

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 prestazione per quell'utente dovrà essere garantita entro un tempo massimo specifico. Il sistema di prenotazione dovrà quindi essere in grado di riportare 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 partecipazione 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 applicazioni 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 deve 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 FRONCI	MARCO MONTEMAGNI	ENRICO ROSSI
MARIA CONCETTA ZOPPI		

Assenti:

ANGELO PASSALEVA

Presidente della seduta: CLAUDIO MARTINI

Segretario della seduta: CARLA GUIDI

ALLEGATI N°: 1

ALLEGATI:

<i>Denominazione</i>	<i>Pubblicazione</i>	<i>Tipo di trasmissione</i>	<i>Riferimento</i>
A	Si	Cartaceo+Digitale	Allegato A

STRUTTURE INTERESSATE:

<i>Tipo</i>	<i>Denominazione</i>
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

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'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

È 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:

XIV LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

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	Tip	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:

- validazione delle informazioni
- analisi delle informazioni
- pubblicazione delle informazioni