

La struttura dei dati

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

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

XIV LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

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

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

Tabelle di riferimento

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

In particolare:

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

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

Procedure regionali

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

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

a) validazione delle informazioni

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

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

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

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

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

b) analisi delle informazioni

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

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

Tali indicatori saranno analizzati:

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

c) pubblicazione delle informazioni

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

Adempimenti accessori

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

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

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

r.tortolini@regione.toscana.it



**REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE**

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

Delibera

N.619 del 11-06-2001

Proponente

ENRICO ROSSI

DIPARTIMENTO DIRITTO ALLA SALUTE E DELLE POLITICHE DI SOLIDARIETA'

Pubblicita'/Pubblicazione: Atto soggetto a pubblicazione integrale

Dirigente Responsabile: Emanuele Giusti

Estensore: Laura Scavetta

Oggetto:

Sistemi di prenotazione informatizzati (CUP): determinazioni.

Presenti:

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

Presidente della seduta: CLAUDIO MARTINI

Segretario della seduta: CARLA GUIDI

STRUTTURE INTERESSATE:

| <i>Tipo</i> | <i>Denominazione</i> |
|--------------------------|--|
| Dipartimento - A.Ex.Dip. | DIPARTIMENTO DIRITTO ALLA SALUTE E DELLE POLITICHE DI SOLIDARIETA' |

Note:

LA GIUNTA REGIONALE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A voti unanimi

Delibera

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

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

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

- a) le prestazioni ad accesso diretto in senso stretto, intendendo quelle per le quali l'utente accede alla prestazione senza la ricetta medica
 - b) le prestazioni ad accesso diretto in senso lato, intendendo quelle per le quali, sebbene sia richiesta la prescrizione medica, l'azienda organizza la propria attività per consentire al cittadino di rivolgersi alla struttura di erogazione direttamente senza fase di prenotazione e di ricevere immediatamente la relativa prestazione;
- 4) tutti gli operatori che svolgono attività nelle aziende sanitarie pubbliche, sono tenuti a pianificare la propria attività, relativamente alle prestazioni specialistiche ambulatoriali ad eccezione di quelle di cui al punto 3), mediante la loro inclusione nelle agende informatizzate;
- 5) tutte le aziende sanitarie sono tenute a comunicare ai cittadini che accedono ai punti di prenotazione le opzioni che il sistema mette loro a disposizione; in particolare:
- nella comunicazione deve essere in ogni caso individuata almeno una data prenotabile
 - per poter effettuare la prenotazione l'utente deve essere portato a conoscenza di tutti i presidi che erogano la prestazione e dei relativi tempi di attesa all'interno del territorio dell'azienda USL e, ove insiste una azienda ospedaliera, in integrazione con l'azienda ospedaliera stessa nei termini previsti dal successivo punto 9); i tempi di attesa devono essere comunque compatibili con i tempi di attesa predeterminati per le singole prestazioni secondo le disposizioni regionali vigenti;
 - l'utente deve altresì essere informato sui tempi standard di refertazione per la o le prestazioni richieste
- 6) i direttori generali delle Aziende sanitarie regionali sono tenuti al puntuale adempimento degli impegni, delle scadenze e delle specifiche previste dal presente atto. La regolamentazione della materia, il puntuale adempimento delle direttive impartite e il raggiungimento degli obiettivi fissati, con particolare riferimento a quelli indicati ai punti 1), 4), 5), costituiscono obiettivi rilevanti ai fini della valutazione dell'attività dei Direttori generali, prevista all'art. 3-bis del D.lgs. 19 giugno 1999 n. 229, nonché per l'erogazione degli incentivi economici;
- 7) tutte le aziende sanitarie sono impegnate a verificare la quota di prenotazioni che non determina la effettiva erogazione della medesima a causa della mancata presentazione dell'assistito nel giorno programmato. Nel caso in cui tale quota presenti valori significativamente alti che concorrono al superamento dei tempi massimi di attesa definiti, le aziende, in forma singola o associata, attivano tutti gli strumenti necessari (tra i quali anche call center aziendali o interaziendali) per ricondurre il fenomeno entro valori tollerabili.

Entro 45 giorni dall'adozione del presente atto saranno fornite alle aziende sanitarie indicazioni in materia

- 8) dalla scadenza dei termini rispettivamente previsti ai precedenti punti 1) e 2), le prestazioni erogate in assenza di prenotazione tramite CUP non saranno computate ai fini finanziari nei volumi di pertinenza del Servizio sanitario regionale, fatta eccezione per le prestazioni indicate al precedente punto 3. Tale principio si applica sia nei confronti delle aziende ospedaliere che delle aziende USL.

Con successivo atto deliberativo sarà definita la specifica regolamentazione del principio indicato nel presente punto, anche in riferimento ai sistemi di informazione ai cittadini sulle modalità e sulle tipologie di erogazione delle prestazioni ad accesso diretto (ad esempio programmi di screening e controllo programmato, prestazioni di largo utilizzo e semplice esecuzione – esami ematoclinici di routine, raccolta di materiale biologico, ecc.), nonché delle modalità di comunicazione alla Regione, di tali prestazioni ai fini della corretta applicazione del presente punto 8;

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

Al fine di consentire l'integrazione delle agende, la regione attiva specifici interventi nei confronti delle aziende sanitarie per la definizione, nell'ambito delle prestazioni specialistiche ambulatoriali contenute nel nomenclatore regionale, di una catalogo comune delle prestazioni prenotabili;

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

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

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

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

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

SEGRETERIA DELLA GIUNTA
IL COORDINATORE
VALERIO PELINI

Il Dirigente Responsabile
EMANUELE GIUSTI

Il Coordinatore
MARIO ROMERI



**REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE**

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

Delibera

N.649

del 30-06-2003

PropONENTE

ENRICO ROSSI

DIPARTIMENTO DIRITTO ALLA SALUTE E DELLE POLITICHE DI SOLIDARIETA'

Pubblicita'/Pubblicazione: Atto soggetto a pubblicazione integrale

Dirigente Responsabile: Emanuele Giusti

Estensore: Emanuele Giusti

Oggetto:

Linee guida per la definizione del sistema di accesso alle prestazioni di ricovero ospedaliero.

Presidente della seduta: CLAUDIO MARTINI

Segretario della seduta: CARLA GUIDI

Presenti:

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

Assenti:

| | |
|--------------|-----------------|
| TITO BARBINI | AMBROGIO BRENNA |
|--------------|-----------------|

ALLEGATI N°: I

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:

LA GIUNTA REGIONALE

Premesso che:

- il Servizio sanitario toscano, assicuratore unico per tutti i cittadini/e, fonda la propria organizzazione e sostenibilità su una programmazione basata sui dati e sulle conoscenze, al fine di rendere possibili le scelte strategiche individuate, quali l'appropriatezza, nei suoi assi definitori di livello organizzativo e di tempo appropriato di erogazione dell'assistenza, e di garantire, quale valore portante dell'organizzazione, il corretto sviluppo del percorso assistenziale assicurando al cittadino/a la continuità assistenziale, la conoscenza e l'informazione sull'intera possibilità di scelta nell'ambito territoriale di riferimento;
- con proprie precedenti deliberazioni n.851 del 27/07/98, n.1014 del 14/09/98 e n.245 del 1/03/00, inerenti la rideterminazione dei tempi massimi per l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e per la gestione delle liste di attesa, e successive n.418 del 23/04/01 e n.1351 del 10/12/2001, concernenti un nuovo sistema di monitoraggio delle liste di attesa, la Giunta Regionale ha ridefinito il sistema di prenotazione e di erogazione delle prestazioni specialistiche sul territorio regionale;

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

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

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

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

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

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