

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 risposta che genera un tempo di attesa estremamente 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, a 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 delle 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 quali 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 abbia bisogno di ulteriori elementi di valutazione ad esempio di una prestazione di ecocardiogramma, 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 1^a 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 1^a disponibilità**, cioè il presidio sul quale il sistema di prenotazione propone la prenotazione; tale informazione è importante anche perché la 1^a 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 1^a 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 prioritizzazione 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'edificio 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.