

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:

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 FRONCI	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 SOLIDARIETÀ

Note:

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 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'utente 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'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 prenotabile (o 1^a 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 1^a 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 1^a 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 1^a 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 1^a 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 e/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 1^a 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 "0" 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.