con tale sistema di consultazione è possibile attingere direttamente alle basi dati relative ad informazioni di supporto mediante un semplice trasferimento degli archivi di appoggio.
Tale sistema costituisce una metodologia di consultazione e trasferimento di informazioni aggiuntiva a quella tipica degli atti deliberativi, ma non costituisce uno strumento alternativo alle procedure di comunicazione degli atti amministrativi né è abilitato ad apportarne modificazioni.

Cadenza degli invii mensili dalla Regione Toscana alle Aziende sanitarie

La cadenza degli invii degli archivi è mensile. Entro il 30 del mese successivo a quello di riferimento dei dati inviati dalle Aziende sanitarie, la Regione, dopo aver verificato la correttezza dei dati trasmessi mediante l'applicazione di una procedura regionale di controllo, restituisce alle Aziende sanitarie gli archivi ricevuti, contenenti esclusivamente i record corretti, cioè quelli che hanno riscontrato la segnalazione del codice errore "0" in tutti i campi del tracciato.

Modalità di trasmissione elettronica del flusso dalla Regione Toscana alle Aziende sanitarie

Gli archivi inviati dalla Regione alle Aziende sanitarie sono in formato ASCII e rispettano il tracciato riportato nell'apposita sezione "La struttura dei dati".
Ad ogni Azienda sanitaria sono restituiti i record corretti (codice errore "0" in tutti i campi) riferiti alle prenotazioni prenotate su quell'Azienda.

La struttura dei dati

Le informazioni di seguito indicate sono quelle che devono costituire la base dati da trasmettere in Regione. Lo stesso tracciato è utilizzato per la trasmissione dei dati dalla Regione alle Aziende sanitarie.

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Posizione	Lunghezza	Note
1	**Anno (*)**	**Anno di riferimento relativo alla data di contatto**	C	1-4	4	Valori ammessi: anno di riferimento in formato aaaa
2	**Mese (*)**	**Mese di riferimento relativo alla data di contatto**	C	5-6	2	Valori ammessi: mese di riferimento in formato mm
3	**Codaz (*)**	**Codice dell'Azienda sanitaria su cui è avvenuta la prenotazione (che è titolate ad inviare i dati)**	C	7-9	3	Valori ammessi: codice ministeriale dell'Azienda sanitaria toscana inviante i dati
4	**Codzona (*)**	**Codice della zona socio-sanitaria su cui è avvenuta la prenotazione**	C	10	1	Valori ammessi: codice della zona socio-sanitaria toscana di ubicazione della struttura su cui è avvenuta la prenotazione
5	**Codstru (*)**	**Codice della struttura di erogazione su cui è avvenuta la prenotazione**	C	11-16	6	Valori ammessi: codice STS.11 della struttura su cui è avvenuta la prenotazione
6	**Codspe (*)**	**Codice della specialità della struttura organizzativa di prenotazione**	C	17-19	3	Valori ammessi: codice della specialità della struttura organizzativa di prenotazione
7	**Coddisc (*)**	**Codice della disciplina che qualifica la prestazione**	C	20-22	3	Valori ammessi: codice della disciplina che qualifica la prestazione prenotata
8	**Codprest (*)**	**Codice della prestazione specialistica ambulatoriale**	C	23-30	8	Valori ammessi: nel caso in cui la prenotazione si riferisce ad una prestazione specialistica o diagnostica ambulatoriale, inserire il codice della prestazione come indicato nel relativo nomenclatore regionale di cui alla D.G.R.T. 229/97 e successive integrazioni e modificazioni; nel caso in cui la prenotazione si riferisce a certificazione medico sportiva di cui alla D.G.R.T. 667/97, inserire il codice della certificazione medico sportiva
9	**Priorita (*)**	**Priorità di accesso**	C	31	1	Valori ammessi: 1= urgente 2= non urgente
10	**Contatto (*)**	**Contatto**	C	32	1	Valori ammessi: 1= primo contatto 2=contatto successivo al primo
11	**Modacc (*)**	**Modalità di accesso**	C	33	1	Valori ammessi: 1 = accesso mediante prenotazione da sistema pubblico CUP. 3 = accesso diretto senza prescrizione e senza prenotazione (si fa riferimento alle prestazioni ad accesso diretto in senso stretto, cioè a quelle prestazioni alle quali l'utente accede senza ricetta medica) 4 = accesso diretto con prescrizione e senza prenotazione (si fa riferimento alle prestazioni ad accesso diretto in senso lato, cioè a quelle prestazioni per le

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Posizione	Lunghezza	Note
						quali è necessaria la ricetta medica, ma per le quali l'azienda non richiede la prenotazione in quanto la prestazione viene erogata all'utente al momento della sua presentazione presso il presidio che eroga la prestazione stessa.
12	**Regiero (*)**	**Regime di erogazione della prestazione**	C	34	1	Valori ammessi: 0 = prestazione erogata in regime libero professionale 1 = prestazione erogata non in regime libero professionale
13	**Tempatt (*)**	**Tempo di attesa effettivo**	N	35-40	6	Valori ammessi: Inserire la differenza, espressa in giorni, tra **data di contatto** e **data prenotata**, con zeri non significativi a sinistra
14	**TempAtt Rel (*)**	**Tempo di attesa relativo**	N	41-46	6	Valori ammessi: Inserire la differenza, espressa in giorni, tra **data contatto** e **data prenotabile o 1ª disponibilità**, con zeri non significativi a sinistra
15	**CodAz1d (*)**	**Codice dell'Azienda sanitaria sulla quale si è verificata la prima disponibilità**	C	47-49	3	Valori ammessi: codice ministeriale dell'Azienda sanitaria toscana sulla quale si è verificata la 1ª disponibilità
16	**Stru1d (*)**	**Codice della struttura di erogazione sulla quale si è verificata la 1ª disponibilità**	C	50-55	6	Valori ammessi: codice STS.11 della struttura sulla quale si è verificata la 1ª disponibilità
17	**ScelUte (*)**	**Scelta dell'utente**	C	56	1	Valori ammessi: 0 = il sistema non è in grado di rilevare questa informazione 1 = l'utente non ha effettuato nessuna scelta 2 = l'utente ha scelto una data diversa dalla dataprenotabile o 1ª disponibilità
18	**Numpres**	**Numero di prestazioni prenotate**	N	57-63	7	Valori ammessi: Inserire il numero di prestazioni prenotate con i tempi di attesa indicati nei campi 13 e 14, con zeri non significativi a sinistra
19	**Annoinvio**	**Anno di trasmissione**	C	64-67	4	Valori ammessi: anno in cui viene effettuata la trasmissione in formato aaaa.
20	**Meseinvio**	**Mese di trasmissione**	C	68-69	2	Valori ammessi: mese in cui viene effettuata la trasmissione in formato mm.

(*) Key di riferimento per il campo "Numpres"

Tabelle di riferimento

Per quanto riguarda le tabelle di supporto per la compilazione del tracciato, si fa riferimento agli archivi di supporto utilizzati per l'elaborazione del flusso relativo alla Specialistica ambulatoriale(flusso SPA del Manuale dei Flussi D.O.C.)

In particolare:

- Archivio dei presidi ambulatoriali da utilizzare per la compilazione dei campi Codice dell'Azienda sanitaria, Codice della zona socio-sanitaria e Codice della struttura di erogazione su cui è avvenuta la prenotazione, Codice dell'Azienda sanitaria e Codice della struttura di erogazione su cui si è verificata la 1ª disponibilità;

- Archivio delle specialità da utilizzare per la compilazione dei campi Codice della specialità della struttura organizzativa di erogazione e Codice della disciplina che qualifica la prestazione
- Archivio delle prestazioni specialistiche, diagnostiche e di laboratorio (Nomenclatore tariffario regionale) da utilizzarsi per la compilazione del campo Codice della prestazione specialistica ambulatoriale;
- Archivio delle certificazioni di medicina dello sport da utilizzarsi per la compilazione del campo Codice della prestazione specialistica ambulatoriale.

Procedure regionali

Le informazioni pervenute da parte delle Aziende sanitarie sono assoggettate ad una serie di trattamenti a livello regionale. Tali trattamenti possono essere classificati secondo le seguenti tipologie:

a) validazione delle informazioni
b) analisi delle informazioni
c) pubblicazione delle informazioni

a) validazione delle informazioni

Le informazioni sono assoggettate alle procedure di controllo che di seguito si riportano per ciascuno dei campi della struttura dei dati

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Posizione	Lunghezza	Controlli
1	**Anno (*)**	**Anno di riferimento**	C	1-4	4	Il valore deve essere compreso tra i valori ammessi
2	**Mese (*)**	**Mese di riferimento**	C	5-6	2	Il valore deve essere compreso tra i valori ammessi e immediatamente precedente rispetto al valore contenuto nel campo 20 Mese invio
3	**Codaz (*)**	**Codice dell'azienda sanitaria su cui è avvenuta la prenotazione (che è titolare ad inviare i dati)**	C	7-9	3	Il valore deve essere compreso tra i valori ammessi ed essere corrispondente con il codice ministeriale dell'Azienda inviante i dati
4	Codzona	Codice della zona socio-sanitaria su cui avvenuta la prenotazione	C	10	1	Il valore deve essere compreso tra i valori ammessi ed essere coerente con il valore contenuto nel campo 5 Codice della struttura di erogazione su cui è avvenuta la prenotazione
5	Codstru	Codice della struttura di erogazione su cui è avvenuta la prenotazione	C	11-16	6	Il valore deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con il valore contenuto nel campo 3 Codice dell'Azienda sanitaria su cui è avvenuta la prenotazione
6	Codspe	Codice della specialit della struttura organizzativa di prenotazione	C	17-19	3	Il valore deve essere compreso tra i valori ammessi
7	Coddisc	Codice della disciplina c e uali ica la prestazione	C	20-22	3	Il valore deve essere compreso tra i valori ammessi
8	Codprest	Codice della prestazione specialistica am ulatoriale	C	23-30	8	Il valore deve essere compreso tra i valori ammessi
9	riorit	riorit di accesso	C	31	1	Il valore deve essere compreso tra i valori ammessi
10	Contatto	Contatto	C	32	1	Il valore deve essere compreso tra i valori ammessi
11	Modacc	Modalit di accesso	C	33	1	Il valore deve essere compreso tra i valori ammessi
12	egiero	egime di erogazione della prestazione	C	34	1	Il valore deve essere compreso tra i valori ammessi
13	empatt	empo di attesa e ettivo	N	35-40	6	Il valore deve essere compreso tra i valori ammessi ed avere un corretto formato numerico (con zeri non significativi a sinistra) e deve essere coerente con i valori contenuti nei campi 14 e 17; nel caso in cui nel campo 17 sia contenuto un valore pari a "0" o "1" si verifica che il valore contenuto nel campo 13 coincida con il valore contenuto nel campo 14; nel caso in cui nel campo 17 sia contenuto un valore pari a "2" si verifica che il valore contenuto nel campo 13 sia superiore al valore contenuto nel campo 14;

14	**TempAttRel (*)**	**Tempo di attesa relativo**	N	41-46	6	Il valore deve essere compreso tra i valori ammessi ed avere un corretto formato numerico (con zeri non significativi a sinistra) e deve essere coerente con i valori contenuti nei campi 13 e 17; nel caso in cui nel campo 17 sia contenuto un valore pari a "0" o "1" si verifica che il valore contenuto nel campo 14 coincida con il valore contenuto nel campo 13; nel caso in cui nel campo 17 sia contenuto un valore pari a "2" si verifica che il valore contenuto nel campo 14 sia inferiore al valore contenuto nel campo 13;
15	**CodAz1d (*)**	**Codice dell'Azienda sanitaria sulla quale si è verificata la 1ª disponibilità**	C	47-49	3	Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con il valore contenuto nel campo 16 Stru1d
16	**Stru1d**	**Codice della struttura di erogazione sulla quale si è verificata la 1ª disponibilità**	C	50-55	6	Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con il valore contenuto nel campo 15 CodAz1d
17	**ScelUte (*)**	**Scelta dell'utente**	C	56	1	Il valore deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con i valori contenuti nei campi 13 e 14; Nel caso in cui il valore contenuto nel campo 13 coincide con il valore contenuto nel campo 14 si verifica che il valore contenuto nel campo 17 sia uguale a "0" o "1"; Nel caso in cui il valore contenuto nel campo 13 non coincida con il valore contenuto nel campo 14 si verifica che il valore contenuto nel campo 17 sia uguale a "2"
18	**Numpres**	**Numero di prestazioni**	N	57-63	7	Il valore deve essere compreso tra i valori ammessi ed avere un corretto formato numerico (con zeri non significativi a sinistra)
19	**Annoinvio**	**Anno di trasmissione**	C	64-67	4	Il valore deve essere compreso tra i valori ammessi
20	**Meseinvio**	**Mese di trasmissione**	C	68-69	2	Il valore deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con il valore contenuto nel campo 2 Mese di riferimento

Viene inoltre effettuato un controllo di univocità della chiave del record (fanno parte della chiave tutti i campi indicati con (*)). Se vengono trasmessi record con chiave ripetuta, le procedure regionali provvedono a mantenere tra i dati corretti solo 1 record con quella chiave, segnalando errati gli altri record.

I record che presentano anche un solo codice di errore, sono esclusi dalle fasi di analisi e pubblicazione. I dati relativi ai volumi errati sono resi pubblici secondo la struttura di seguito indicata:

Codice Azienda	Descrizione azienda	Numero record	Numero record corretti	Numero record errati	Numero di prestazioni corrette	Numero di prestazioni errate	Percentuale record corretti su totale record	Percentuale record errati su totale record	Percentuale numero prestazioni errate su totale numero prestazioni
101	USL 1 Massa Carrara								
102	USL 2 Lucca								
103	USL 3 Pistoia								
104	USL 4 Prato								
105	USL 5 Pisa								
106	USL 6 Livorno								
107	USL 7 Siena								
108	USL 8 Arezzo								
109	USL 9 Grosseto								
110	USL 10 Firenze								
111	USL 11 Empoli								
112	USL 12 Viareggio								
901	AO Pisana								
902	AO Senese								
903	AO Careggi								
904	AO Meyer								
910	CSPO								

b) analisi delle informazioni

Effettuata la validazione delle informazioni a livello regionale, sono effettuate le seguenti analisi che tendono ad illustrare le caratteristiche del tempo di attesa per le prenotazioni, mediante:

1) tempo massimo
2) tempo minimo
3) tempo medio di attesa ponderato
4) distribuzione del tempo di attesa per percentili correlati ai volumi di attività
5) percentuali di soddisfazione per classi di tempo di attesa

Tali indicatori saranno analizzati:

a) per serie temporali
b) per aree geografiche
c) per ambiti organizzativi

c) pubblicazione delle informazioni

Le relative informazioni sono comunicate alle Aziende sanitarie, ai cittadini ed agli altri soggetti interessati.

Adempimenti accessori

Ad ogni invio le Aziende sono tenute a trasmettere una nota in cui è indicata, per quel mese di riferimento, la percentuale delle prestazioni che vengono prenotate mediante il sistema CUP, in modo da evidenziare il grado di copertura del CUP rispetto alle prestazioni che dovranno, a regime, andare a costituire l'insieme delle prestazioni prenotabili tramite CUP.

Nel caso che l'Azienda non sia in grado di costruire una stima sul totale delle prestazioni che, a regime, dovranno andare a costituire l'insieme delle prestazioni prenotabili tramite CUP, in alternativa, può essere preso in considerazione, per il relativo mese di riferimento, il rapporto tra numero di prestazioni oggetto dell'invio e numero di prestazioni effettivamente erogate nel mese dall'Azienda per le medesime tipologie.

La nota deve essere inviata per posta elettronica al seguente indirizzo:

r.tortolini@regione.toscana.it



REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 11-06-2001 (*punto N.* **22**)

Delibera *N* .**619** *del* **11-06-2001**

Proponente
ENRICO ROSSI

DIPARTIMENTO DIRITTO ALLA SALUTE E DELLE POLITICHE DI SOLIDARIETA'

Pubblicita'/Pubblicazione: Atto soggetto a pubblicazione integrale
Dirigente Responsabile:Emanuele Giusti
Estensore: Laura Scavetta
Oggetto:
Sistemi di prenotazione informatizzati (CUP): determinazioni.

Presenti:

TITO BARBINI	PAOLO BENESPERI	CHIARA BONI
AMBROGIO BRENNA	SUSANNA CENNI	RICCARDO CONTI
TOMMASO FRANCI	MARCO MONTEMAGNI	ANGELO PASSALEVA
ENRICO ROSSI	MARIA CONCETTA ZOPPI	

Presidente della seduta: CLAUDIO MARTINI
Segretario della seduta: CARLA GUIDI

STRUTTURE INTERESSATE:

Tipo	*Denominazione*
Dipartimento - A.Ex.Dip.	DIPARTIMENTO DIRITTO ALLA SALUTE E DELLE POLITICHE DI SOLIDARIETA'

Note:

LA GIUNTA REGIONALE

CONSIDERATO che tra gli strumenti per affrontare la questione delle liste di attesa relativamente alla erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, acquista particolare rilievo la definizione di modalità di accesso che garantiscano agli utenti la piena e consapevole fruibilità delle prestazioni che sono messe a loro disposizione dal sistema sanitario regionale

RILEVATO che uno degli strumenti che garantisce forme imparziali e trasparenti è rappresentato dai sistemi di prenotazione informatizzati (cosiddetti CUP – Centri Unificati di Prenotazione)

CONSIDERATO inoltre che i CUP oltre a garantire il presupposto indispensabile per la fruizione da parte degli utenti delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, rappresentano anche un indispensabile strumento per la pianificazione e la programmazione dell'attività degli operatori che devono erogare le prestazioni specialistiche ambulatoriali

CONSIDERATO che uno degli elementi essenziali che concorrono a realizzare il CUP è rappresentato dalle agende di lavoro informatizzate

RITENUTO opportuno fornire la seguente definizione dell'agenda al fine di determinare uno standard regionale relativo alle caratteristiche funzionali che le agende devono possedere:

- l'agenda è intesa come lo strumento operativo del CUP. Dalla relazione tra un operatore sanitario, le prestazioni erogabili dall'operatore, uno spazio temporale di erogazione, si determina l'agenda. Poiché ogni prestazione è caratterizzata da un tempo di esecuzione, l'agenda consente di misurare l'offerta sanitaria in termini di numerosità delle prestazioni che un determinato operatore o gruppo di operatori è tenuto a garantire nell'ambito temporale definito
- L'offerta sanitaria, in termini di prestazioni specialistiche, diagnostiche e di laboratorio, si realizza quindi esclusivamente tramite la costruzione di agende di erogazione certe e accessibili, il che significa che la struttura erogante, ultimata la fase di programmazione della propria attività, la rende pubblica e ne delega la gestione operativa ad altri
- La prenotazione delle agende deve avvenire secondo un criterio di scorrimento temporale senza soluzione di continuità: all'utente deve comunque essere comunicata almeno una data prenotabile. Sono espressamente vietate le cosiddette "liste chiuse", cioè liste di attesa relative ad agende che si caratterizzano per una data di apertura e per una data di chiusura: esse obbligano l'utente, che non è riuscito ad ottenere la prenotazione entro quell'intervallo di tempo, a ripresentarsi in un momento successivo per sapere quale data risulterà per lui disponibile
- Le agende devono essere informatizzate dettagliandole in termini di prestazioni erogabili, strutture eroganti, unità specialistica (intendendo con questo termine il soggetto o il gruppo di soggetti che provvede a fornire la prestazione), data e orari di erogazione, durata della prestazione, tariffa, tempo di risposta nella refertazione

I sistemi di prenotazione devono consentire la gestione di uno spazio agenda consono alle esigenze dell'utenza e tale da permettere il rispetto del tempo di attesa programmato, compresa la gestione delle eventuali urgenze.

CONSIDERATO come obiettivo prioritario quello di includere nelle agende come sopra definite tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate dal servizio sanitario regionale

RITENUTO che l'obiettivo di includere tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili dal servizio sanitario nazionale non debba essere, in questa fase, esteso anche alle prestazioni per le quali sono garantite modalità di accesso diretto

RILEVATO che tra le prestazioni ad accesso diretto deve essere effettuata una distinzione tra :

a) prestazioni ad accesso diretto in senso stretto, intendendo quelle per le quali l'utente accede alla prestazione senza la ricetta medica
b) prestazioni ad accesso diretto in senso lato, intendendo quelle per le quali, sebbene sia richiesta la prescrizione medica, l'azienda organizza la propria attività per consentire al cittadino di rivolgersi alla struttura di erogazione direttamente senza fase di prenotazione e di ricevere immediatamente la relativa prestazione

RITENUTO di evidenziare come la inclusione dell'attività di ogni operatore o gruppi di operatori nelle agende informatizzate costituisce uno specifico dovere per tutti gli operatori sanitari che erogano prestazioni sanitarie;

RILEVATO altresì che da alcune verifiche effettuate risulta la presenza di consistenti fenomeni di prenotazioni a cui non consegue la effettiva erogazione della prestazione determinata dalla mancata presentazione dell'utente nel giorno programmato;

CONSIDERATO inoltre essenziale, per garantire i principi della accessibilità e della trasparenza ai servizi sanitari, prevedere forme adeguate di informazione sull'offerta aziendale ai cittadini che consentano all'utente di effettuare autonomamente la scelta della struttura e della data relativa alla fruizione della prestazione di cui necessita;

RITENUTO altresì opportuno prevedere modalità di coordinamento, relativamente alla prenotazione e fruizione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, per quelle realtà nelle quali sul territorio dell'azienda unità sanitaria locale è ubicata una azienda ospedaliera;

A voti unanimi

Delibera

1) Entro il 31/12/2001 le aziende sanitarie sono tenute ad inserire nelle agende di lavoro informatizzate il 100% delle prestazioni specialistiche ambulatoriali che possono essere assoggettate ai sistemi di prenotazione CUP;

2) il termine di cui al precedente punto 1) può essere prorogato al 30/6/2002 per quelle aziende che ne facciano richiesta entro il 31/10/2001 allegando una dettagliata relazione, a firma del Direttore generale, sulle condizioni tecnico-organizzative interne all'azienda che determinano il mancato rispetto del termine originario;

3) Ai fini della determinazione del raggiungimento dell'obiettivo della copertura del 100% non sono considerate:

a) le prestazioni ad accesso diretto in senso stretto, intendendo quelle per le quali l'utente accede alla prestazione senza la ricetta medica
b) le prestazioni ad accesso diretto in senso lato, intendendo quelle per le quali, sebbene sia richiesta la prescrizione medica, l'azienda organizza la propria attività per consentire al cittadino di rivolgersi alla struttura di erogazione direttamente senza fase di prenotazione e di ricevere immediatamente la relativa prestazione;

4) tutti gli operatori che svolgono attività nelle aziende sanitarie pubbliche, sono tenuti a pianificare la propria attività, relativamente alle prestazioni specialistiche ambulatoriali ad eccezione di quelle di cui al punto 3), mediante la loro inclusione nelle agende informatizzate;

5) tutte le aziende sanitarie sono tenute a comunicare ai cittadini che accedono ai punti di prenotazione le opzioni che il sistema mette loro a disposizione; in particolare:

- nella comunicazione deve essere in ogni caso individuata almeno una data prenotabile
- per poter effettuare la prenotazione l'utente deve essere portato a conoscenza di tutti i presidi che erogano la prestazione e dei relativi tempi di attesa all'interno del territorio dell'azienda USL e, ove insiste una azienda ospedaliera, in integrazione con l'azienda ospedaliera stessa nei termini previsti dal successivo punto 9); i tempi di attesa devono essere comunque compatibili con i tempi di attesa predeterminati per le singole prestazioni secondo le disposizioni regionali vigenti;
- l'utente deve altresì essere informato sui tempi standard di refertazione per la o le prestazioni richieste

6) i direttori generali delle Aziende sanitarie regionali sono tenuti al puntuale adempimento degli impegni, delle scadenze e delle specifiche previste dal presente atto. La regolamentazione della materia, il puntuale adempimento delle direttive impartite e il raggiungimento degli obiettivi fissati, con particolare riferimento a quelli indicati ai punti 1), 4), 5), costituiscono obiettivi rilevanti ai fini della valutazione dell'attività dei Direttori generali, prevista all'art. 3-bis del D.lgs. 19 giugno 1999 n. 229, nonché per l'erogazione degli incentivi economici;

7) tutte le aziende sanitarie sono impegnate a verificare la quota di prenotazioni che non determina la effettiva erogazione della medesima a causa della mancata presentazione dell'assistito nel giorno programmato. Nel caso in cui tale quota presenti valori significativamente alti che concorrono al superamento dei tempi massimi di attesa definiti, le aziende, in forma singola o associata, attivano tutti gli strumenti necessari (tra i quali anche call center aziendali o interaziendali) per ricondurre il fenomeno entro valori tollerabili.
Entro 45 giorni dall'adozione del presente atto saranno fornite alle aziende sanitarie indicazioni in materia

8) dalla scadenza dei termini rispettivamente previsti ai precedenti punti 1) e 2), le prestazioni erogate in assenza di prenotazione tramite CUP non saranno computate ai fini finanziari nei volumi di pertinenza del Servizio sanitario regionale, fatta eccezione per le prestazioni indicate al precedente punto 3. Tale principio si applica sia nei confronti delle aziende ospedaliere che delle aziende USL.
Con successivo atto deliberativo sarà definita la specifica regolamentazione del principio indicato nel presente punto, anche in riferimento ai sistemi di informazione ai cittadini sulle modalità e sulle tipologie di erogazione delle prestazioni ad accesso diretto (ad esempio programmi di screening e controllo programmato, prestazioni di largo utilizzo e semplice esecuzione – esami ematoclinici di routine, raccolta di materiale biologico, ecc.), nonché delle modalità di comunicazione alla Regione di tali prestazioni ai fini della corretta applicazione del presente punto 8;

9) nei casi in cui nel territorio di una azienda USL insista una o più aziende ospedaliere, le medesime aziende, entro il 30 giugno 2002, devono rendere operativo un sistema integrato di agende e, conseguentemente, delle prenotazioni effettuabili, in modo tale da consentire all'utente di effettuare una prenotazione in uno qualunque dei presidi presenti delle medesime aziende sanitarie; nelle realtà in cui tale integrazione non sia conseguibile, entro lo stesso termine ed in via transitoria, devono comunque essere attivati sistemi che consentono all'utente almeno di conoscere la effettiva disponibilità delle prestazioni specialistiche ambulatoriali complessivamente erogate dai presidi in questione;
Al fine di consentire l'integrazione delle agende, la regione attiva specifici interventi nei confronti delle aziende sanitarie per la definizione, nell'ambito delle prestazioni specialistiche ambulatoriali contenute nel nomenclatore regionale, di una catalogo comune delle prestazioni prenotabili;

10) Entro due anni dalla data di approvazione del presente atto, le aziende USL e le Aziende Ospedaliere che sono ricomprese all'interno delle aree vaste, mediante la predisposizione di specifici progetti, devono realizzare sistemi tali da

a) costituire, tramite strumenti telematici, una unica interfaccia di informazione e di accesso al sistema delle prenotazioni erogate dalle strutture pubbliche e del privato accreditato che operano all'interno dell'area vasta. Il progetto deve essere coerente con gli standard regionali in materia di tecnologie dell'informazione e, in particolare, con le specifiche della rete telematica regionale e deve contenere una clausola che ne consenta l'utilizzo su tutto il territorio regionale. Il sistema così costruito rappresenterà l'interfaccia pubblica dell'offerta sanitaria della Regione Toscana per tutto il territorio nazionale;

b) definire una struttura gestionale che assicuri un servizio puntuale e specializzato mirato a:

- consentire l'accesso alla prenotazione delle prestazioni anche con il servizio di call center
- stabilire un contatto con l'utenza per la conferma/disdetta delle prestazioni
- realizzare un servizio di rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza
- mantenere puntualmente aggiornato il sistema delle agende e l'allineamento dell'offerta sanitaria a quanto previsto dal nomenclatore regionale.

11) Di pubblicare il presente provvedimento per intero, ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. g), della L.R. 15.03.96 n. 18.

SEGRETERIA DELLA GIUNTA
IL COORDINATORE
VALERIO PELINI

Il Dirigente Responsabile
EMANUELE GIUSTI

Il Coordinatore
MARIO ROMERI



REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 30-06-2003 (*punto N.* **16**)

Delibera *N* **.649** *del* **30-06-2003**

Proponente
ENRICO ROSSI

DIPARTIMENTO DIRITTO ALLA SALUTE E DELLE POLITICHE DI SOLIDARIETA'

Pubblicita'/Pubblicazione: Atto soggetto a pubblicazione integrale
Dirigente Responsabile:Emanuele Giusti
Estensore: Emanuele Giusti
Oggetto:
Linee guida per la definizione del sistema di accesso alle prestazioni di ricovero ospedaliero.

Presidente della seduta: CLAUDIO MARTINI
Segretario della seduta: CARLA GUIDI

Presenti:

PAOLO BENESPERI	CHIARA BONI	SUSANNA CENNI
RICCARDO CONTI	TOMMASO FRANCI	MARCO MONTEMAGNI
ANGELO PASSALEVA	ENRICO ROSSI	MARIA CONCETTA ZOPPI

Assenti:
TITO BARBINI AMBROGIO BRENNA

ALLEGATI N°: *1*

ALLEGATI:

Denominazione	*Pubblicazione*	*Tipo di trasmissione*	*Riferimento*
A	Si	Cartaceo+Digitale	Allegato A

STRUTTURE INTERESSATE:

Tipo	*Denominazione*
Dipartimento - A.Ex.Dip.	DIPARTIMENTO DIRITTO ALLA SALUTE E DELLE POLITICHE DI SOLIDARIETA'

Note:

LA GIUNTA REGIONALE

Premesso che:

- il Servizio sanitario toscano, assicuratore unico per tutti i cittadini/e, fonda la propria organizzazione e sostenibilità su una programmazione basata sui dati e sulle conoscenze, al fine di rendere possibili le scelte strategiche individuate, quali l'appropriatezza, nei suoi assi definitori di livello organizzativo e di tempo appropriato di erogazione dell'assistenza, e di garantire, quale valore portante dell'organizzazione, il corretto sviluppo del percorso assistenziale assicurando al cittadino/a la continuità assistenziale, la conoscenza e l'informazione sull'intera possibilità di scelta nell'ambito territoriale di riferimento;

- con proprie precedenti deliberazioni n.851 del 27/07/98, n.1014 del 14/09/98 e n.245 del 1/03/00, inerenti la rideterminazione dei tempi massimi per l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e per la gestione delle liste di attesa, e successive n.418 del 23/04/01 e n.1351 del 10/12/2001, concernenti un nuovo sistema di monitoraggio delle liste di attesa, la Giunta Regionale ha ridefinito il sistema di prenotazione e di erogazione delle prestazioni specialistiche sul territorio regionale;

Atteso che è consequenziale, e necessario, disciplinare e prevedere analogo impegno progettuale per le prestazioni di ricovero ospedaliero in considerazione della rilevanza che tali prestazioni assumono per la garanzia di un corretto percorso assistenziale e della necessità di acquisire elementi di conoscenza utili alla programmazione strategica aziendale con l'obiettivo di migliorare il livello di accessibilità;

Ricordato che il recente accordo Stato e Regioni, siglato in data 14 febbraio 2002, fornisce ulteriore vigore ed efficacia a tali programmi di attività, avendo esteso il campo di applicazione a tutte le prestazioni sanitarie, ambulatoriali e di ricovero, per le quali la riduzione dei tempi di attesa rivesta carattere di priorità;

Considerato che la situazione presente, pur positiva, evidenzia chiaramente una manifesta disomogeneità territoriale nelle modalità di accesso e prenotazione delle prestazioni ospedaliere, naturale conseguenza di modelli di gestione demandati alla organizzazione esclusiva delle Aziende, o dei Presidi, che richiede, per il suo superamento, un forte investimento progettuale;

Considerato, altresì, che l'esigenza è particolarmente attuale nel sistema toscano, che privilegiando il concetto di rete e di Area Vasta come modello di programmazione delle attività ospedaliera, assume come prerequisito essenziale per una reale operatività, la presenza di un sistema infrastrutturale di connessione tra i nodi della rete;

Ritenuto opportuno, al fine di garantire su tutto il territorio regionale una gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato basata su criteri organizzativi, e di determinazione delle priorità, tendenzialmente uniformi, definire un quadro progettuale complessivo, prevedente azioni concorrenti del livello Aziendale e di Area Vasta, con la coordinazione del Dipartimento del diritto alla salute e delle politiche di solidarietà, valutata, anche, la complessità delle variabili interessate nella gestione delle liste di attesa che solo a livello locale trovano adeguata soluzione;

Considerato che il Dipartimento del diritto alla salute e delle politiche di solidarietà ha prodotto il documento " Linee guida per la definizione del sistema di accesso alle prestazioni di ricovero ospedaliero",

parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che contiene i requisiti e le linee organizzative necessarie per implementare l'iniziativa sul territorio regionale;

A voti unanimi

DELIBERA

1. Di approvare i contenuti del documento " Linee guida per la definizione del sistema di accesso alle prestazioni di ricovero ospedaliero", di cui all'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto.
2. Di attribuire al Dipartimento del diritto alla salute e delle politiche di solidarietà la responsabilità ed il coordinamento delle iniziative previste dal succitato allegato A, secondo i tempi e le modalità ivi specificate.
3. Di incaricare il Dipartimento del diritto alla salute e delle politiche di solidarietà di acquisire i nominativi dei componenti dei gruppi espressamente descritti nell'allegato A al presente provvedimento deliberativo.
4. Di determinare che l'attività svolta dai componenti dei gruppi di provenienza dalle Aziende sanitarie deve essere considerata a tutti gli effetti attività resa in nome e per conto della Azienda sanitaria da cui dipende il personale designato.

Il presente provvedimento, soggetto a pubblicità, ai sensi dell'art.41, comma 1, lettera "b" della L.R. n.9/95, è pubblicato per intero sul BURT, compreso l'allegato, ai sensi dell'art.3 comma 1 della L.R.18/96.

EG/gp

SEGRETERIA DELLA GIUNTA
IL COORDINATORE
VALERIO PELINI

Il Dirigente Responsabile
EMANUELE GIUSTI

Il Coordinatore
ALDO ANCONA

DGR 649/2003 All.

ALLEGATO A

LINEE GUIDA PER LA DEFINIZIONE DEL SISTEMA DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI RICOVERO OSPEDALIERO

Un sistema di accesso e prenotazione delle prestazioni di ricovero ospedaliere correttamente sviluppato dovrebbe consentire :

- il massimo grado di accessibilità al sistema distributivo (semplificazione delle procedure e dei sistemi di informazione, trasparenza, conoscenza della disponibilità della prestazione di ricovero in ogni punto di accesso alla rete ospedaliera di Area vasta) *Ottimizzazione sistemi di accesso.*
- il massimo grado di fruibilità delle prestazioni (utilizzo di un sistema in grado di monitorare chi fa che cosa e dove, le liste di attesa..). *Ottimizzazione sistema distributivo. Garanzia di equità nell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato.*
- il massimo grado di produttività del sistema di offerta di prestazioni ospedaliere (indice di saturazione della offerta, per la scarsa qualità collegata a fenomeni di sovra o sotto/saturazione , valutazione delle potenzialità del sistema). *Ottimizzazione sistema produttivo. Efficienza ed efficacia allocativa.*

Definizione operative e principi di riferimento .

Il presente lavoro è finalizzato alla sistematizzazione della gestione dell'accesso, nei presidi regionali, alle prestazioni ospedaliere in **regime di ricovero programmato**; sono escluse, perchè oggetto di specifiche modalità organizzative, le prestazioni di ricovero in urgenza e con priorità.

Tipologie di regime previste per la funzione di ricovero ospedaliero:

1. Regime di urgenza.
2. Regime con priorità.
3. Regime programmato : Ordinario
   Day-Hospital
   Day-Surgery

Per **regime di ricovero con priorità** si intende il ricovero che consegue ad una valutazione di tale necessità assistenziale condivisa direttamente tra il **Medico** di **M.G/P.l.s** e lo **Specialista ospedaliero.** La condivisione determina il **ricovero del paziente** nel reparto specialistico di riferimento **con un tempo di attesa concordato**. Tale **regime** è, di norma, riferito a **pazienti in condizioni di instabilità clinica, presso il proprio domicilio,** per i quali si renda necessario un più alto livello di intervento diagnostico/terapeutico e/o di tutela assistenziale.

Per **regime di ricovero programmato** si intende una modalità di ricovero che consegue ad una valutazione, di norma effettuata, direttamente o su condivisione di una indicazione specialistica, dal Medico di Medicina Generale, dal Pediatra di libera scelta o dallo Specialista ospedaliero, di una necessità assistenziale ospedaliera programmabile, in relazione alle condizioni cliniche del pz, nel tempo. L'indicazione **produce il ricovero dell'assistito con un tempo di attesa determinato dalla disponibilità del Presidio di riferimento**.

L'**elezione** alle **prestazioni ospedaliere** in regime di **Ricovero programmato** o **con Priorità** afferisce alla **esclusiva competenza** e **responsabilità** del **Medico** di **Medicina Generale,** del **Pediatra di libera scelta** e dello **Specialista ospedaliero**.

Elementi teorici di complessità.

Un primo livello di criticità è costituito dall'assunto secondo il quale un adeguato sistema di gestione delle prestazioni di ricovero ospedaliero deve garantire un equilibrio complesso tra la soddisfazione del **dovere di presa in carico del bisogno** del cittadino, in un momento di particolare difficoltà, e il rispetto assoluto del **principio di libera scelta del luogo di ricovero e cura.**

Per il **principio di libera scelta** il cittadino è il **titolare esclusivo** della **prescrizione/prenotazione al ricovero/intervento** che può soddisfare in qualsiasi Presidio ospedaliero del Servizio sanitario regionale o nazionale.

Per il **dovere di presa in carico del bisogno** il **Servizio sanitario regionale** deve rendere **disponibile** al cittadino, come requisito essenziale di qualità, un **sistema di accesso alle prestazioni di ricovero, equo** ed **oggettivo**.

Un secondo livello afferisce al tema della **garanzia dell'appropriatezza organizzativa del livello assistenziale**, a fronte del **possibile convergere sul cittadino di due diverse, opposte valutazioni sulla necessità di ricovero, l'una del Medico di M.G/P.l.s, l'altra dello Specialista Ospedaliero**.

Sul tema dell'appropriatezza del ricovero ospedaliero è necessario anteporre alcune note concettuali: i sistemi di misura, di uso internazionale, per la **appropriatezza della ammissione** e **degenza ospedaliera**, in una parola, per l'**uso appropriato dell'ospedale**, concordano nel privilegio da accordare, nella definizione delle caratteristiche dell'oggetto da misurare, ai requisiti relativi alla **intensità assistenziale** necessaria, in risposta alla **gravità del quadro clinico** e alla **intensità degli interventi diagnostico/terapeutici** possibili, in risposta alla **complessità del quadro clinico**: i **requisiti di ingresso** nel sistema ospedaliero afferiscono, quindi, agli aspetti **strutturali/organizzativi** del **reparto di ammissione** piuttosto che alla natura della **patologia** o **eziologia** che ha **originato** la **condizione clinica** per la quale si richiede, e si utilizza, il ricovero ospedaliero. Ne consegue logicamente che:

- il **titolare del giudizio sull'appropriatezza del ricovero**, e quindi sull'**ammissione del bisogno specifico al livello di assistenza ospedaliera**, è lo **Specialista della Struttura organizzativa ospedaliera di riferimento**.

La **richiesta di ricovero del Medico di M.G/P.L.S** assume il significato di **proposta** e di **richiesta di consulenza** sulla prestazione di ricovero allo **Specialista ospedaliero**: in caso di **non concordanza**

con la richiesta (di ricovero) del Medico di M.G/ P.L.S lo Specialista Ospedaliero deve **indicare il livello di assistenza appropriato** per il caso clinico in esame, **attivando direttamente, se condiviso dal cittadino-utente, un diverso percorso assistenziale**.

Peraltro, la **diversa soglia di accesso,** e la **particolare articolazione** della **risposta, alla domanda di ricovero** dei **regimi/livelli organizzativi presenti nei Presidi ospedalieri regionali**, particolare sviluppo, ad esempio, di linee produttive di Day-surgery, Day-hospital e Ambulatoriale verso linee di Ricovero ordinario, determina la necessità di attribuire allo **Specialista ospedaliero** un **ulteriore livello di decisione** sull'appropriatezza del ricovero: la **prescrizione/prenotazione** al **ricovero/intervento,** ancorchè condivisa/validata dallo Specialista ospedaliero, ha valore nel **solo Presidio di appartenenza dello Specialista.**

A fronte della **scelta,** da parte del cittadino, di un **diverso Presidio** la **prescrizione/prenotazione** al **ricovero/intervento** consente **l'accesso/prenotazione**, senza ulteriore richiesta, agli **Ambulatori Specialistici di reparto del Presidio scelto.**

Definizione del modello organizzativo per la prenotazione e la gestione delle liste di attesa per i ricoveri programmati: Requisiti essenziali.

Dalla Rilevazione nazionale degli interventi attuati in tema di liste e tempi d'attesa dalle Aziende USL ed Ospedaliere, effettuata, nel giugno del 2002 dal Ministero della salute, risulta che: " e' ancora insufficiente l'attenzione che le Aziende dedicano al monitoraggio dei tempi di attesa per i ricoveri ospedalieri; dai dati rilevati, si può presumere che finora, nella maggior parte delle Aziende pubbliche, la gestione delle prenotazioni dei ricoveri sia svolta direttamente dai reparti ospedalieri."; D'altra parte, la scarsa presenza del tema nella letteratura nazionale ed internazionale, se si escludono alcune iniziative maggiormente strutturate in Australia, Canada ed Inghilterra, testimonia, a fronte del crescente interesse dei cittadini, la difficoltà e complessità che hanno incontrato le Aziende sanitarie per attivare gli interventi necessari.

Nella situazione attuale il sistema ospedaliero toscano ha tradotto il **principio di equità,** la **diversità del bisogno clinico associato alla richiesta di ricovero,** con criteri impliciti di buona pratica, generando, sostanzialmente, una lista di attesa con tempi di attesa espliciti, e ragionevoli, per le sole condizioni di particolare gravità clinico/prognostica o per patologie con specifici vincoli normativi, quali la malattia neoplastica.

L'obiettivo di **fruibilità e trasparenza**, che ha come prerequisito la comunicazione/conoscenza delle disponibilità, è rimasto insoddisfatto e i Presidi ospedalieri, non organizzando, di fatto, le prestazioni di ricovero in un **sistema in rete** hanno, o sovrasaturato la propria capacità produttiva, perdendo in qualità operativa, o sottosaturato la stessa perdendo in efficienza operativa e generando diseconomie.

Il **sistema regionale** ha, comunque, complessivamente tenuto sulla necessità del **rispetto di tempi di attesa** tali da **non compromettere** lo **stato di salute del cittadino,** o da precludere la possibilità dell'intervento o delle cure, assumendo, con delibera di Consiglio n°151/94, l'impegno a riconoscere per un elenco di **prestazioni di ricovero ospedaliero,** di significativa rilevanza e gravità, il diritto a ricorrere a Centri specializzati privati con onere a carico del Servizio sanitario regionale quando **non ottenibili entro un tempo massimo stabilito nelle strutture pubbliche o accreditate.**

Certo è che una equità di accesso garantita con procedure a forte connotazione burocratica, e complesse, e una fruibilità, del sistema dei presidi ospedalieri, minimale, diventano, facilmente, una dis-equità per le condizioni e i soggetti più deboli.

La reingegnerizzazione del Sistema ospedaliero verso un modello di **gestione** delle **prestazioni di ricovero** centrato sulla diversità del bisogno ed orientato a **principi** di **equità**, **fruibilità** e **trasparenza** dell'**accesso** assume, come determinante, la capacità di superare le criticità evidenziate organizzando alcune categorie concettuali, e fasi di percorso, di probabile effetto risolutore:

- **definizione di criteri generali per la scomposizione del profilo della domanda/bisogno di ricovero in categorie di indicazione clinica, classi di priorità, dotata di sufficiente sensibilità e specificità nella lettura del bisogno e numericamente limitata al fine di una relativa facilità di applicazione per il sistema dell'offerta/produttori.**
- **esplicitazione dei criteri per la gestione dell'ordine cronologico di iscrizione nella lista di attesa.**
- **condivisione dei criteri generali individuati in tutti i presidi ospedalieri della rete regionale.**
- **definizione, in ogni presidio, delle tipologie e quantità di prestazioni di ricovero da attribuire ad ogni classe di priorità.**
- **valorizzazione delle risorse necessarie.**

La definizione delle classi di priorità/categorie di indicazione clinica per l'accesso al ricovero ospedaliero.

E' ipotizzabile, anche in considerazione del fatto che un sistema unico nazionale garantisce una definizione delle priorità omogenea e sistematica fornendo dati confrontabili, accogliere e utilizzare la proposta, prodotta in merito dalla Conferenza Stato-Regioni, di **una classificazione del bisogno di ricovero** in **4 categorie, classi di priorità** ordinata sulla base del grado di gravità clinica e prognostica.

Classe di priorità	*Indicazioni*
Classe A	*Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.*
Classe B	*Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.*
Classe C	*Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.*
Classe D	*Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro i 12 mesi.*

Ai fini della agibilità del sistema, per ogni valore di tempo massimo di attesa dovrà essere previsto un ritardo massimo accettabile, di valore proporzionale.

Il percorso e le azioni necessarie.

Gruppo di lavoro regionale:

- **Definizione del Catalogo unico delle prestazioni di ricovero ospedaliere: codifica ICDX-CM semplificata, Drgs, misto. Definizione criteri generali di attribuzione delle prestazioni di ricovero nelle classi di priorità. Esplicitazione criteri per la gestione dell'ordine cronologico di iscrizione nella lista di attesa. Definizione prestazioni traccianti per il monitoraggio dei tempi di attesa.**

Gruppo di lavoro di Presidio ospedaliero aziendale.

- **Distribuzione delle prestazioni del Catalogo unico per Area, Dipartimento, Unità Operativa. Quantificazione prestazioni erogabili per classe di priorità. Valorizzazione risorse necessarie.**

Direzione Sanitaria aziendale.

- **Definizione di indicatori di monitoraggio per il processo di budget.**

Il **Catalogo unico delle prestazioni di ricovero ospedaliero** è una esigenza sia ai fini della classificazione dell'oggetto di misura, sia per la garanzia di una definizione omogenea dell'oggetto misurato su tutto il territorio regionale, sia, infine, per la realizzazione di un **Sistema conoscitivo delle disponibilità di ricovero di Area vasta**.

La **definizione dei criteri generali di attribuzione delle prestazioni di ricovero nelle classi di priorità** garantisce criteri di equità e trasparenza nell'accesso alle prestazioni ospedaliere congruenti per tutti i punti di offerta della rete regionale. Il processo definitorio è il risultato della scelta dei parametri più significativi per la valutazione dell'intensità del prestazione/bisogno di ricovero: diagnosi, o sospetta diagnosi, natura della patologia e sua evoluzione, prognosi con particolare riferimento a possibili danni per ritardo nell'intervento, dolore, disabilità, specifiche situazioni, etc. Una stessa prestazione di ricovero potrà essere ricompresa in più classi di priorità secondo il diverso grado di gravità della stato clinico / patologia di riferimento.

Nello sviluppo del progetto, il Gruppo di Presidio deve operare, rispettando i **criteri generali di attribuzione** previsti dal livello regionale, la **traduzione della casistica prodotta nel Presidio nelle Classi di priorità indicate**. La finalità del processo è quella di permettere una **univoca codifica delle richieste di prestazione di ricovero afferenti al Sistema di prenotazione di Presidio**.

Il privilegio accordato al livello di Presidio, e ai suoi Professionisti, per la funzione di allocazione delle prestazioni di ricovero nelle Classi di priorità, è coerente con la funzione, attribuita alla Specialistica ospedaliera, di garanzia di appropriatezza nella fase di ammissione ospedaliera.

Il **Sistema di prenotazione** si sostanzia, infine, nella costruzione del **Registro dei ricoveri ospedalieri**, Agenda di prenotazione per le prestazioni di ricovero, che presuppone per la sua costruzione una stima/definizione ex-ante delle risorse necessarie specifiche, tempo di degenza o di esecuzione dell'intervento, posti letto, professionisti, tecnologie, sala operatoria, permanenza in Terapia intensiva post-operatoria. Le Agende di prenotazione, costruite per U.O, Area, Dipartimento, Presidio, rappresentano una reale programmazione delle specifiche attività che, per i livelli di analiticità necessari al loro sviluppo, permetterà di comprendere su quali fattori produttivi è possibile intervenire al fine di modificare tempi di attesa, o altre finalità, non soddisfacenti per determinate prestazioni di ricovero.

Il monitoraggio del tempo di attesa per le prestazioni di ricovero.

La definizione esplicita dei momenti organizzativi precedenti, Registro dei ricoveri, modalità di gestione della prenotazione e delle liste di attesa per le prestazioni di ricovero, rappresenta un presupposto essenziale per una **rilevazione della durata del tempo di attesa uniforme nei presidi regionali.**

L'economia del presente lavoro non ci consente, ne sarebbe opportuno per la natura fortemente tecnica dell'argomento, di analizzare altri presupposti quali le modalità, e condizioni specifiche, relative alle procedure percorribili per la determinazione dei tempi di attesa; d'altra parte, le necessità di conoscenza e le finalità del monitoraggio regionale sono logicamente diverse dalle esigenze e finalità di monitoraggio Aziendale o di Presidio: per il livello regionale la rilevazione può limitarsi alle prestazioni di ricovero con maggior criticità o di specifica rilevanza.

Particolarmente utili per questa finalità sono le **prestazioni traccianti,** prestazioni considerate, anche a livello internazionale, di particolare interesse relativamente a criticità dei tempi di attesa rilevati, alla significatività clinica e all'impatto sociale legato all'attesa e che informano circa il **complessivo stato organizzativo-gestionale della struttura erogante**.

Nel caso specifico delle prestazioni di ricovero potrebbe essere accolto, anche per opportunità di bench-marking con le altre Regioni, l'elenco di prestazioni contenuto nella Relazione finale della Commissione Ministeriale per le problematiche relative alla gestione dei tempi di attesa:

- Colecistectomia
- Colecistectomia laparoscopica
- Artroscopia
- Artroprotesi d'anca
- By pass aortocoronarico
- Angioplastica
- Altro, secondo specifico interesse regionale

Si sottolinea la necessità di non ritenere tale elenco, o parti di esso, esaustivo del processo di inserimento delle prestazioni nel Registro dei ricoveri da attivare nelle Aziende Sanitarie; il **processo di monitoraggio può riguardare**, nella fase di avvio, **solo alcune prestazioni** e **non l'universo di**

appartenenza; il **processo di costruzione delle Agende,** con il correlato inserimento delle diverse tipologie di prestazioni di ricovero, **deve,** invece, **interessare l'universo delle prestazioni**.

Ragionevolmente, si è convinti che l'attuale produzione ospedaliera sia il risultato di assestamenti spontanei su variabili locali, interne e di ambiente: senza la **modifica dei processi produttivi/organizzativi,** che rappresenta il reale obiettivo del progetto regionale, il sistema tenderà a rispondere alle **sollecitazioni** semplicemente **privilegiando** la **linea produttiva interessata**.

Inserendo, e **costruendo le Agende**, con un numero **limitato di prestazioni di ricovero prenotabili,** necessarie ad un primo avvio di monitoraggio sui tempi di attesa, è facile provocare nel sistema comportamenti adattativi nella programmazione delle disponibilità delle prestazioni in esame **determinando, ex-ante, il tempo di attesa delle stesse**, indipendentemente dalla capacità complessiva del sistema che, di conseguenza, **aumenterà i tempi di attesa delle prestazioni non monitorate**.

Il **sistema di prenotazione** richiede una organizzazione del tempo/Agenda da **definire**, comunque, **subito** nella sua completezza, iniziando, se necessario per la complessità costruttiva, con l'inserimento nel **Registro dei ricoveri** di un set minimo, elenco delle prestazioni traccianti o altre individuate prestazioni, critiche o prioritarie, nel Presidio o nell'Azienda, ma saturando, comunque, il tempo agenda programmato per la struttura organizzativa di riferimento con **tutte le prestazioni rimanenti**, sintetizzate nella voce **" altre prestazioni di ricovero"**, voce che dovrà essere analiticamente esplicitata nelle sue componenti e resa disponibile nel Presidio.

Sviluppo e implementazione del Sistema di prenotazione delle prestazioni di ricovero: competenze ed azioni.

La complessità della materia, per un suo corretto sviluppo, richiede la definizione delle azioni programmate, degli attori interessati, dei tempi di attuazione, dei livelli di competenza istituzionali e professionali necessari.

Competenze di area vasta

Compete alle Aziende nell'ambito delle aree vaste di appartenenza accogliere le indicazioni del presente documento adottando iniziative facilitanti la successiva implementazione delle Linee Guida per la definizione del sistema di accesso alle prestazioni ospedaliere. In attesa del risultato, anche di singole fasi intermedie, del Gruppo di lavoro regionale si ritiene opportuno attivare, in ogni Azienda, analisi conoscitive sul prodotto di ricovero per struttura organizzativa relativamente alla componente quantitativa, alla casistica realizzata e alla disponibilità di prestazioni offerta nel tempo. Il prodotto di ricovero dovrà, altresì, essere articolato, con le proprie caratteristiche costitutive, nei regimi / modalità di ricovero, di urgenza, con priorità, programmato, in essere nella Azienda. La disponibilità nella scheda nosologica dell'informazione relativa alla data di prenotazione consentirà una prima valutazione, retrospettiva, dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero erogate e permetterà, associando il tempo di attesa con la quantità della prestazione prodotta nell'unità di tempo, di determinare una prima stima della consistenza numerica della lista di attesa.

La Direzione Aziendale di ciascuna azienda dovrà individuare ed attribuire esplicite Responsabilità, per le fasi descritte costituendo il gruppo aziendale per il progetto in questione; si sottolinea come sia necessario costituire nel gruppo aziendale una componente stabile ed una componente che utilizza le professionalità cliniche necessarie in relazione alle tipologie di ricoveri sui quali si attivano le diverse fasi del progetto.

La designazione dei gruppi aziendali deve essere effettuata entro 10 giorni dall'approvazione della delibera.

Il coordinamento dei direttori generali di area vasta provvede alla costituzione del gruppo di lavoro di area vasta, che dovrà prevedere la presenza di almeno due direttori sanitari, un responsabile dei sistemi informativi/ teconolgie informatiche; analogamente a quanto previsto per il gruppo aziendale anche nel gruppo di area vasta si dovrà prevedere l'integrazione con le professionalità cliniche necessarie in relazione alle tipologie di ricoveri sui quali si attivano le diverse fasi del progetto.
La designazione dei gruppi di area vasta dovrà essere effettuata entro 15 giorni dall'approvazione della delibera.

Le competenze regionali: la costituzione del Gruppo di lavoro regionale.

Il livello regionale dovrà procedere alla individuazione delle professionalità necessarie per la realizzazione del mandato relativo alla produzione del Catalogo delle prestazioni di ricovero, alla classificazione delle priorità cliniche, alla determinazione dei criteri generali di gestione delle liste di attesa, alla definizione degli standard organizzativi del Sistema di prenotazione dei ricoveri. Gli obiettivi, pur richiedendo competenze di diversi profili professionali, rappresentano il risultato di un progetto unitario, conseguibile con la costituzione di un **Gruppo di esperti regionale**. I criteri di scelta dei componenti saranno orientati a garantire, nel gruppo, la presenza di professionisti appartenenti alla area clinica, sia per le discipline chirurgiche che mediche, per le esigenze classificatorie dell'unità di rilevazione, all'area della Direzione sanitaria, per le competenze organizzative di Presidio e di Azienda, alla area tecnico-amministrativa e dei Sistemi informativi, per le competenze di natura giuridico-amministrativa, con particolare riferimento al rispetto della privacy e della sicurezza del network informatico. La scelta e la designazione dei componenti avverrà con provvedimento formale del

Dipartimento del diritto alla salute e delle politiche di solidarietà entro un mese dalla esecutività dell'atto deliberativo di approvazione del presente documento nell'ambito dei soggetti designati nei gruppi di lavoro di area vasta.

Nella elaborazione dei criteri generali per la gestione delle liste di attesa il Gruppo di lavoro dovrà porre particolare attenzione agli elementi con forte impatto qualitativo nello sviluppo delle specifiche iniziative, quali la esigenza di attribuire un significato, e una modalità, **univoco** alla **registrazione** della **data di prenotazione**, la necessità di affrontare gli aspetti relativi a comportamenti di good-practice gestionale della lista di attesa, quali la **pulitura**, o ad eventi di rilevante importanza, quali la **rinuncia assoluta** o **provvisoria** alla prenotazione e l'**improvviso aumento della gravità clinica,** e infine, la determinazione delle **variabili di misura** della **dimensione temporale** delle **liste di attesa**.

Il **Gruppo di lavoro** dovrà indicare, rispettando, comunque, nel merito autonome scelte aziendali, un possibile modello organizzativo e funzionale, per le fasi di prenotazione delle prestazioni di ricovero e gestione delle liste di attesa, che risponda sia alle esigenze di architettura tecnologica sia alle attese di valore aggiunto sul risultato attuale del processo di presa in carico della domanda di ricovero.
E' evidente che il mandato del **Gruppo di lavoro** deve confrontarsi, ed integrarsi, con i progetti di profonda trasformazione del Sistema prenotativo per la specialistica ambulatoriale in atto nella nostra Regione, sviluppando sinergie funzionali e concettuali, per non aggiungere, alla rete comunicativa , nodi strutturali di difficile modifica successiva.

Il disegno della corretta collocazione delle fasi costitutive la gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero apre, infatti, più scenari possibili, riconducibili a categorie concettuali profondamente diverse: sistema centralizzato o distribuito, sistema separato o integrato con la funzione di prenotazione ambulatoriale, sistemi diversi/distribuiti o unici/centrali per la gestione delle disponibilità programmate (in regime di urgenza, di priorità, di elezione) dei posti letto.

I modelli organizzativi risultanti dovranno articolarsi, senza soluzione di continuità, con le modalità, di recente riscontro nei nostri Presidi ma sufficientemente mature, di svolgimento delle fasi di accettazione sanitaria e amministrativa direttamente presso il Reparto che accoglie il cittadino; la fase propriamente elettiva, viene, così, inserita in un nodo del percorso che privilegia il legame "nativo" dell'informazione e la ricomposizione informativa sul singolo cittadino, anche ai fini della efficienza ed efficacia comunicativa con i prescrittori.

L'implementazione delle Linee Guida sulla gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero dovrebbe esitare una migliore pianificazione delle attività, ottimizzando l'utilizzo delle risorse con riflessi positivi sui tempi di attesa. In tema di pianificazione dei fattori produttivi, l'**Area chirurgica**, evidenzia la specificità di un settore operativo legato, sostanzialmente, ad una unica variabile produttiva, ancorchè complessa, il **tempo** di **sala operatoria**: ulteriore competenza del Gruppo di lavoro sarà la definizione delle caratteristiche di un sistema di controllo per la attività della Sala operatoria, di cui strumento imprenscidibile è l'**informatizzazione del Registro di sala operatoria**.



REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 15-07-2002 (*punto N.* **36**)

Delibera *N* .**734** *del* **15-07-2002**

Proponente
ENRICO ROSSI

DIPARTIMENTO DIRITTO ALLA SALUTE E DELLE POLITICHE DI SOLIDARIETA'

Pubblicita'/Pubblicazione: Atto soggetto a pubblicazione integrale
Dirigente Responsabile:Emanuele Giusti
Estensore: Emanuele Giusti
Oggetto:
Approvazione quadro sperimentazione progetto M.I.R (Medici in rete).

Presidente della seduta: CLAUDIO MARTINI
Segretario della seduta: CARLA GUIDI

Presenti:

TITO BARBINI	PAOLO BENESPERI	CHIARA BONI
AMBROGIO BRENNA	SUSANNA CENNI	RICCARDO CONTI
TOMMASO FRANCI	MARCO MONTEMAGNI	ANGELO PASSALEVA
ENRICO ROSSI	MARIA CONCETTA ZOPPI	

ALLEGATI N°: *1*

ALLEGATI:

Denominazione	*Pubblicazione*	*Tipo di trasmissione*	*Riferimento*
A	Si	Cartaceo+Digitale	Allegato A

STRUTTURE INTERESSATE:

Tipo	*Denominazione*
Dipartimento - A.Ex.Dip.	DIPARTIMENTO DIRITTO ALLA SALUTE E DELLE POLITICHE DI SOLIDARIETA'

Note:

LA GIUNTA REGIONALE

Considerato che, in base a quanto previsto dall'attuale Piano sanitario regionale, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, sono considerati attori principali della gestione dei servizi di base, con un funzione peculiare relativamente al governo della domanda ed alla appropriatezza delle prestazioni;

Richiamato l'accordo integrativo per la medicina generale, recepito con deliberazione G.R. n. 686 del 26 giugno 2001, e quello per la pediatria di libera scelta, recepito con deliberazione G.R. n. 658 del 2001, nei quali si ribadisce la necessità di tendere al raggiungimento di obiettivi, quali l'attuazione di specifici percorsi assistenziali, lo sviluppo della qualità dei servizi, il perseguimento dell'appropriatezza delle prestazioni;

Rilevata l'opportunità, a seguito di quanto previsto nell'accordo regionale con i medici di medicina generale e sulla scorta delle informazioni fornite da tutte le Aziende in relazione allo stato di avanzamento dell'informatizzazione dei centri unici di prenotazione, di dare il via ad una sperimentazione per realizzare un collegamento tra medici singoli o associati e la rete aziendale, che consenta l'effettuazione della prenotazione mediante il sistema dei centri unificati di prenotazione;

Ritenuto inoltre che in relazione al ruolo dei medici di medicina generale, punto di snodo tra utenti e strutture organizzative sanitarie, è necessario attivare modalità di integrazione che consentano di agevolare la collaborazione professionale ed organizzativa;

Considerato che è stato redatto il quadro progettuale complessivo della sperimentazione, di cui all'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, costituito dalle seguenti sezioni:

- l'elenco delle tipologie di servizi che il progetto intende implementare e mettere a disposizione, tra i quali la possibilità di effettuare direttamente la prenotazione sulla rete CUP
- la descrizione delle aree tematiche di intervento
- l'indicazione della tempistica e delle modalità di realizzazione della sperimentazione, che parte dall'individuazione di nominativi che andranno a far parte dei due gruppi di progetto "Norma", relativo all'esame delle questioni normative ed organizzative specifiche e generali del settore e "Tecno", relativo allo studio delle migliori soluzioni di tipo tecnologico-organizzativo, entrambi riconducibili ad un terzo gruppo con compiti di coordinamento e di supervisione definito "Integra"

Considerato che i servizi elencati nell'allegato "A" alla presente, pur non esaurendo le possibili tipologie di servizi da fornire, tuttavia rappresentano quelli più significativi, e potranno successivamente essere incrementati;

Rilevato altresì che l'attivazione dei servizi può trovare nella fase di sperimentazione una attuazione diversificata, ferma restando la necessità di garantire quello relativo alla prenotazione delle prestazioni sanitarie;

Ritenuto che la realizzazione di un tale sistema di integrazione, può trovare reale attuazione solo attraverso la utilizzazione delle moderne tecnologie dell'informazione, che uniche consentono di affrontare e risolvere le enormi complessità del sistema sanitario, determinate dalla vastità dei soggetti coinvolti, dalla criticità del bisogno da soddisfare e dalla professionalità che caratterizza i soggetti fornitori di prestazioni o di servizi sanitari;

Constatato che l'intervento in questione coinvolge numerosi aspetti:

a) tecnologici relativi alle infrastrutture dove transitano i servizi che devono corrispondere a specifici requisiti di affidabilità, sicurezza e continuità
b) organizzativi relativi sia alle caratteristiche degli studi medici, sia e soprattutto degli assetti interni alle strutture aziendali pubbliche e private
c) normativi relativi in particolare alla questioni connesse alla applicazione delle convenzioni nazionali ed alle disposizioni in materia di privacy

Evidenziato che la composizione dei gruppi previsti nell'allegato A alla presente delibera, richiede adeguate competenze professionali che devono essere garantite da tutti i partecipanti al progetto

Considerato in particolare la necessità di garantire un adeguato supporto per gli aspetti relativi alle tecnologie di livello regionale con particolare riferimento alla firma elettronica ed alla infrastrutture telematica della regione Toscana (R.T.R.T.), nonché alle linee di sviluppo delle infrastrutture tecnologiche del sistema informativo sanitario della regione Toscana

A VOTI UNANIMI

DELIBERA

- di approvare il quadro di sperimentazione del progetto M.I.R. (Medici In Rete), di cui all'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di determinare che l'attività svolta dai componenti dei gruppi di provenienza dalle aziende sanitarie deve essere considerata a tutti gli effetti attività resa in nome e per conto della azienda sanitaria da cui dipende il personale designato;
- di incaricare il dipartimento del diritto alla salute e delle politiche di solidarietà di acquisire i nominativi dei componenti dei gruppi indicati in narrativa più espressamente descritti nell'allegato "A" al presente provvedimento deliberativo;
- di pubblicare il presente provvedimento per intero, comprensivo dell'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento ai sensi dell'art. 2, comma 1,lett. g) della L.R. 15.03.1996 n. 18.

EG/sl

SEGRETERIA DELLA GIUNTA
IL COORDINATORE
VALERIO PELINI

Il Dirigente Responsabile
EMANUELE GIUSTI

Il Dirigente Responsabile
LAURA TRAMONTI

Il Coordinatore
MARIO ROMERI

DGR 734/2002 All.

Progetto M.I.R. (Medici In Rete)
Servizi per la Cooperazione degli Operatori Sanitari

Proposta di Servizi integrati
per medici di medicina generale e pediatri di libera scelta

Premessa

Tipologie di servizi da fornire:

a) Prenotazione telematica delle prestazioni sanitarie

b) Anagrafica degli assistiti del medico di medicina generale

c) Banca-dati sulla normativa

d) Ritorno del referto al medico di medicina generale

e) Segnalazione ricoveri ospedalieri

f) Trasmissione della documentazione amministrativa

g) Forum

h) Servizio di posta elettronica, siti Web e Links

i) Servizio di data hosting

Aree di intervento aperte

Aspetti normativi di carattere generale

Aspetti normativi specifici relativi alle caratteristiche dei fruitori dei servizi

Aspetti tecnico-organizzativi inerenti ai sistemi aziendali

Aspetti tecnici specifici

Aspetti relativi alla formazione dei fruitori dei servizi

Organizzazione del lavoro

Fasi generali del progetto

Fase A) costituzione dei gruppi (tempo preventivato: giugno 2002)

Fase B): definizione, in relazione alle diverse tipologie di servizi, delle specifiche tecnico organizzative necessarie per la funzionalità del sistema e delle relative soluzioni software (tempo preventivato: 30 settembre 2002)

Fase C): realizzazione dei primi prototipi operativi di servizi tra i quali deve comunque essere presente il servizio di prenotazione (tempo preventivato: 30 dicembre 2002)

Fase D): Sperimentazione dei prototipi operativi (tempo preventivato: 30 aprile 2003)

Fase E): revisione del prototipo (tempo preventivato: 30 giugno 2003)

Fase F) distribuzione del sistema a tutto il territorio regionale (tempo preventivato: 31 dicembre 2003)

Premessa

Il principale Problema Organizzativo da cui muove la presente Proposta è identificato nella necessità della integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con i servizi sanitari presenti nel sistema aziendale pubblico e privato accreditato operante sul territorio regionale. Il punto centrale dell'iniziativa è rappresentato dalla costituzione di un sistema di relazioni adeguate mediante la interconnessione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta col Sistema Informativo Sanitario Regionale. Il crescente livello di responsabilizzazione e di coinvolgimento nei processi gestionali e decisionali, impone infatti una svolta decisiva sul versante degli strumenti che il Sistema Informativo Sanitario Regionale deve mettere a disposizione di tutti gli operatori.

Il presente progetto ha come Obiettivo l'avvio, lo sviluppo ed il mantenimento del processo di informatizzazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e la loro messa in rete, mediante lo studio delle condizioni di successo, la definizione dei requisiti d'utenza, l'implementazione di un Prototipo, la sperimentazione in una o più sedi, la valutazione dei risultati, il riallineamento del Prototipo e finalmente la messa a disposizione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta dell'intera Regione di un Sistema comprendente una serie di Servizi Telematici tra i quali un sistema di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Tale proposta è volta a ridurre l'isolamento operativo e funzionale di questi soggetti la cui funzione è centrale in quanto generano la maggior parte delle prestazioni sanitarie ed orientano il consumo sanitario.

Si ritiene infatti che le moderne tecnologie informatiche consentano di realizzare soluzioni che garantiscono

- il necessario livello di integrazione con il sistema Informativo Sanitario Regionale,
- il rispetto delle peculiarità organizzative e professionali dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta

e che siano capaci inoltre di apportare valore aggiunto all'iniziativa in modo da rendere appetibile l'uso del sistema da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta; e ciò in particolare mediante l'identificazione del mix di servizi da fornire oltre alla prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, che comunque rimane l'obiettivo specifico del progetto.

Tipologie di servizi da fornire:

Vengono brevemente descritte, a partire dal loro obiettivi, una serie aperta di Servizi Telematici da implementare.

a) Prenotazione telematica delle prestazioni sanitarie.

Obiettivo: Permettere ad ogni medico di medicina generale generale o pediatra di libera scelta di effettuare per i propri assistiti la prenotazione della/e prestazione/i selezionata/e presso ogni presidio della USL, anche se di zona diversa, così come ai presidi di altre aziende sanitarie toscane o di strutture private accreditate, sempre che:

- sia disponibile al momento stesso della prescrizione
- sia collegato al sistema Informativo Sanitario
- sia disponibile l'accesso remoto alla Agenda del CUP Aziendali

L'archivio delle prestazioni disponibili (che è la parte prenotabile delle Agende CUP), eventualmente consultabile anche off-line, costituisce una prima "guida" di orientamento per il medico relativamente a quali sono le prestazioni e dove sono erogate.

b) Anagrafica degli assistiti del medico di medicina generale.

Obiettivo: Rendere disponibile ad ogni medico di medicina generale generale o pediatra di libera scelta l'accesso in tempo reale all'archivio anagrafico dei propri assistiti e così permettere loro il controllo continuo sulla situazione degli assistiti che lo hanno scelto, sullo stato delle esenzioni cui gli stessi hanno diritto e delle relative prestazioni esenti, sulle informazioni anagrafico-amministrative relative agli stessi, così come sui movimenti di scelta e di revoca che si verificano e sulle relative quote mensili di competenza.

Dovrà essere analizzata la definizione ed i sistemi di accesso ad un archivio cumulativo per la medicina di gruppo.

c) Banca-dati sulla normativa

Obiettivo: Mettere a disposizione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta di una banca-dati continuamente aggiornata sugli atti nazionali, regionali e aziendali, normativi ed amministrativi, che interessano la Medicina Generale organizzata a seconda della fonte normativa, della data, dell'argomento trattato.

Tale banca-dati permette agli utenti

- una navigazione semplice tra i documenti collegati in modo da rendere immediata la ricostruzione degli argomenti di proprio interesse.
- effettuare ricerche ipertestuali per parole-chiave
- l'aggiornamento su argomenti specifici di loro interesse mediante una pre-definizione degli argomenti di proprio interesse
- Consente la progressiva sostituzione degli invii cartacei con aggiornamenti dell'archivio

d) Ritorno del referto al medico di medicina generale.

Obiettivo: Facilitare con un servizio riservato e protetto, da attivarsi dietro consenso dell'assistito, la gestione, senza soluzione di continuità assistenziale, dell'assistito da parte del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, consentendo allo stesso di ricevere informazioni dai servizi specialistici della USL sul proprio assistito, a cominciare dal ricevere per via telematica in formato elettronico del referto della visita o dell'esame così consentendogli di "gestire il percorso" che ha iniziato con il proprio assistito.

Il servizio implica la definizione e la messa in opera degli opportuni strumenti per la crittografia e la firma elettronica di autenticazione del documento trasmesso.

Questo Servizio mira a sviluppare l'integrazione funzionale tra la medicina generale e la medicina specialistica (territoriale ed ospedaliera) mediante la inter-operabilitá dei relativi sistemi, col fine ultimo di faciilitare la gestione unitaria del percorso dell'utente nel suo complesso, dalla prevenzione alla riabilitazione, promuovendo la continuitá delle cure.

e) Segnalazione ricoveri ospedalieri.

Obiettivo: Sviluppare la comunicazione fra medico di medicina generale o pediatra di libera scelta e medici incaricati del reparto di ricovero presso gli ospedali dell'Azienda durante la degenza di un proprio assistito e successivamente.

La segnalazione in tempo reale, dell'avvenuto ricovero (con la diagnosi di ammissione) e dell'avvenuta dimissione (con la diagnosi/lettera di dimissione) costituisce il punto centrale del servizio.

Inoltre ciascun medico avrà a propria disposizione la serie storica delle informazioni relative ai ricoveri dei propri pazienti, visualizzate in differenti modalità

- Dato il nome del ricoverato, Dati relativi al ricovero in corso,
- Dato il nome del ricoverato, Elenco di tutti i ricoveri, sia in corso che terminati,
- Data la data di riferimento Elenco di tutti i pazienti del medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta con ricoveri in corso.

Il servizio è attivato dietro consenso dell'assistito e implica la definizione degli strumenti per la crittografia e la firma elettronica di autenticazione del documento trasmesso.

Questo Servizio complementa quello precedente nello sviluppare l'integrazione funzionale tra la medicina generale e la medicina ospedaliera mediante la inter-operabilitá dei relativi sistemi, promuovendo la continuitá delle cure.

f) Trasmissione della documentazione amministrativa

Obiettivo: Permettere al medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta di trasmettere per via telematica la documentazione amministrativa relativa al proprio lavoro (ad esempio, le Prestazioni di particolare impegno professionale erogate nel mese precedente, con un'interfaccia che semplifichi l'associazione paziente-prestazione).

Per l'autenticazione è necessaria la firma elettronica del documento.

Oltre a semplificare il lavoro del medico, la trasmissione in formato elettronico contribuisce a ridurre e velocizzare il lavoro degli uffici amministrativi addetti agli emolumenti dei MMG.

Inoltre semplificherá la richiesta e fornitura di indicatori di attivitá e clinici di uso epidemiologico e per l'adeguamento mirato delle strutture sanitarie alle realtá locali. Lo stesso canale in senso inverso puó essere usato per un aggiornamento professionale e sanitario in tempo reale e per la distribuzione di Allarmi od altre notizie per tutti i medici di medicina generale o ai pediatri di libera scelta connessi in rete.

g) Forum

Obiettivo: Mettere a disposizione strumenti di Forum e di Bulletin Board per i e tra i medici di medicina generale e/o i pediatri di libera scelta, da attivarsi su Intranet mediante un portale a livello di Azienda, Area Vasta o Regione su argomenti professionali e di organizzazione dei servizi (trattamento di specifiche patologie, campagne di educazione alla salute, linee guida e percorsi assistenziali, ecc.).

Va ben organizzata la conduzione da parte di esperti delle materie trattate (potendo anche prevedere la collaborazione con gli animatori di formazione dei medici di medicina generale e/o i pediatri di libera scelta).

h) Servizio di posta elettronica, siti Web e Links

Obiettivo: Mettere a disposizione strumenti di comunicazione, Attivazione di indirizzi e-mail del medico di medicina generale da utilizzare nell'ambito di attività di interesse per il sistema sanitario, eventuale spazio per la presenza di web sites personali, di gruppo, e links a siti di particolare interesse nazionale e internazionale, ivi comprese banche-dati di medicina per le quali – se richiesto - possono essere pagati oneri di abbonamento cumulativo.

i) Servizio di data hosting

Obiettivo: consentire a gruppi di medici di medicina generale e/o ai pediatri di libera scelta che si sono associati mantenendo ambulatori fisicamente separati di aggiornare reciprocamente i propri archivi con i dati relativi agli assistiti in carico al gruppo.

Le possibili soluzioni sono:

- gestione integrata degli archivi unitari del gruppo direttamente su un server messo a disposizione dall'Azienda USL (relativamente semplice da realizzare, ha l'inconveniente di dover lavorare sempre on line);
- gestione di aggiornamenti incrementali via rete, di una Cartella comune di servizio (mirroring), appoggiata su un server messo a disposizione dall'Azienda USL o da uno dei membri del Gruppo (consente il lavoro off line in collegamenti via Intranet)
- gestione di aggiornamenti incrementali via rete punto-punto, delle Cartelle di tutti gli altri colleghi interessati (consente il lavoro off line)

L'insieme dei servizi telematici sopra indicati, ma anche gli ulteriori servizi che successivamente potranno essere implementati, permetterà la concreta ed effettiva condivisione dell'informazione clinico-sanitaria dei pazienti, determinando:

- la realizzazione del principio del percorso assistenziale come processo nel quale l'utente è assunto in carico dal sistema in tutte le fasi in cui si articola la risposta al suo bisogno sanitario;
- la messa a disposizione di strumenti concreti che consentono di verificare, direttamente da parte dei soggetti responsabili, l'appropriatezza e la razionalizzazione della domanda di prestazioni specialistiche, diagnostico-terapeutiche e di ricoveri ospedalieri;
- la verificabilità da parte degli stessi soggetti responsabili, dei possibili interventi correttivi sui comportamenti prescrittivi, conseguenti alla reale potenzialità di pianificare e gestire la domanda e l'offerta dei servizi sanitari.

Aree di intervento aperte

L'attivazione dei servizi richiederà di affrontare una serie di aree problematiche per ciascuno dei servizi previsti in attivazione; sostanzialmente si ravvisano le seguenti aree problematiche che con intensità e complessità diverse dovranno essere affrontate per ognuno dei servizi previsti:

Aspetti normativi di carattere generale

Riguardano i problemi legati alle disposizioni in materia di sicurezza, privacy e riservatezza sotto la duplica angolazione dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, e del cittadino.

Aspetti normativi specifici relativi alle caratteristiche dei fruitori dei servizi

Si citano a titolo esemplificativo la definizione dei rapporti normativo contrattuali con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta, le modalità di adesione ai servizi, gli oneri/diritti connessi, ecc.

Aspetti tecnico-organizzativi inerenti ai sistemi aziendali

Gli aspetti relativi alla predisposizione di adeguati livelli tecnologici ed organizzativi che devono essere presenti all'interno di ogni azienda sanitaria perché siano realmente fruibili i servizi mesi a disposizione dei medici di medicina generale e con costi di gestione contenuti.

Aspetti tecnici specifici

Le questioni tecniche di ogni specifica tipologia di servizio, dovranno essere oggetto di una dettagliata valutazione da parte dei gruppi interessati. L'elemento che accomuna tutti i servizi è quello relativo alla realizzazione di un sistema software integrato (portale) in cui confluiscono tutte le diverse tipologie di servizi previsti. L'obiettivo è definire una unica interfaccia omogenea sull'intero territorio regionale nella quale operano le diverse tipologie di servizi offerti. Infatti il sistema deve garantire una scalabilità a tutto il territorio regionale con possibilità di estensione ad altre regioni che aderiscano agli standard della regione Toscana. Gli utilizzatori del sistema dovranno trovare in uno qualsiasi dei punti di accesso al sistema la stessa interfaccia grafica e le stesse funzionalità minime definite.

L'altro aspetto è rappresentato dall'infrastruttura tecnologica. La R.T.R.T. (Rete Telematica della Regione Toscana) costituisce già una solida realtà operativa. Dovranno essere ulteriormente sviluppati alcuni servizi infrastrutturali essenziali per la realizzazione del progetto, come ad esempio la completa fruibilità della firma elettronica o la realizzazione di nodi applicativi locali che consentano tra loro adeguati livelli di fruizione integrata dei dati oggetto dei servizi previsti.

Aspetti relativi alla formazione dei fruitori dei servizi

Si fa riferimento alla necessità di attivare idonee iniziative di formazione

a) per i medici di medicina generale e per i pediatri di libera scelta;
b) per il personale dipendente delle aziende sanitarie o delle strutture private accreditate fruitore/generatore dei corrispettivi servizi
c) per il personale tecnico chiamato ad amministrare l'infrastruttura tecnologica ed organizzativa che deve garantire la funzionalità costante del sistema

Organizzazione del lavoro

La diversificazione delle problematiche da affrontare richiede una attenta considerazione delle professionalità da utilizzare e soprattutto dell'organizzazione del lavoro.

In tal senso si individuano due macroaree del progetto:

a) una caratterizzata dalla presenza di professionalità che sono in grado di affrontare le questioni di carattere normativo/organizzativo

b) l'altra caratterizzata dalla presenza di professionalità con un contenuto più specificamente organizzativo/tecnologico

Ai due macrosettori corrispondono due gruppi operativi di progetto entrambi costituiti da:

- operatori del servizio sanitario regionale,
- operatori della regione Toscana (Agenzia sanitaria regionale, Dipartimento del diritto alla salute e delle politiche di solidarietà dipartimento organizzazione e risorse provenienti dai settori competenti)
- medici di medicina generale e pediatri di libera scelta
- eventuale apporto di esperti esterni.

I due gruppi sono denominati rispettivamente per la macroarea A) "Norma" e per la macroarea B) "Tecno".

Anche se il gruppo "Tecno" affronterà problematiche prevalentemente tecnologiche e specialistiche, si ritiene essenziale la partecipazione di medici di medicina generale e di pediatri di libera scelta e di personale sanitario delle aziende, per la parte di analisi dei requisiti dell'utente.

Considerando la necessità di garantire una stretta correlazione tra i due gruppi è opportuno individuare uno specifico gruppo operativo con funzioni di supervisione e coordinamento. Questo gruppo definito "Integra" dovrà svolgere le seguenti funzioni:

1) monitorare lo stato di avanzamento dei lavori dei gruppi

2) individuare i livelli di integrazione e le modalità di integrazione tra gruppi

3) valutare l'adeguatezza delle soluzioni adottate nei due gruppi

4) valutare lo stato di attuazione nel sistema regionale delle soluzioni adottate

5) predisporre idonee metodiche per la valutazione sul gradimento delle soluzioni assunte da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, e degli altri operatori del servizio sanitario regionale coinvolti nella produzione fruizione dei servizi

6) definire modalità di comunicazione verso i diversi soggetti coinvolti nel progetto, che consentano di evidenziare l'andamento del progetto, le determinazioni salienti ed ogni altra informazione necessaria per consentire una adeguata conoscenza dello stato del progetto e della sua evoluzione.

7) valutare l'impatto strategico delle possibili soluzioni da adottare con particolare riferimento:

a) alle applicazioni gestionali esistenti presso gli studi medici

b) alle soluzioni adottate nelle aziende sanitarie per specifici settori afferenti ai servizi oggetto del presente progetto, con particolare riferimento ai sistemi di prenotazione integrati tra diverse aziende sanitarie

c) agli standard regionali relativi all'uso della Rete Telematica delle Regione Toscana (R.T.R.T.)

d) agli standard regionali relativi all'uso della tecnologie di firma elettronica

e) a qualunque altra tecnologia o soluzione strategica di carattere infrastrutturale in fase di implementazione a livello regionale o nazionale che possa determinare correlazioni significative con il presente progetto

f) la compatibilità delle soluzioni rispetto alle strategie di sviluppo del sistema informativo sanitario.

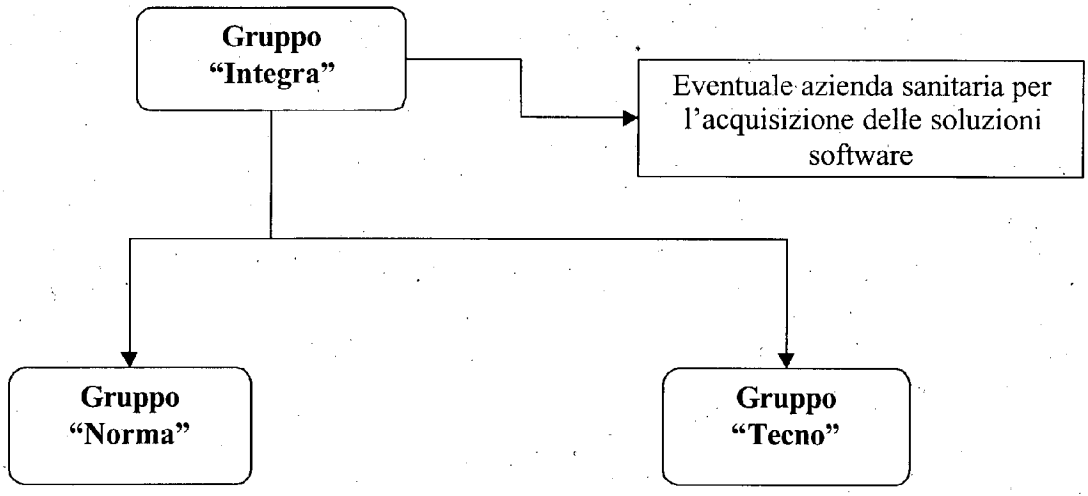
Dovranno inoltre essere definiti gli standard (organizzativi, tecnologici, ecc.) che gli utilizzatori dei servizi devono possedere per poter accedere al sistema stesso.

Ognuno dei gruppi individua un proprio referente.

Per la parte relativa alla realizzazione e sperimentazione della soluzione software, ferma restando la parte relativa alla definizione delle caratteristiche tecniche, il gruppo di coordinamento può prevedere la possibilità di affidare ad una azienda sanitaria l'incarico di attivare le opportune soluzioni amministrative per il relativo appalto.

Per i componenti dei gruppi che sono stati individuati delle aziende sanitarie l'attività svolta nell'ambito del presente progetto costituisce a tutti gli effetti attività svolta in nome e per conto dell'azienda sanitaria di appartenenza.

Lo schema organizzativo è rappresentato di seguito:



I referenti dei gruppi rispondono all'assessore alla Salute per il tramite del dipartimento del diritto alla salute e delle politiche di solidarietà

Entro due mesi dalla costituzione i gruppi, per il tramite del gruppo "Integra" predispongono un progetto articolato per stati di avanzamento con i relativi tempi di esecuzione ed un piano delle risorse necessarie. Il termine per l'attivazione completa su tutto il territorio regionale, salvo diverse valutazioni specifiche e motivate, deve essere ricompreso entro la data del 31/12/2003.

Fasi generali del progetto

Fase A) costituzione dei gruppi (tempo preventivato: luglio 2002)

Fase B): definizione, in relazione alle diverse tipologie di servizi, delle specifiche tecnico organizzative necessarie per la funzionalità del sistema e delle relative soluzioni software (tempo preventivato: 30 novembre 2002)

Fase C): realizzazione dei primi prototipi operativi di servizi tra i quali deve comunque essere presente il servizio di prenotazione (tempo preventivato: 30 febbraio 2002)

Fase D): Sperimentazione dei prototipi operativi (tempo preventivato: 30 maggio 2003)

Fase E): revisione del prototipo (tempo preventivato: 15 giugno 2003)

Fase F) distribuzione del sistema a tutto il territorio regionale (tempo preventivato: 31 dicembre 2003)



REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 08-09-2003 (*punto N.* **27**)

Delibera *N* **.887** *del* **08-09-2003**

Proponente
ENRICO ROSSI

DIPARTIMENTO DIRITTO ALLA SALUTE E DELLE POLITICHE DI SOLIDARIETA'

Pubblicita'/Pubblicazione: Atto soggetto a pubblicazione integrale
Dirigente Responsabile:Emanuele Giusti
Estensore: Emanuele Giusti
Oggetto:
Approvazione del progetto: "Specialistica e diagnostica ambulatoriale: un progetto per una qualità sostenibile".

Presidente della seduta: CLAUDIO MARTINI
Segretario della seduta: CARLA GUIDI

Presenti:

TITO BARBINI	PAOLO BENESPERI	CHIARA BONI
SUSANNA CENNI	RICCARDO CONTI	TOMMASO FRANCI
MARCO MONTEMAGNI	ANGELO PASSALEVA	MARIA CONCETTA ZOPPI

Assenti:
AMBROGIO BRENNA ENRICO ROSSI

ALLEGATI N°: 1

ALLEGATI:

Denominazione	*Pubblicazione*	*Tipo di trasmissione*	*Riferimento*
A	Si	Cartaceo+Digitale	Allegato A

STRUTTURE INTERESSATE:

Tipo	*Denominazione*
Dipartimento - A.Ex.Dip.	DIPARTIMENTO DIRITTO ALLA SALUTE E DELLE POLITICHE DI SOLIDARIETA'

Note:

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il PSR 2002 – 2004 dove è prevista la definizione di un sistema di accesso differenziato alle prestazioni ambulatoriali in base al bisogno dell'assistito;

Ritenuto che le classi di attesa definite nel PSR devono essere inserite nel sistema sanitario con modalità di progressione anche al fine di consentire la verifica del grado di risposta da parte degli operatori stessi;

Visto il progetto, che si allega sub A al presente atto come parte integrante e sostanziale, nel quale sono indicati i principi guida a cui si deve attenere il sistema nella fase di implementazione operativa, ferma restando che la definizione delle specifiche modalità organizzative sarà definita nella fase di sperimentazione in oggetto che, in particolare, dovrà:

a) definire le modalità di segnalazione della classe di priorità da parte dei soggetti prescrittori sugli attuali ricettari regionali e le relative modalità di acquisizione di tale informazione da parte delle strutture competenti
b) definire le ipotesi di regolamentazione tra le varie componenti del sistema in particolare:
   b.1) le modalità e la forma di contrattazione tra medici prescrittori e sistema aziendale tenendo conto delle realtà territoriali nelle quali insistono strutture di erogazione appartenenti ad aziende diverse ivi incluso il privato accreditato e per le quali quindi è condizione necessaria la unitarietà del sistema di prenotazione (sistemi CUP sovra aziendali) e considerando altresì i livelli di integrazione dei sistemi di prenotazione di area vasta ove necessario in relazione a particolari prestazioni
   b.2) modalità e forme di revisione costante dei livelli di prescrizione generati sia dai medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, sia del personale comunque abilitato alla prescrizione di prestazioni, in modo da provvedere ad un sistematico monitoraggio delle quote di prestazioni erogate nelle diverse classi di priorità provvedendo ad adeguare sia le quantità prescritte sia le quantità erogate

Considerato che dal documento allegato si ricava come la modalità di attivazione del sistema dei codici di priorità si basa sui seguenti elementi fondamentali:

a) determinazione contrattata tra soggetti prescrittori e strutture eroganti delle relative quote di distribuzione della prestazione tra le diverse classi di priorità, con l'obiettivo di rimodulare la capacità di risposta del sistema non in modo casuale, ma orientandolo all'effettiva domanda generata in termine di classi di priorità
b) capacità del sistema di monitorare costantemente l'andamento delle classi di priorità al fine di verificare la concordanza tra volumi programmati per ciascuna classe e volumi effettivamente erogati al fine di adeguare i relativi comportamenti da parte dei soggetti prescrittori ed erogatori

Ritenuto quindi opportuno attivare una fase di sperimentazione con lo scopo di:

a) verificare mediante un sistema di classificazione dei livelli di priorità semplificato rispetto a quanto indicato dal PSR, la possibilità di attivazione nella regione di un modalità di accesso differenziato alle prestazioni erogate in regime ambulatoriale
b) di rimodulare le componenti organizzative e professionali del sistema ciascuna per i propri ambiti di competenza.

Considerato che l'attivazione di un sistema di accesso differenziato alle prestazioni ambulatoriali prevede un forte coinvolgimento sia dei professionisti sanitari, sia delle componenti organizzative che sono chiamate a fornire gli adeguati strumenti di supporto al processo progetto;

Ritenuto che tale modalità può essere garantita solo mediante l'attivazione di una rete di relazioni professionali ed organizzative a livello di ciascuna azienda sanitaria;

Considerato quindi necessario prevedere adeguati livelli organizzativi mediante:

1. l'attivazione da parte delle aziende sanitarie di Gruppi Operativi per le Priorità di Accesso (G.O.P.A.), prevedendo che in tali gruppi sia presente, tra l'altro, la componente dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nonché la specialistica ambulatoriale, con il compito di:
   a) gestire le relazioni con i soggetti prescrittori e con il sistema della produzione sia per la fase di contrattazione sia per la fase di monitoraggio dell'andamento dei fenomeni
   b) curare il sistema di acquisizione delle informazioni;
2. la individuazione per ciascuna delle aziende sanitarie di un referente dei G.O.P.A. che risponde al dipartimento dello stato di attivazione del presente progetto
3. l'attivazione di un Comitato Regionale per le Priorità di Accesso (Co.R.P.A.), prevedendo che in tale comitato sia presente, tra l'altro, la componente dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nonché la specialistica ambulatoriale, con il compito di coordinare le iniziative sperimentali delle aziende sanitarie e di definire modalità di standardizzazione dei comportamenti dei soggetti coinvolti nel presente progetto con particolare riferimento a:

a) modalità di segnalazione della classe di priorità da assegnare ad una determinata prescrizione;
b) metodologie di analisi per la lettura dei fenomeni rilevanti per il presente progetto e desunti dai sistemi informativi attivati

Dato atto

- che l'allegato progetto, ha ricevuto parere favorevole da parte del Consiglio Sanitario Regionale nella seduta del 10 marzo 2003;
- che l'allegato progetto è stato sottoposto alla valutazione delle organizzazioni sindacali rappresentative delle categorie dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta (FINMG, SNAMI, FIMP);

Ritenuto che la fase di sperimentazione venga attivata in quelle realtà aziendali dove esistono le condizioni organizzative e tecnologiche più adeguate per consentire l'avvio della fase iniziale del progetto, in modo da contenere l'impatto organizzativo entro limiti accettabili;

Ritenuto altresì opportuno prevedere, dopo la fase di costituzione dei gruppi e del comitato sopra indicati, il coinvolgimento nel progetto degli utenti per il tramite delle loro organizzazioni rappresentative

A voti unanimi

DELIBERA

1) di approvare il progetto di cui all'allegato "A", che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2) di dare incarico alla Direzione generale per il Diritto alla Salute e per le Politiche di Solidarietà di attivarsi per la costituzione dei gruppi sia di livello regionale, sia di livello aziendale e per la individuazione delle aziende ove effettuare la fase di prima sperimentazione;
3) di prevedere che la fase di sperimentazione sia attivata entro il mese di dicembre 2003 per una durata di mesi quattro, decorsi i quali il Comitato Regionale per le Priorità di Accesso predispone una relazione nella quale sono indicate le eventuali criticità riscontrate ed i correttivi da apportare;
4) di riservarsi, successivamente alla costituzione dei gruppi di lavoro per le priorità di accesso e del Comitato Regionale per le Priorità di Accesso, l'attivazione di specifiche iniziative per il coinvolgimento delle rappresentanze sindacali e dei cittadini/utenti.
5) di riservarsi le ulteriori determinazioni all'esito della prima fase di sperimentazione.

Il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 2 comma 3 L.R. 18/96.
In ragione del particolare rilievo del provvedimento, che per il suo contenuto deve essere portato a conoscenza della generalità dei cittadini, se ne dispone la pubblicazione per intero, compreso l'allegato, sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana,

SEGRETERIA DELLA GIUNTA
IL DIRETTORE GENERALE
VALERIO PELINI

Il Dirigente Responsabile
EMANUELE GIUSTI

Il Direttore Generale
ALDO ANCONA

DGR 887/2003 All.

Allegato A

Il percorso

Il presente documento affronta la questione della definizione delle priorità tenendo presenti, sia il punto di vista degli operatori che quello dei cittadini. Ci si propone di definire un primo documento da presentare ai diversi interlocutori con i quali dovranno essere affrontati i successivi passaggi per arrivare alla definizione completa della nuova disciplina.

In tal senso si suggeriscono i seguenti passaggi:

a) direzioni aziendali (direttori generali / direttori sanitari) per presentare il progetto. Il passaggio sembra essenziale. Infatti anche se i componenti del gruppo di lavoro sono di provenienza aziendale, non tutte le aziende erano coinvolte e soprattutto la proposta contenuto nel presente documento ha importanti ricadute dal punto di vista organizzativo.
b) Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. Il passaggio con tali soggetti è ovviamente fondamentale. Sarà preliminarmente necessario spiegare chiaramente i contenuti del progetto e il suo fondamentale carattere innovativo; successivamente dovranno essere affrontate una serie di elementi che presentano certi margini di flessibilità: si pensi alle quote da garantire nelle diverse classi di priorità; alle modalità operative con le quali i medici prescrittori provvederanno a segnalare nelle ricette le diverse classi di priorità; ai sistemi di monitoraggio per la valutazione delle diverse distribuzioni delle classi sui singoli prescrittori, ecc. Nel documento volutamente tali problematiche non sono affrontate dato che sembra opportuna una definizione fortemente consensuale con i medici prescrittori.
c) Confronto con le rappresentanze sindacali e dei cittadini/utenti.

Elementi salienti del documento

Ridefinizione del contratto tra sistema e cittadini

Obiettivo è quello di fornire risposte più adeguate alle esigenze dei cittadini. Ciò comporta da una parte risposte più rapide per quei bisogni che le richiedono, e quindi più congrue, garantendo così maggiori diritti per i cittadini; dall'altra tempi di attesa diversi per quelle prestazioni/situazioni non critiche che quindi possono essere soddisfatte in tempi maggiori, senza che questo si traduca in una riduzione degli stessi diritti.

Forte orientamento alla ricerca della qualità del sistema

L'obiettivo non è una incondizionata riduzione delle prestazioni, ma una redistribuzione delle prestazioni in diverse fasce di priorità tenendo conto che:

a) per alcune aree/prestazioni è necessario garantire tempi di risposta ben più rapidi dei trenta giorni oggi previsti
b) una erogazione con tempi di risposta rapidi non può essere garantita indifferentemente per tutte le prestazioni in modo incondizionato

Avvicinamento della funzione di generazione della domanda alla funzione di generazione dell'offerta

L'obiettivo è quello di iniziare a correlare in modo strutturale i soggetti che contribuiscono in maniera determinante alla domanda ed i soggetti che generano l'offerta. In sostanza la definizione delle quote di prestazioni da erogare con tempi di attesa diversi rispetto a quello generico dei 30 giorni, costituisce una sorta di "contratto" tra i prescrittori e gli erogatori nel quale reciprocamente le parti convengono i rispettivi "diritti" e "doveri". In tal senso il presente documento può anche costituire un elemento di riferimento rispetto ad alcuni dei suoi contenuti come ad esempio la definizione delle quantità percentuali di prestazioni che dovranno essere garantite nelle diverse classi di priorità, demandando alle singole aziende sanitarie d'intesa con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta la definizione di quote diverse. Il contenuto di questo documento si correla con l'iniziativa di responsabilizzazione dei medici prescrittori mediante l'attivazione di un sistema che informa ogni singolo prescrittore del carico di prescrizioni generato; il presente documento non affronta questo aspetto in modo diretto dato che l'obiettivo è quello di arrivare a quantificare la distribuzione tra le diverse classi di priorità e quindi la consistenza delle aspettative da parte dei prescrittori.

Riprogettazione di alcune modalità organizzative interne alle aziende sanitarie

L'obiettivo è quello di rimodulare non solo le modalità organizzative mediante accesso attraverso i sistemi di prenotazione, ma anche quello di attivare la progressiva reingegnerizzazione del processo di accesso alle prestazioni e della loro erogazione. Si fa riferimento ad esempio alla previsione di prestazioni che potranno essere garantite mediante l'utilizzazione o di strumenti innovativi o di diverse modalità organizzative:

- elettrocardiografia o elettroencefalografia mediante accesso diretto o lettura da parte di centri di consultazione on line
- la possibilità di accedere ad una serie di prestazioni (radiologia tradizionale) in forma diretta senza prenotazione
- la definizione di un accesso di "urgenza" diverso dal pronto soccorso che dovrebbe garantire quelle prestazioni rivolte ad una utenza che non può essere soddisfatta attraverso il ciclo ordinario di prenotazione, ma che è sbagliato canalizzare nelle strutture di pronto soccorso. In tal senso infatti si rileva come le strutture di pronto soccorso dovrebbero orientarsi ad una attività che è caratterizzata da una grave compromissione delle funzioni vitali dell'utente, mentre spesso sono utilizzate per coprire "buchi" assistenziali relativi a problematiche che richiedono di essere affrontate con la massima tempestività, ma che certamente non necessitano dell'apparato tipico di un pronto soccorso. In sostanza il pronto soccorso non può più essere concepito come un posto dove andare perché mancano risposte sul territorio. Quindi da una parte garantire un accesso adeguato a quei bisogni che non possono trovare risposte attraverso il ciclo ordinario della prenotazione, dall'altro però canalizzare questi bisogni in contesti organizzativi diversi dal pronto soccorso.
- la possibilità da parte del professionista dipendente del SSR di poter effettuare direttamente la prescrizione/prenotazione delle ulteriori prestazioni di cui quello specifico utente ha necessità.

Differenziazione tra prestazioni di primo accesso e prestazioni di secondo accesso

Lo scopo di tale distinzione non ha una mera funzione di classificazione, ma tende a evidenziare le differenti caratteristiche che le due tipologie di prestazioni implicano. La distinzione è in grado di apportare forti innovazioni sia nel concetto stesso di tempo di attesa, sia rispetto alle relazioni che esistono tra medici prescrittori e operatori che erogano le prestazioni.

Le caratteristiche dell'una e dell'altra discendono da un mix di condizioni afferenti ad aspetti clinici, tecnologici, organizzativi ed alle modalità di accesso.
Si intende per prestazione di primo accesso quella prestazione che:

a) innesca la presa in carico dell'assistito rispetto ad un determinato bisogno assistenziale
b) di norma viene richiesta da un prescrittore esterno (tipicamente medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, ecc.)
c) la relativa prenotazione viene effettuata da punti di prenotazione che appartengono alla prima linea dei prenotatori cioè a punti di prenotazione non necessariamente presidiati da personale sanitario qualificato
d) può concludersi con la soddisfazione del quesito diagnostico mediante la refertazione, ma può attivare anche ulteriori prestazioni che si rendono necessarie per soddisfare il bisogno dell'assistito

Si intende per prestazione di secondo accesso quella prestazione che

a) viene richiesta dal sanitario che ha preso in carico l'utente con la prestazione di primo livello
b) deve essere prenotata direttamente dal sanitario che ha preso in carico l'utente con la prestazione di primo livello
c) è necessaria per poter rispondere al quesito diagnostico originario
d) rientra in un ciclo di prestazioni espressamente connesse tra loro
e) costituisce un controllo a tempo determinato o a tempo indeterminato definito dallo specialista

La distinzione tra prestazione di primo accesso e prestazione di secondo accesso per le finalità del presente progetto, non risponde quindi ad una distinzione relativa alla complessità della prestazione, e può esistere una certa area di sovrapposizione.

Praticamente le prestazioni di primo accesso rappresentano la domanda generata dalla componente del sistema sanitario che non eroga l'offerta, mentre le prestazioni di secondo accesso rappresentano la domanda indotta dalle stesse strutture che sono a loro volto generatrici dell'offerta.
Le percentuali di distribuzione delle prestazioni per le classi di priorità fanno riferimento in modo esclusivo alle prestazioni di primo accesso.
In tal senso si comprende come per la parte diagnostica le classi di priorità prevedono una minore intensità verso quelle a minor tempo di attesa rispetto a quelle previste per le visite. Infatti è presumibile che il maggior bisogno da parte dei medici prescrittori di prestazioni di primo accesso si concentri sulle visite specialistiche piuttosto che sulla diagnostica.
Così come si comprende la diversa criticità che le prestazioni di secondo accesso presentano dal punto di vista dell'utente, nel caso in cui la prenotazione sia effettuata direttamente dal professionista che ritiene necessario un ulteriore supplemento diagnostico o una specifica visita da parte di un altro collega.

La diversificazione dei tempi di attesa nella Regione Toscana: la qualità sostenibile!

Le azioni intraprese dalle aziende sanitarie toscane nel perseguimento dell'obiettivo del rispetto dei tempi massimi previsti con delibera regionale 245/2000 hanno consentito di :

- Organizzare e standardizzare i sistemi di monitoraggio.
- Oggettivare la domanda e conoscere i tassi di utilizzo per aree territoriali.
- Ottimizzare il sistema dell'offerta.
- Rendere disponibili al professionista, MG e Specialista, prestazioni diagnostico/ terapeutiche con maggiore valore aggiunto.
- Aumentare la qualità percepita del sistema sanitario regionale.

Il modello organizzativo dell'offerta, ad oggi esistente, non dispone, comunque, di flessibilità e di capacità di risposta a bisogni con diversa intensità assistenziale. Si comporta infatti come un sistema binario, ammettendo la risposta al bisogno con indicazione clinica prioritaria, nelle 72 ore successive o indistintamente, per qualsiasi altra necessità clinica, entro i trenta giorni.

Il trattamento differenziato dei tempi di attesa in relazione alle peculiarità del bisogno assistenziale, individuato nel P.S.R 2002-2004 come uno degli ordini di intervento necessari per la riduzione delle liste di attesa, si propone quale naturale strumento per garantire appropriatezza ed una vera equità di accesso al sistema specialistico e diagnostico regionale, in quanto consenta una diversa risposta per bisogni diversi.
Il concetto essenziale è quello di riportare al soggetto prescrittore tutti i parametri decisionali di sua competenza per garantire l'appropriatezza dell'intervento sul cittadino; quindi il presente progetto completa la declinazione dei tre elementi che caratterizzano il concetto stesso di appropriatezza:

a) che cosa fare
b) come e dove fare
c) quando fare

Un progetto per una qualità sostenibile

Le diverse esperienze in atto, in Toscana come in altre Regioni, mostrano la difficoltà nell'ottenere i risultati perseguiti agendo separatamente sul versante della offerta, incrementando l'efficienza del sistema o la sua potenzialità, o della domanda, utilizzando strumenti di governo clinico per una corretta ammissione della richiesta.

La possibile soluzione, a nostro parere, è nella ***razionalizzazione della domanda quale risultato di un confronto e di una valutazione contestuale di domanda ed offerta:*** è necessario, cioè, che il sistema della domanda condivida i confini della propria libertà prescrittiva nelle varie classi/categorie di priorità previste con i volumi massimi resi disponibili per le relative classi/categorie dal sistema dell'offerta, così come il sistema dell'offerta deve ammettere implementazione/ restrizione delle prestazioni erogabili ove ritenuto necessario dal processo di miglioramento e valutazione continua a cui l'intero sistema è sottoposto.

Uno sviluppo del governo dei tempi di attesa così disegnato è sostenibile solo con il consenso e l'attiva partecipazione degli attori interessati, Medici di Medicina generale, Specialisti, cittadini, attraverso le loro rappresentanze.

E' chiaro che definire sistemi capaci di individuare con sufficiente sensibilità e specificità tempi di attesa diversificati in relazione alla rilevanza clinica specifica del singolo paziente richiede una preventiva graduazione di priorità sull'universo delle patologie conosciute e un contestuale linkage con l'universo delle prestazioni disponibili: un modello virtualmente perfetto ma inagibile.

Nelle esperienze in corso la semplificazione, ai fini dell'agibilità del sistema, è avvenuta mediante la logica dei Raggruppamenti di attesa omogenei sul versante delle categorizzazione delle patologie o limitando l'applicazione delle priorità cliniche ad alcune prestazioni di particolare rilevanza, e criticità, nella gestione dei tempi di attesa.

La nostra proposta origina, invece, da una convinzione che riteniamo possa essere condivisa da tutti i professionisti a cui è rivolta: in sostanza, vuoi per comune cultura scolastica, i percorsi formativi universitari, vuoi per simili modelli di esercizio professionale praticati in ospedale o negli studi dei medici di medicina generale, il professionista/medico utilizza algoritmi e percorsi deduttivi di diagnosi e valutazione clinica simili agli altri colleghi.

Osservare, allora, la prevalenza, con studi prospettici o indagini ad hoc, dei comportamenti prescrittivi in un campione significativo di medici per i quali sia disponibile una offerta con tempi di attesa diversificati per le prestazioni in esame, può orientarci verso la riproduzione e definizione di un possibile modello generale, semplice ed agibile.

In sostanza, il profilo della domanda si stratifica sulla disponibilità temporale delle prestazioni come risultato del giudizio implicito del professionista, giudizio che assumiamo come comune, con deviazione standard contenuta, agli altri professionisti a fronte, naturalmente, di simili quadri clinici.

Se dovessimo esplicitare i contenuti di questo giudizio potremmo far propria la sintesi prevista nel Documento per la riduzione delle liste di attesa approvato dalla Conferenza Stato-Regioni quale indicazione coerente con la richiesta di prestazioni prioritarie: ***Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità.***

Il modello così strutturato assicura un'immediata qualità aggiuntiva al sistema regionale nella gestione dei tempi di attesa ed è disponibile ad accogliere qualsiasi ulteriore contributo di elaborazione dei diversi gruppi professionali che dentro la Regione generano indicazioni cliniche sul tema della priorità ed appropriatezza della domanda.

La classificazione toscana delle classi di priorità.

L'individuazione delle classi di priorità risponde alla duplice esigenza di offrire al professionista prescrittore un accesso temporale alle prestazioni congruo con lo specifico bisogno clinico dell'assistito e di garantire al cittadino una lettura immediata del sistema in un'ottica di trasparenza e di corresponsabilizzazione.

Il Piano Sanitario Regionale 2002-2004 definisce sei livelli di categorie di indicazione clinica (a carattere di urgenza, di priorità, di attenzione, di routine, dilazionabili, non prioritarie) sulle quali inserire le prestazioni considerate prioritarie al fine di un possibile trattamento differenziato dei tempi di attesa.

Gli studi presenti in letteratura e le esperienze in corso nella nostra, come in altre Regioni, indicano che:

- L'aumento dei tempi massimi di attesa incrementa la percezione di inadeguatezza del tempo di attesa.
- La disponibilità certa di prestazioni con tempo di attesa contenuto (10-15 giorni) diminuisce la percentuale di prescrizione, cosiddetta *urgente*, mediante accesso al Pronto Soccorso o di *urgenza differibile*, definita come *di priorità* nel P.S.R toscano, a valori di circa l' 1,5 - 2% sul totale delle prestazioni richieste .
- Gli aspetti clinici associati ad una corretta indicazione di " *a carattere di urgenza"* e *" di priorità"* richiedono, di norma, una presa in carico complessiva del bisogno appropriatamente trattata nei servizi di Medicina e Chirurgia di accettazione e di urgenza (Pronto Soccorso) o con specifiche modalità organizzative aziendali piuttosto che con complesse procedure di prenotazione.
- Alcuni studi sulla valutazione della ragionevolezza clinica dell'attesa per diverse e significative prestazioni specialistiche con tempi di attesa che superano le norme italiane e toscane (nello studio in oggetto il valore massimo di attesa supera le 13 settimane) evidenziano che circa il 90% degli utenti, valutati dallo specialista al momento della visita secondo una scala qualitativa a tre valori, (attesa adeguata, attesa anticipata, attesa ritardata) ha atteso un tempo adeguato.

Su questi presupposti si propone di limitare le sei classi di priorità o categorie di indicazione clinica previste dal P.S.R 2002-2004 a quattro e di stabilire per le prestazioni prioritarie inserite nelle relative categorie i seguenti tempi massimi di attesa:

- ***di urgenza – nel minor tempo possibile***
- ***di attenzione - 10 giorni***
- ***di routine - 30 giorni***
- ***dilazionabili - oltre 30 giorni fino a 120 giorni***

Ovviamente i bisogni/prestazioni della prima classe presentano caratteristiche tali che non rendono adeguato il sistema di accesso mediante prenotazione; si pensi alla inconciliabilità di un bisogno che richiede un intervento nel minore tempo possibile, ma che per poter essere soddisfatto richiede adempimenti preliminari (prenotare, recarsi presso un punto di prenotazione, ecc.). In tali casi in realtà vanno formalizzate e/o procedimentalizzate le modalità di accesso a sistemi in grado di fornire immediatamente la risposta al bisogno dell'utente: tipicamente pronto soccorsi oppure specifiche modalità organizzative aziendali. Mentre per le altre classi la utilizzazione del sistema di prenotazione è la modalità tipica di accesso.

Le prestazioni prioritarie

Se il trattamento differenziato dei tempi di attesa è uno strumento sicuramente efficace per la riduzione delle liste di attesa ambulatoriali, è naturale concentrare la nostra attenzione, nell'attuale fase iniziale, sulle prestazioni che presentano aspetti di significativo impatto di domanda, maggior criticità nel rispetto dei tempi di attesa, particolare valore aggiunto per il professionista, e, non ultimo, coinvolgimento emotivo per il cittadino.
Dovranno essere attivate azioni a garanzia del rispetto dei tempi massimi di attesa secondo le categorie cliniche di appartenenza per le seguenti prestazioni:

- Visite specialistiche
- Ecografie internistiche
- Ecografie muscolo/scheletrica

- Ecografie cardiovascolari (ecocardio e ecodoppler vascolare)
- Radiologia tradizionale
- TAC
- RMN
- Endoscopie

Tali prestazioni ovviamente non confluiscono tutte in modo indifferenziato nelle classi di priorità previste dal presente documento; questo infatti si riferisce specificamente alle prestazioni di primo accesso. In tal senso sono escluse dal rispetto delle classi di priorità definite nel presente documento quelle prestazioni che si caratterizzano come prestazioni di secondo accesso. (vedi parte introduttiva del presente documento sul significato della distinzione tra prestazioni di primo accesso e di secondo accesso)

Nella tabella di seguito riportata sono indicate le percentuali proposte per le classi di priorità individuate.
Sostanzialmente le prestazioni sono state divise in tre tipologie
a) quelle per le quali sono previste tre classi di priorità
b) quelle per le quali sono previste due sole classi di priorità
c) quelle per le quali è prevista una sola classe di priorità

Evidentemente a queste classi di priorità va sempre aggiunta quella che caratterizza le situazioni di emergenza che come sopra ricordato possono essere soddisfatte solo con il ricorso a modalità di accesso che garantiscono una risposta con la maggiore rapidità possibile: quindi pronto soccorso o specifici percorsi aziendali. Tale modalità ovviamente assume una peculiare impellenza per quelle prestazioni come la prima visita cardiologica o quella ginecologica.

- *Urgente (e di priorità)* mediante accesso al Pronto Soccorso o specifici percorsi aziendali
- *Attenzione* – mediante prenotazione con tempo di attesa massimo di 10 giorni.

Tale tempo di attesa rappresenta un obiettivo possibile se associato ad interventi organizzativi e funzionali quali l'accesso diretto alla prestazione di elettrocardiografia, ed elettroencefalografia, la gestione con agende dedicate e sulle quali direttamente il professionista delle seconde visite o visite di controllo effettua la prenotazione, l'implementazione di linee guida sul corretto accesso alla visita specialistica nelle discipline in oggetto. Si ritiene, quindi, necessario prevedere obiettivi differenziati nel tempo, ammettendo due anni quale tempo necessario per il raggiungimento dell'obiettivo, considerando ammissibili per il primo anno un tempo di attesa massimo di 15 giorni. Il tempo massimo ammesso si intende soddisfatto anche se disponibile in un unico punto di offerta nell'intero territorio aziendale.

Distribuzione delle prestazioni prioritarie nelle categorie di indicazione clinica
Le percentuali attese

Prestazione	quota % entro 10 giorni	quota % oltre 10 giorni	quota % oltre 30 giorni
Ecografie addome	30	40	30
Ecografia muscolotendinea	30	40	30
Ecografie cardiache	30	60	10
Holter cardiologico	30	60	10
Test cardiovascolare da sforzo	30	60	10
Diagnostica vascolare	10	30	60
RMN encefalo	50	30	20
RMN	30	50	20
TC del capo	50	30	20
TC	30	50	20
Radiologia tradizionale	40	40	20
Endoscopie	40	40	20
Visita			
Visita allergologia	15	85	
Visita chirurgia	15	85	
Visita dermatologia	15	85	
Visita gastroenterologia	15	85	
Visita neurologia	15	85	
Visita oculistica	15	85	
Visita ortopedia	15	85	
Visita otorino	15	85	
Visita pneumologia	15	85	
Visita urologica	15	85	
Visita cardiologia	100		
Visita ginecologia	100		

Accesso diretto:
Radiografia del torace
Elettrocardiogramma
Elettroencefalogramma

La situazione attuale

Di seguito sono riportati alcuni dati relativi alla situazione effettiva registrata attraverso il sistema di monitoraggi dei tempi di attesa. Queste elaborazioni forniscono indicazioni sulla attuale capacità del sistema a garantire gli obiettivi sopra indicati.

Tempi di attesa - Riepilogativo regionale per prenotazioni effettuate per prestazioni di primo contatto nel periodo aprile - agosto 2002 per classi di tempo di attesa ed obiettivi previsti. Valori percentuali.

	0-10			11-30		oltre 30	
Prestazioni	**Rilevata**	**Obiettivo**	**Scostamento**	**Rilevata**	**Obiettivo**	**Rilevata**	**Obiettivo**
Ecografia addome	28%	**30%**	*-2%*	39%	**40%**	33%	**30%**
Ecografia muscolotendinea	26%	**30%**	*-4%*	38%	**40%**	37%	**30%**
Ecografie cardiache	29%	**30%**	*-1%*	42%	**60%**	30%	**10%**
Holter cardiologico	24%	**30%**	*-6%*	41%	**60%**	36%	**10%**
Test cardiovascolare da sforzo	26%	**30%**	*-4%*	37%	**60%**	37%	**10%**
Diagnostica vascolare	21%	**10%**	*11%*	32%	**30%**	46%	**60%**
RMN encefalo	18%	**50%**	*-32%*	42%	**30%**	41%	**20%**
RMN	21%	**30%**	*-9%*	40%	**50%**	38%	**20%**
TC del capo	44%	**50%**	*-6%*	40%	**30%**	16%	**20%**
TC	35%	**30%**	*5%*	45%	**50%**	20%	**20%**
Radiologia tradizionale	43%	**40%**	*3%*	45%	**40%**	11%	**20%**
Endoscopie	32%	**40%**	*-8%*	34%	**40%**	34%	**20%**
Visita allergologica	26%	**15%**	*11%*	18%	**85%**	56%	
Visita chirurgica	72%	**15%**	*57%*	18%	**85%**	10%	
Visita dermatologica	35%	**15%**	*20%*	39%	**85%**	26%	
Visita gastroenterologica	37%	**15%**	*22%*	23%	**85%**	40%	
Visita neurologica	63%	**15%**	*48%*	18%	**85%**	19%	
Visita oculistica	23%	**15%**	*8%*	26%	**85%**	51%	
Visita generale (89.7) oculistica	45%	**15%**	*30%*	14%	**85%**	41%	
Visita ortopedica	36%	**15%**	*21%*	39%	**85%**	25%	
Visita otorinolaringoiatrica	46%	**15%**	*31%*	42%	**85%**	13%	
Visita pneumologica	55%	**15%**	*40%*	29%	**85%**	17%	
Visita urologica	40%	**15%**	*25%*	40%	**85%**	20%	
Visita cardiologica	44%	**100%**	*-56%*	34%		22%	
Visita ginecologica	59%	**100%**	*-41%*	27%		14%	

Percentuali rilevate per prestazioni ad accesso diretto

Prestazioni	**0-10**	**11-30**	**Oltre 30**
Radiografia del torace	66%	28%	6%
Elettrocardiogramma	55%	29%	16%
Elettroencefalogramma	72%	16%	12%

Elenco delle prestazioni per raggruppamento

Tempi di attesa - Elenco delle prestazioni per singolo raggruppamento

Diagnostica cardiologica

Codice Prestazione	Descrizione Prestazione
88.72.1	ecografia cardiaca
88.72.2	ecodopplergrafia cardiaca
88.72.3	ecocolordopplergrafia cardiaca

Diagnostica vascolare

Codice Prestazione	Descrizione Prestazione
88.73.5	eco(color)doppler dei tronchi sovraaortici
88.77.2	eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, fetoplacentare, arteriosa o venosa

Ecografia addome

Codice Prestazione	Descrizione Prestazione
88.74.1	ecografia dell' addome superiore
88.75.1	ecografia dell' addome inferiore
88.76.1	ecografia addome completo

Ecografia muscolotendinea

Codice Prestazione	Descrizione Prestazione
88.79.3	ecografia muscolotendinea

Elettrocardiogramma

Codice Prestazione	Descrizione Prestazione
89.52	elettrocardiogramma

Elettroencefalogramma

Codice Prestazione	Descrizione Prestazione
89.14	elettroencefalogramma

Endoscopie

Codice Prestazione	Descrizione Prestazione
45.13	esofagogastroduodenoscopia (egd)
45.16	esofagogastroduodenoscopia (egd) con biopsia
45.23	colonscopia con endoscopio flessibile
45.23.1	colonscopia - ileoscopia retrograda
45.24	sigmoidoscopia con endoscopio flessibile
48.23	proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido

Holter cardiologico

Codice Prestazione	Descrizione Prestazione
89.50	elettrocardiogramma dinamico

Radiografia del torace

Codice Prestazione	Descrizione Prestazione
87.44.1	radiografia del torace di routine, nas

Radiologia tradizionale

Codice Prestazione	Descrizione Prestazione
87.09.1	radiografia dei tessuti molli della faccia, del capo e del collo
87.12.1	teleradiografia del cranio
87.16.1	altra radiografia di ossa della faccia
87.17.1	radiografia del cranio e dei seni paranasali
87.17.2	radiografia della sella turcica
87.22	radiografia della colonna cervicale
87.23	radiografia della colonna toracica (dorsale)
87.24	radiografia della colonna lombosacrale
87.29	radiografia completa della colonna
87.43.1	radiografia di coste, sterno e clavicola
87.43.2	altra radiografia di coste, sterno e clavicola
88.21	radiografia della spalla e dell' arto superiore
88.22	radiografia del gomito e dell' avambraccio
88.23	radiografia del polso e della mano
88.26	radiografia di pelvi e anca
88.27	radiografia del femore, ginocchio e gamba
88.28	radiografia del piede e della caviglia
88.29.1	radiografia completa degli arti inferiori e del bacino sotto carico
88.29.2	radiografia assiale della rotula

RMN

Codice Prestazione	Descrizione Prestazione
88.91.3	risonanza magnetica nucleare (rm) del massiccio facciale
88.91.4	risonanza magnetica nucleare (rm) del massiccio facciale, senza e con contrasto
88.91.6	risonanza magnetica nucleare (rm) del collo
88.91.7	risonanza magnetica nucleare (rm) del collo, senza e con contrasto
88.92	risonanza magnetica nucleare (rm) del torace
88.92.1	risonanza magnetica nucleare (rm) del torace, senza e con contrasto
88.92.7	risonanza magnetica nucleare (rm) della mammella, senza e con contrasto - monolaterale
88.93	risonanza magnetica nucleare (rm) della colonna
88.93.1	risonanza magnetica nucleare (rm) della colonna, senza e con contrasto
88.94.1	risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica
88.94.2	risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica, senza e con contrasto
88.95.1	risonanza magnetica nucleare (rm) dell'addome superiore
88.95.2	risonanza magnetica nucleare (rm) dell'addome superiore, senza e con contrasto
88.95.4	risonanza magnetica nucleare (rm) dell'addome inferiore e scavo pelvico
88.95.5	risonanza magnetica nucleare (rm) dell'addome inferiore e scavo pelvico, senza e con contrasto

RMN encefalo

Codice Prestazione	Descrizione Prestazione
88.91.1	risonanza magnetica nucleare (rm) dell'encefalo e del tronco encefalico
88.91.2	risonanza magnetica nucleare (rm) dell'encefalo e del tronco encefalico, senza e con contrasto

TC

Codice Prestazione	Descrizione Prestazione
87.03.2	tomografia computerizzata (tc) del massiccio facciale
87.03.3	tomografia computerizzata (tc) del massiccio facciale, senza e con contrasto
87.03.5	tomografia computerizzata (tc) dell' orecchio
87.03.6	tomografia computerizzata (tc) dell' orecchio, senza e con contrasto
87.03.7	tomografia computerizzata (tc) del collo
87.03.8	tomografia computerizzata (tc) del collo, senza e con contrasto
87.41	tomografia computerizzata (tc) del torace
87.41.1	tomografia computerizzata (tc) del torace, senza e con contrasto
88.01.1	tomografia computerizzata (tc) dell' addome superiore
88.01.2	tomografia computerizzata (tc) dell' addome superiore, senza e con contrasto
88.01.3	tomografia computerizzata (tc) dell' addome inferiore
88.01.4	tomografia computerizzata (tc) dell' addome inferiore, senza e con contrasto
88.01.5	tomografia computerizzata (tc) dell' addome completo
88.01.6	tomografia computerizzata (tc) dell' addome completo, senza e con contrasto
88.38.1	tomografia computerizzata (tc) del rachide e dello speco vertebrale

Codice Prestazione	Descrizione Prestazione
88.38.2	tomografia computerizzata (tc) del rachide e dello speco vertebrale, senza e con contrasto
88.38.3	tomografia computerizzata (tc) dell' arto superiore
88.38.4	tomografia computerizzata (tc) dell' arto superiore, senza e con contrasto
88.38.5	tomografia computerizzata (tc) del bacino
88.38.6	tomografia computerizzata (tc) dell' arto inferiore
88.38.7	tomografia computerizzata (tc) dell' arto inferiore, senza e con contrasto
88.90.3	tomografia computerizzata (tc) del rachide e dello speco vertebrale

TC del capo

Codice Prestazione	Descrizione Prestazione
87.03	tomografia computerizzata (tc) del capo
87.03.1	tomografia computerizzata (tc) del capo, senza e con contrasto

Test cardiovascolare da sforzo

Codice Prestazione	Descrizione Prestazione
89.43	test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro

Visita allergologica

Codice Prestazione	Descrizione Prestazione
001	Allergologia

Visita cardiologica

Codice Prestazione	Descrizione Prestazione
008	Cardiologia

Visita chirurgica

Codice Prestazione	Descrizione Prestazione
009	Chirurgia generale

Visita dermatologica

Codice Prestazione	Descrizione Prestazione
052	Dermatologia

Visita gastroenterologica

Codice Prestazione	Descrizione Prestazione
058	Gastroenterologia

Visita generale (89.7) oculistica

Codice Prestazione	Descrizione Prestazione
034	Oculistica

Visita ginecologica

Codice Prestazione	Descrizione Prestazione
89.26	visita ginecologica

Visita neurologica

Codice Prestazione	Descrizione Prestazione
032	Neurologia

Visita oculistica

Codice Prestazione	Descrizione Prestazione
95.02	esame complessivo dell'occhio

Visita ortopedica

Codice Prestazione	Descrizione Prestazione
036	Ortopedia e traumatologia

Visita otorinolaringoiatrica

Codice Prestazione	Descrizione Prestazione
038	Otorinolaringoiatria

Visita pneumologica

Codice Prestazione	Descrizione Prestazione
068	Pneumologia

Visita urologica

Codice Prestazione	Descrizione Prestazione
043	Urologia

Accessi alle prestazioni per raggruppamento. Valori assoluti e percentuali anno 2001
Escluse le prestazioni di laboratorio, riabilitazione ed odontostomatologia)

Raggruppamenti	Numero accessi	Percentuale
Altre prestazioni	4.573.394	43,76 %
Diagnostica cardiologica	125.096	1,20 %
Diagnostica vascolare	161.425	1,54 %
Ecografia addome	327.648	3,14 %
Ecografia muscolotendinea	22.638	0,22 %
Elettrocardiogramma	417.837	4,00 %
Elettroencefalogramma	20.831	0,20 %
Endoscopie	65.546	0,63 %
Holter cardiologico	37.301	0,36 %
Radiografia del torace	253.934	2,43 %
Radiologia tradizionale	1.139.431	10,90 %
RMN	94.339	0,90 %
RMN encefalo	28.433	0,27 %
TC	131.558	1,26 %
TC del capo	49.254	0,47 %
Test cardiovascolare da sforzo	31.918	0,31 %
Visita allergologica	8.130	0,08 %
Visita cardiologica	208.311	1,99 %
Visita chirurgia generale	82.854	0,79 %
Visita dermatologica	114.008	1,09 %
Visita gastroenterologica	15.372	0,15 %
Visita generale (89.7) oculistica	6.145	0,06 %
Visita ginecologica	111.690	1,07 %
Visita neurologica	1.551	0,01 %
Visita oculistica	354.991	3,40 %
Visita ortopedica	214.537	2,05 %
Visita otorinolaringoiatrica	147.211	1,41 %
Visita pneumologica	28.906	0,28 %
Visita urologica	37.483	0,36 %
Visite altre specialità	1.224.913	11,72 %
Visite non attribuibili	413.488	3,96 %
Totale	**10.450.173**	**100,00 %**

Note in merito agli specifici modelli organizzativi inerenti il sistema di prenotazione/erogazione per le prestazioni specialistiche appartenenti alla classe di priorità " con il minor tempo possibile"

Il documento "progetto per una qualità sostenibile" propone modalità organizzative e di percorso per la risposta a problemi diagnostici da avviare in ambiti temporali categorizzati in tre fasce di priorità crescente: questa classificazione del bisogno ha come obiettivo una maggiore efficienza ed efficacia del rapporto domanda / offerta.

La metodologia usata nel determinare la distribuzione delle percentuali di prestazioni nelle relative classi e la loro condivisione quantitativa con i prescrittori, faciliteranno la gestione del sistema, nel contempo aumentando la qualità del processo assistenziale e mantenendo i parametri di sensibilità e specificità entro livelli soddisfacenti.

Correttamente è stato rilevato come quanto proposto, non avendo affrontato, per scelta metodologica, l'aspetto della emergenza/urgenza, possa determinare, nella gestione di una quota di bisogno, una possibile diminuzione di sensibilità se non vengono previsti opportuni correttivi. Specificamente, nella fascia di priorità 0-10 giorni, è stato sottolineato come questo intervallo di tempo può non esaudire la necessità di risposte assistenziali da soddisfare non "immediatamente" ma "nel più breve tempo possibile". Il sistema prescrittore, potrà tendere, quindi, ad utilizzare, quale garanzia per un agire in sicurezza, i Servizi di emergenza/urgenza Ospedalieri, quale percorso improprio ma semplificato per problemi non effettivamente urgenti.

Un percorso correttamente disegnato per la risposta nel minor tempo possibile a prestazioni prescritte si relaziona fino a significative sovrapposizioni con l'area di offerta del Pronto Soccorso, impropriamente utilizzata per bisogni di urgenza minore ancorchè la prima si generi a seguito di una valutazione medica e la seconda spontaneamente come traduzione soggettiva di un bisogno ritenuto prioritario.

D'altra parte il giudizio di inappropriatezza del livello assistenziale erogante una, o più, prestazioni presuppone la disponibilità reale, non solo classificatoria, di una opzione alternativa più consona al bisogno, la quale deve essere messa a disposizione del professionista e del cittadino con la migliore fruibilità possibile.

Le " ... specifiche modalità organizzative ", menzionate nel Progetto per una Qualità sostenibile, individuano uno spazio progettuale per modelli organizzativi e funzionali innovativi necessari ad una efficiente disponibilità delle prestazioni contenute nella classe di priorità nel minor tempo possibile e utili per delineare forme di continuità assistenziale tali da diminuire l'attuale, eccessivo, accesso al Pronto Soccorso.

Nell'attuale scenario della sanità pubblica italiana il costante incremento delle attività di Pronto soccorso/DEA per patologie di minor gravità rappresenta una criticità ed una sfida prima culturale che organizzativa che può essere affrontata, a nostro parere, con una rimodulazione dell'offerta costruita sull'equilibrio di entrambe le componenti. Elementi essenziali di riferimento per l'implementazione di livelli organizzativi assistenziali appropriati sono rappresentati da:

- La centralità del sistema di invio incentrato sul Medico di Medicina generale.

- L'accettazione di tale modalità da parte del cittadino attraverso l'educazione ed il riconoscimento del crescente livello di affidabilità e di rispondenza dei medici di famiglia, conseguibile, anche, con modelli funzionali e strutturali capaci di soddisfare necessità assistenziali in fase acuta.

- Una visione unitaria del sistema sanitario inteso come insieme di tutti i bisogni e di tutte le possibilità di risposta presenti all'interno del sistema stesso.

Nel rispetto dell'autonomia di ogni Azienda le specifiche modalità organizzative adottate dovranno, quindi, soddisfare alcuni requisiti organizzativi e funzionali che definiscono il profilo di qualità del sistema erogatore per le prestazioni contenute nella classe di priorità il minor tempo possibile.

Presa in carico del bisogno: privilegiare modelli funzionali/organizzativi che facilitino l'intercettazione del bisogno da parte del Medico di Medicina Generale o di Continuità assistenziale.

Linee di intervento.

Razionalizzare il sistema dell'offerta in modo tale da garantire risposte efficaci , anche per tipologie di complessità assistenziali per la cui risposta siano necessarie, oltre la valutazione clinica, prestazioni strumentali di primo livello.

Accordo AUSL e MM.GG su:

- Definizione delle branche specialistiche e/o delle tipologie di prestazioni interessate.
- Definizione delle percentuali attese.
- Definizione dei punti di erogazione per zona di attività MM.GG (mappa).

Modalità

- Prenotazione diretta del medico prescrittore con overbooking concordato sulle prestazioni disponibili nella classe di priorità 0-10 giorni.

- Equipe integrate MM.GG e Specialisti.

- Numero telefonico dedicato specialista

- Specifici modelli organizzativi locali, nel rispetto della presa in carico diretta.

Allegato B

I tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali

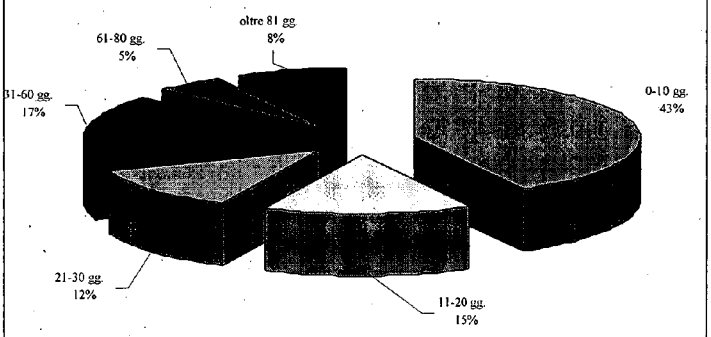
In Regione Toscana è presente un sistema di monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali che vede impegnate le Aziende sanitarie, entro il 15° giorno di ogni mese, alla trasmissione dei dati riferiti alle prenotazioni effettuate nel mese immediatamente precedente. Tutti i dati del sistema di monitoraggio sono generati dai sistemi informatizzati che gestiscono le attività di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali (Centri Unificati di Prenotazione - CUP). Ciascuna Azienda sanitaria toscana è dotata di un proprio CUP aziendale, nel quale, a livello di Azienda unità sanitaria locale, sono inglobate anche le attività rese dalle strutture private accreditate presenti sul territorio, anche se ad oggi in maniera diversificata tra le varie Aziende. Nelle tre realtà urbane di Firenze, Pisa e Siena, nelle quali sono presenti sia Aziende uu.ss.ll. che Aziende ospedaliere, la prenotazione delle prestazioni ambulatoriali può essere effettuata da qualunque punto di prenotazione sia presso i presidi dell'Azienda u.s.l. che presso i presidi dell'Azienda ospedaliera, anche in questo caso con alcune diversificazioni tra una realtà e l'altra. E' inoltre stato avviato un processo di integrazione dei sistemi di prenotazioni a livello di Area Vasta.
Le analisi che seguono sono originate dal sistema di monitoraggio regionale e non prendono in considerazione le prestazioni di laboratorio analisi, che in Regione Toscana vengono erogate senza necessità di prenotazione e, pertanto con accesso diretto da parte dell'utente il quale, dietro presentazione di prescrizione, trova immediatamente soddisfatta l'erogazione della prestazione di cui necessita.
Nella successiva Tabella 1 sono riportati i volumi complessivi di prestazioni prenotate nell'anno 2003 in Regione Toscana, con una distribuzione per classi di tempo di attesa e l'indicazione della relativa percentuale di soddisfazione.

Tabella 1 - Anno 2003. Prestazioni prenotate per classi di tempo di attesa. Valori assoluti e percentuali

Classe di tempo di attesa	Valore assoluto	Valore %
0-10 gg.	2.628.033	41,91%
11-20 gg.	962.255	15,34%
21-30 gg.	773.691	12,34%
31-60 gg.	1.093.992	17,45%
61-80 gg.	307.316	4,90%
oltre 81 gg.	505.794	8,06%
Totale prenotazioni Anno 2003	**6.271.081**	**100,00%**

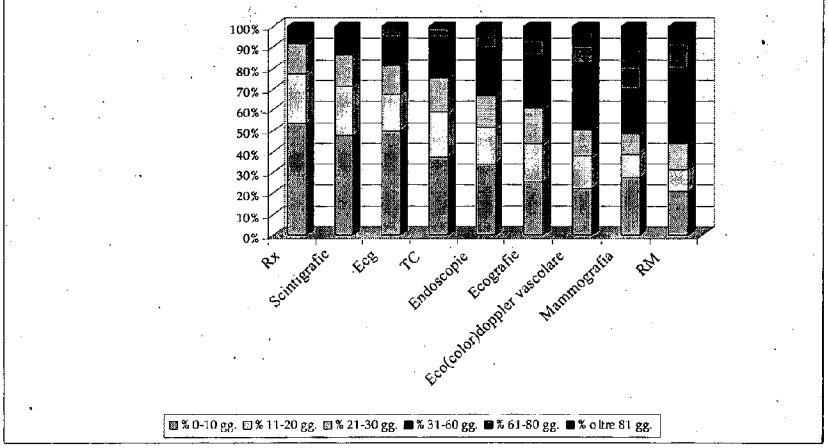
Oltre l'80% delle prestazioni vengono garantite entro i 60 giorni di attesa; di particolare rilievo risulta la quota di prestazioni che vengono garantite entro i 10 giorni di attesa (oltre il 40%). Si evidenzia che in tale analisi sono comprese in maniera indistinta sia le prestazioni che costituiscono un primo accesso sia quelle che costituiscono accessi successivi al primo. Il primo accesso è riferito alla prestazione con la quale l'utente entra per la prima volta in contatto con il servizio sanitario per un particolare quesito diagnostico, mentre il secondo accesso è riferito ad ulteriori prestazioni proposte dallo specialista che ha erogato la prestazione di primo accesso e che ha già provveduto ad effettuare un inquadramento clinico del paziente; in quest'ultima fattispecie rientrano ad esempio le prestazioni di controllo.

Figura 1 - Anno 2003. Percentuale di prestazioni prenotate per classi di tempo di attesa



Nella Figura 1 è riportata la rappresentazione grafica delle percentuali di prestazioni prenotate per classe di tempo di attesa.

Figura 2 - Anno 2003. Percentuali di prestazioni prenotate per raggruppamento e per classi di tempi di attesa.



Nella Figura 2 è riportata la composizione percentuale di soddisfazione per classi di tempo di attesa per alcuni raggruppamenti di prestazioni, ritenuti particolarmente significativi.

Risultano garantite entro i 60 giorni di attesa:

- Oltre il 90% delle seguenti prestazioni:
  - Radiografie (99%)
  - Scintigrafie (98%)
  - Elettrocardiogramma (95%)
  - Tomografie computerizzate (95%)
- Oltre l'80% delle seguenti prestazioni:
  - Endoscopie (89%)
  - Ecografie (86%)
  - Eco(color)doppler vascolare (82%)
- L'80% delle Risonanze magnetiche
- Il 70% delle Mammografie

Con riferimento al documento prodotto dal tavolo di monitoraggio LEA, a seguito dell'accordo stilato in Conferenza Stato-Regioni il 14 febbraio 2002, viene di seguito presentata la situazione che risulta nell'anno 2003 in Regione Toscana per le prestazioni selezionate nello stesso documento. Nella Figura 3 sono riportate le percentuali di soddisfazione a livello toscano per le prestazioni per le quali è previsto un tempo massimo di attesa di 60 giorni, mentre nella Figura 4 sono riportate le percentuali di soddisfazione a livello toscano per le prestazioni per le quali è previsto un tempo massimo di attesa di 30 giorni. Il documento prevedeva che l'80% delle prestazioni doveva essere garantito entro 60 giorni per le prestazioni di diagnostica ed entro 30 giorni per le visite specialistiche.

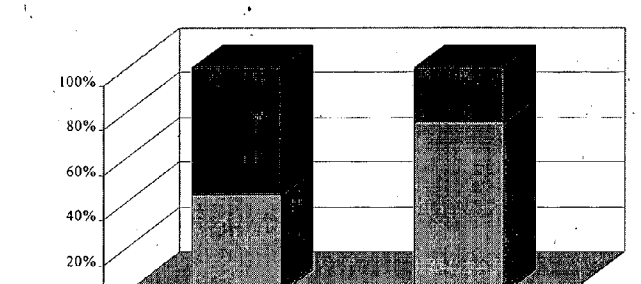
Figura 3 - Anno 2003. Prestazioni traccianti. Valori percentuali delle prenotazioni per classi di tempo di attesa



	Ecografia addome	Esofagogastroduodenoscopia	RM colonna	TC del capo
% oltre 60 gg.	8,87%	6,16%	19,57%	2,76%
% entro 60 gg.	91,13%	93,84%	80,43%	97,24%

Per le prestazioni di diagnostica l'obiettivo è stato pienamente raggiunto.

Figura 4 - Anno 2003. Prestazioni traccianti: Visite. Valori percentuali delle prenotazioni per classi di tempo di attesa



	Visita oculistica	Visita cardiologica
% oltre 30 gg.	56,41%	24,16%
% entro 30 gg.	43,59%	75,84%

Per le visite specialistiche la situazione è critica per quelle oculistiche, anche se da alcune verifiche effettuate in via informale risulta che una quota significativa di tali visite sono in realtà relative a prestazioni di controllo e come tali non dovrebbero rientrare nella definizione delle prestazioni che devono essere garantite entro i 30 giorni. Sostanzialmente raggiunto l'obiettivo per le visite cardiologiche.

Va sottolineato come la modalità di rilevazione adottata in Toscana rende estremamente sensibile il sistema di valutazione dei tempi di attesa. Tale sensibilità risente ad esempio della difficoltà da parte delle aziende sanitarie di diversificare in modo sistematico sui volumi generati, la distinzione

tra prestazioni di primo accesso e prestazioni di secondo accesso (diversificazione che ovviamente deve avvenire in modo specifico per ogni singola prestazione). Al contrario nei sistemi che si basano su una rilevazione campionaria (come ad esempio il modello di rilevazione adottata dall'Agenzia dei servizi sanitari nazionale che si basa su una rilevazione a giorno indice) la possibilità di effettuare rilevazioni specializzate, consente di selezionare la tipologia di prestazioni e quindi di escludere le prestazioni di secondo accesso. Del resto il limite di tali sistemi (non basati su estrazioni massicce di dati dai sistemi informatici) è determinato dalla impossibilità di rendere oggettiva la misurazione e quindi di utilizzare sistemi di rilevazione fortemente legati alle valutazioni soggettive degli stessi soggetti misurati. In tal senso la rilevazione adottata in Toscana può generare valori meno positivi di quelli rilevati presso altre realtà regionali, ma sicuramente questa rilevazione si basa su un sistema di misura molto più oggettivo e meno influenzabile da comportamenti soggettivi.



REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 10-12-2001 (*punto N.* **31**)

Delibera *N* .**1351** *del* **10-12-2001**

Proponente
ENRICO ROSSI

DIPARTIMENTO DIRITTO ALLA SALUTE E DELLE POLITICHE DI SOLIDARIETA'

Pubblicita'/Pubblicazione: Atto soggetto a pubblicazione integrale
Dirigente Responsabile:Emanuele Giusti
Estensore: Laura Scavetta
Oggetto:
Monitoraggio dei tempi di attesa: modifiche ed integrazioni alla D.G.R. 418 del 23 aprile 2001.

Presidente della seduta: CLAUDIO MARTINI
Segretario della seduta: CARLA GUIDI

Presenti:

TITO BARBINI	PAOLO BENESPERI	AMBROGIO BRENNA
RICCARDO CONTI	TOMMASO FRANCI	MARCO MONTEMAGNI
ANGELO PASSALEVA	ENRICO ROSSI	MARIA CONCETTA ZOPPI

Assenti:
CHIARA BONI SUSANNA CENNI

ALLEGATI N°: 1

ALLEGATI:

Denominazione	*Pubblicazione*	*Tipo di trasmissione*	*Riferimento*
1	Si	Cartaceo+Digitale	Allegato

STRUTTURE INTERESSATE:

Tipo	*Denominazione*
Dipartimento - A.Ex.Dip.	DIPARTIMENTO DIRITTO ALLA SALUTE E DELLE POLITICHE DI SOLIDARIETA'

Note: ATTO MODIFICATO CON DELIBERAZIONE G.R.T. N. 45 DEL 26.1.2004.

LA GIUNTA REGIONALE

Visto l'art. 3, comma 10 del D.lgs 124/98, che impegna le Regioni a disciplinare i criteri cui dovranno attenersi i Direttori generali delle Aziende USL e delle Aziende ospedaliere nella individuazione dei tempi massimi di attesa per le prestazioni indicate ai commi 3 e 4 dell'articolo citato;

Viste le proprie precedenti deliberazioni n. 851 del 27/07/98, n. 1014 del 14/09/98 e n. 245 del 1/03/00, inerenti la rideterminazione dei tempi massimi per l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e per la gestione delle liste di attesa;

Vista, altresì, la propria successiva delibera n. 418 del 23/04/01, con la quale è stato introdotto un nuovo sistema di monitoraggio, al fine di adeguare il sistema definito dai precedenti provvedimenti deliberativi alle evoluzioni intervenute in termini di specificità della rilevazione e di standardizzazione dei processi per la generazione delle informazioni a livello aziendale;

Rilevato che risulta necessario apportare alcune modifiche ed integrazioni all'allegato alla delibera sopra citata, in modo da rendere il sistema di monitoraggio più coerente con le nuove esigenze che si sono venute a creare con l'utilizzazione da parte regionale di strumenti ancora più raffinati per l'analisi del fenomeno delle liste di attesa;

Precisato che le variazioni sono contenute nell'allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente atto deliberativo, il quale sostituisce integralmente l'allegato A alla delibera G.R. n. 418/01, ferme restando le altre determinazioni contenute nei precedenti citati provvedimenti deliberativi;

Ricordato che i programmi sulla riduzione delle liste di attesa possono costituire elemento di valutazione per i Direttori generali e che il reiterato mancato rispetto dei tempi massimi previsti si considera violazione del principio di buon andamento sanzionabile ai sensi dell'art. 3bis, comma 7 del D.lgs. 229/99;

A VOTI UNANIMI

DELIBERA

1) di approvare l'allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento deliberativo, che sostituisce l'allegato A alla delibera G.R. 418/01;

2) di stabilire che il sistema di monitoraggio di cui all'allegato 1 al presente provvedimento sarà applicato a partire dal mese di gennaio 2002, per cui il primo invio dei dati secondo le specifiche contenute nel nuovo tracciato dovrà avvenire, in base alla tempistica introdotta con la delibera G.R. 418/01, entro il 15 febbraio 2002.

3) di pubblicare il presente provvedimento e l'allegato, parte integrante del medesimo, ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. g), della L.R. 15.03.1996 n. 18.

LS/gp

SEGRETERIA DELLA GIUNTA
IL COORDINATORE
VALERIO PELINI

Il Dirigente Responsabile
EMANUELE GIUSTI

Il Coordinatore
MARIO ROMERI