

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

A voti unanimi

DELIBERA

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

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

EG/gp

SEGRETERIA DELLA GIUNTA
IL COORDINATORE
VALERIO PELINI

Il Dirigente Responsabile
EMANUELE GIUSTI

Il Coordinatore
ALDO ANCONA

DGR 649/2003 All.

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

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

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

Definizione operative e principi di riferimento .

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

Tipologie di regime previste per la funzione di ricovero ospedaliero:

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

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

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

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

Elementi teorici di complessità.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il percorso e le azioni necessarie.

Gruppo di lavoro regionale:

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

Gruppo di lavoro di Presidio ospedaliero aziendale.

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

Direzione Sanitaria aziendale.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Competenze di area vasta

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

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

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

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

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

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

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

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

Il **Gruppo di lavoro** dovrà indicare, rispettando, comunque, nel merito autonome scelte aziendali, un possibile modello organizzativo e funzionale, per le fasi di prenotazione delle prestazioni di ricovero e gestione delle liste di attesa, che risponda sia alle esigenze di architettura tecnologica sia alle attese di valore aggiunto sul risultato attuale del processo di presa in carico della domanda di ricovero.

E' evidente che il mandato del **Gruppo di lavoro** deve confrontarsi, ed integrarsi, con i progetti di profonda trasformazione del Sistema prenotativo per la specialistica ambulatoriale in atto nella nostra Regione, sviluppando sinergie funzionali e concettuali, per non aggiungere, alla rete comunicativa, nodi strutturali di difficile modifica successiva.

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

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

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



**REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE**

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

Delibera

N.734

del 15-07-2002

Proponente

ENRICO ROSSI

DIPARTIMENTO DIRITTO ALLA SALUTE E DELLE POLITICHE DI SOLIDARIETA'

Pubblicita'/Pubblicazione: Atto soggetto a pubblicazione integrale

Dirigente Responsabile: Emanuele Giusti

Estensore: Emanuele Giusti

Oggetto:

Approvazione quadro sperimentazione progetto M.I.R (Medici in rete).

Presidente della seduta: CLAUDIO MARTINI

Segretario della seduta: CARLA GUIDI

Presenti:

TITO BARBINI

PAOLO BENESPERI

CHIARA BONI

AMBROGIO BRENNA

SUSANNA CENNI

RICCARDO CONTI

TOMMASO FRONCI

MARCO MONTEMAGNI

ANGELO PASSALEVA

ENRICO ROSSI

MARIA CONCETTA ZOPPI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Constatato che l'intervento in questione coinvolge numerosi aspetti:

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

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

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

A VOTI UNANIMI

DELIBERA

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

EG/sl

SEGRETARIO DELLA GIUNTA
IL COORDINATORE
VALERIO PELINI

Il Dirigente Responsabile
EMANUELE GIUSTI

Il Dirigente Responsabile
LAURA TRAMONTI

Il Coordinatore
MARIO ROMERI

DGR 734/2002 All.

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

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

Premessa

Tipologie di servizi da fornire:

- a) Prenotazione telematica delle prestazioni sanitarie.
- b) Anagrafica degli assistiti del medico di medicina generale
- c) Banca-dati sulla normativa
- d) Ritorno del referto al medico di medicina generale.
- e) Segnalazione ricoveri ospedalieri.
- f) Trasmissione della documentazione amministrativa
- g) Forum
- h) Servizio di posta elettronica, siti Web e Links
- i) Servizio di data hosting

Arearie di intervento aperte.

Aspetti normativi di carattere generale

Aspetti normativi specifici relativi alle caratteristiche dei fruitori dei servizi.

Aspetti tecnico-organizzativi inerenti ai sistemi aziendali.

Aspetti tecnici specifici

Aspetti relativi alla formazione dei fruitori dei servizi

Organizzazione del lavoro.

Fasi generali del progetto

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

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

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

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

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

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

Premessa

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

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

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

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

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

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