

Per le prestazioni che non prevedono prenotazione, il tempo di attesa si intende uguale a zero. Rientrano in questa casistica le prestazioni erogate ad accesso diretto, tramite pronto soccorso o comunque con sistemi che non prevedono la fase di prenotazione. Il presupposto essenziale per la segnalazione del valore del tempo di attesa pari a zero è che la prestazione sia erogata contestualmente alla presentazione dell'utente nel punto di erogazione.

#### Periodo della rilevazione

E' il periodo che viene assunto come oggetto della rilevazione. Nel presente provvedimento si intende come periodo della rilevazione quello in cui sono ricomprese le date di contatto da rilevare.

Sono quindi misurati i tempi di attesa, riferiti alle date di contatto generate nel periodo oggetto di rilevazione.

E' stato scelto questo modello scartando altri modelli quali:

- a) periodo di rilevazione in cui sono ricomprese le date prenotate: in questo caso la rilevazione perde di significatività in quanto costringe ad operare a ritroso nel tempo per ricercare le date di contatto che hanno generato la domanda; il fenomeno tra l'altro si è già verificato rendendo inefficaci eventuali azioni di correzione.
- b) simulazione di saturazione delle agende: richiede algoritmi che dovrebbero tener conto delle infinite possibilità offerte da un sistema di prenotazione che contiene variabili intrinseche di fruibilità temporale, spaziali a più livelli (comune, zona, aziendale), di usi locali, di qualità dell'offerta. L'uso di tale sistema rimane valido a livello aziendale in quanto consente valutazioni prospettiche molto anticipate, ma non appare in grado di rappresentare il fenomeno delle liste di attesa nella determinante relativa ai volumi di attività generati.

#### Unità di misura

L'unità di misura del tempo di attesa è espressa in giorni. Nella differenza tra date quando le date di confronto sono uguali, il valore è pari ad 0 (zero). Si considerano i giorni intercorrenti tra le due date a prescindere dalla presenza di festività o dalla effettiva apertura delle strutture di erogazione delle prestazioni.

#### Struttura di erogazione

E' la struttura fisica ove avviene la erogazione della prestazione. La struttura viene censita secondo il sistema di codifica utilizzato nel sistema dei flussi ministeriali ed in particolare dal modello STS.11.

#### Ambito organizzativo e/o territoriale di erogazione

E' il contesto organizzativo e/o territoriale ove il sistema si impegna a garantire l'erogazione di determinate prestazioni.

In tale ambito non necessariamente tutte le strutture di erogazione presenti devono garantire tutte le tipologie di prestazioni erogate nell'ambito stesso, potendo ciascuna Azienda prevedere una diversa distribuzione delle tipologie di prestazioni tra le diverse strutture di erogazione presenti nel medesimo ambito.

Ad esempio non tutte le strutture di erogazione presenti in una determinata zona devono garantire l'erogazione della TAC.

#### Ambito organizzativo e/o territoriale dei tempi di attesa

E' il contesto organizzativo o territoriale ove il sistema si impegna a garantire, per le relative prestazioni, determinati tempi di attesa.

In tale ambito non necessariamente tutte le strutture di erogazione presenti devono garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa, potendo ciascuna Azienda prevedere una diversa distribuzione dei tempi di attesa tra le diverse strutture di erogazione presenti nel medesimo ambito organizzativo e/o territoriale.

### Tempo massimo di attesa

E' il tempo più alto nel periodo di rilevazione, all'interno dell'ambito organizzativo e/o territoriale, per la prenotazione di una specifica prestazione.

In tale ambito non necessariamente tutte le strutture di erogazione presenti devono garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa, potendo prevedere una diversa distribuzione dei tempi di attesa tra le diverse strutture di erogazione presenti nel medesimo ambito organizzativo o territoriale.

Il tempo di attesa massimo è definito dal livello regionale attraverso propri atti amministrativi. L'azienda può definire tempi massimi di attesa inferiori a quelli regionali per specifiche prestazioni o per classi di prestazioni. Il livello aziendale non può definire tempi di attesa superiori a quelli individuati a livello regionale.

### Tempo medio di attesa

Il tempo medio di attesa è determinato dalla media aritmetica calcolata su tutti i tempi di attesa per quella specifica prestazione rilevati in un determinato ambito organizzativo o territoriale

### Tempo medio di attesa ponderato

Il tempo medio di attesa ponderato si calcola rapportando, per ciascuna prestazione, i tempi di attesa generati ai relativi volumi di attività erogati. E' necessario quando devono essere ricondotte ad unitarietà le informazioni relative a più strutture di erogazione per qualificare il tempo di attesa medio dell'ambito organizzativo e/o territoriale.

### Percentile

Con tale termine si fa riferimento ad un indice di posizione. Attraverso di esso, in particolare, si verifica il valore del carattere, posseduto da una unità, che occupa una determinata posizione in una distribuzione, ordinata in base al valore del carattere stesso.

Il percentile consente, in sostanza, all'azienda di misurare lo sforzo organizzativo necessario per modificare un andamento indesiderato dei tempi di attesa, in relazione ad una determinata prestazione e ad un determinato soggetto erogatore o ambito organizzativo (esempio: se per il 70% delle prestazioni si riscontra una attesa massima che va da 1 a 10 giorni, e per il 73% si riscontra una attesa massima che va da 1 a 20 giorni, basterà probabilmente un limitato intervento organizzativo per migliorare sensibilmente la situazione).

### Classi tempo di attesa

Si tratta di un sistema di analisi che, attraverso la costruzione di classi di tempo di attesa, per ognuna di esse, riporta il valore assoluto e la percentuale riferiti al volume complessivo dell'entità esaminata.

### Nomenclatore tariffario regionale

E' l'atto formale nel quale sono indicate le singole prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio, erogabili dal servizio sanitario regionale.

### 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 del 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 dove viene erogata la 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. Di norma, comunque, la disciplina è identificata dalla specialità a cui fa riferimento l'agenda dell'erogatore o del gruppo di erogatori.

#### **Elementi organizzativi e strutturali per la rilevazione**

Nella presente sezione sono indicati sinteticamente i requisiti che devono essere presenti per garantire la generazione di informazioni affidabili relativamente al sistema di monitoraggio dei tempi di attesa.

#### **Oggetto della rilevazione**

Sono oggetto della rilevazione le prestazioni di specialistica ambulatoriale, di diagnostica strumentale e di laboratorio secondo la classificazione contenuta nel nomenclatore tariffario regionale (delibera G.R. n. 229 del 3 marzo 1997 e successive modifiche ed integrazioni).

Nella rilevazione si classificano diverse modalità di accesso alle prestazioni. La diversificazione si è resa necessaria per trattare casistiche di accesso alle prestazioni estremamente differenziate tra loro.

1) La prima considerazione riguarda l'oggetto della rilevazione: il tempo di attesa. L'informazione necessaria per individuare il tempo di attesa è determinata dalla data di contatto (vedi "Data di contatto", pag. 1). Questa informazione è ricavabile unicamente da sistemi che rilevano la data di contatto dell'utente in modo sistematico, requisito tipicamente presente nei sistemi di prenotazione. I sistemi a cui si fa riferimento sono quelli che operano sulle agende di lavoro di

singoli operatori o di gruppi di operatori (vedi "Agenda", pag. 4) che devono essere pubbliche, cioè messe a disposizione degli utenti in modo incondizionato.

Tutti i sistemi di prenotazione che hanno queste caratteristiche sono in grado di generare informazioni certificate ed oggettive relativamente ai tempi di attesa. I dati generati da sistemi come quelli sopra indicati devono essere segnalati nel campo modacc con il codice 1. Nel caso in cui le prestazioni di cui ai successivi punti 3) e 4) siano prenotate tramite CUP, anche tali prestazioni vanno segnalate nel campo modacc con il codice 1.

2) Esistono poi prassi diffuse in cui la prenotazione viene effettuata mediante operazioni accessibili solo ed esclusivamente dagli operatori sanitari (tipicamente agende personali degli operatori dove le regole di inserimento sono determinate in modo non oggettivo da parte dell'azienda sanitaria).

Tali prassi evidentemente devono progressivamente essere eliminate a favore di sistemi di prenotazione pubblici come quelli individuati al precedente punto 1)

Sebbene probabilmente il sistema di monitoraggio renda estremamente complessa la rilevazione della data di contatto per le prestazioni che utilizzano sistemi simili a quello indicato nel presente punto 2), tuttavia non è possibile escludere a priori che anche per tali prestazioni sia ricavabile l'informazione relativa al tempo di attesa. I dati ricavati da sistemi come quello sopra indicato devono essere segnalati nel campo modacc con il codice 2.

3) Esistono poi una serie di prestazioni definite ad accesso diretto. Si intendono prestazioni ad accesso diretto in senso stretto le prestazioni alle quali l'utente accede senza la ricetta medica (ad es.: consultorio materno infantile, Sert, ecc.). I dati relativi a tali prestazioni devono essere segnalati nel campo modacc con il codice 3.

4) Una diffusa prassi definisce come prestazioni ad accesso diretto (d'ora in poi definite ad accesso diretto in senso lato) tutte le prestazioni per le quali, sebbene sia richiesta la prescrizione medica, l'azienda organizza la propria attività per consentire al cittadino di rivolgersi alla struttura di erogazione direttamente senza fase di prenotazione e di ricevere la relativa prestazione. I dati relativi a tali prestazioni devono essere segnalati nel campo modacc con il codice 4.

La rilevazione si riferisce al mese in cui si generano le date di contatto dell'utente. Tale circostanza porta a convogliare la rilevazione in una fase ex ante rispetto alla effettiva erogazione della prestazione. In tal senso sembrerebbe incongruente il riferimento a prestazioni ad accesso diretto dato che le stesse per definizione avvengono al di fuori di un qualunque sistema di prenotazione.

In realtà non è possibile escludere che anche per tali prestazioni in alcune realtà aziendali siano stati attivate modalità di comportamento per le quali l'operatore che effettua la prestazione, provvede ad inserire le relative informazioni nello stesso sistema CUP, utilizzandolo quindi come sistema di rilevazione dell'attività. Tale comportamento potrebbe essere assunto sia per le prestazioni ad accesso diretto in senso stretto, sia per le prestazioni ad accesso diretto in senso lato.

Tale considerazione porta a ritenere opportuno prevedere anche per tali prestazioni la rilevazione del relativo tempo di attesa, che, per definizione, di norma è pari a zero, evidenziandole però dal contesto delle altre prestazioni, in modo da non confondere i relativi tempi di attesa che ovviamente presentano valori estremamente differenziati.

La caratteristica della struttura dei dati è tale che solo attraverso le procedure CUP o analoghe procedure di prenotazione può essere agevolmente realizzata. Nel caso in cui il CUP non copra l'intera attività dell'azienda sanitaria, l'azienda può generare le informazioni necessarie per il monitoraggio dei tempi di attesa, utilizzando altri sistemi. In tal caso deve indicare, secondo le specifiche riportate nel tracciato contenuto nel paragrafo "La struttura dei dati" (pagina 7), le prestazioni rilevate con sistemi diversi dal CUP.

Per i laboratori di analisi, quando esiste la prenotazione del prelievo, le informazioni sono rilevate dai relativi sistemi di prenotazione.

Per le prestazioni che non prevedono la fase di prenotazione, è rilevata la quantità erogata, con tempo di attesa uguale a zero. Si rinvia alle indicazioni riportate nel paragrafo “Tempo di attesa” (pagina 2).

L’opzione di rilevazione della data prenotabile (vedi “Data prenotabile” pagina 2 e “Tempo di attesa” pagina 2), se non già presente nei sistemi CUP in uso, deve essere prevista come funzione da attivare per la corretta rilevazione dei tempi di attesa.

La possibilità di differenziare tra data prenotabile e data prenotata può non essere presente in tutti i sistemi CUP oppure, se presente, non essere attivata dagli operatori. In tal caso possono essere utilizzate procedure alternative che descrivono il fenomeno mediante la verifica ex post delle date prenotate messe in relazione con quelle di contatto, attribuendo al contatto la data prenotabile più vicina che avrebbe potuto essere prenotata dall’utente.

In caso di prestazioni erogate a cicli si considera il tempo intercorrente tra la data di contatto e la data prenotata per la prima prestazione del ciclo. Per effettuare tale procedure il sistema deve essere in grado di mantenere logicamente connessi i diversi cicli in cui si articola la prestazione.

## La struttura dei dati

Le informazioni che devono costituire la base dati da trasmettere in regione sono quelle di seguito indicate:

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Posizione	Lunghezza	Note
1	Anno (*)	Anno di riferimento relativo alla data di contatto	C	1-4	4	Valori ammessi: formato aaaa
2	Mese (*)	Mese di riferimento relativo alla data di contatto	C	5-6	2	Valori ammessi: formato mm
3	Codaz (*)	Codice dell'Azienda sanitaria	C	7-9	3	Valori ammessi: Inserire il codice ministeriale dell'Azienda sanitaria toscana inviando i dati
4	Codzona (*)	Codice della zona sanitaria	C	10	1	Valori ammessi: Inserire il codice delle zone sanitarie toscane (vedi tabella 1)
5	Codstru (*)	Codice della struttura di erogazione	C	11-16	6	Valori ammessi: Inserire il codice STS.11 (vedi tabella 1)
6	Codspe (*)	Codice della specialità di erogazione	C	17-19	3	Valori ammessi: Inserire il codice della specialità di erogazione della prestazione (vedi tabella 2)
7	Codprest (*)	Codice della prestazione specialistica ambulatoriale prenotata	C	20-27	8	Valori ammessi: Inserire il codice della prestazione specialistica ambulatoriale prenotata (vedi tabella 3)
8	Urge (*)	Urgenza	C	28	1	Valori ammessi: 1= urgente 2= non urgente
9	Contatto (*)	Contatto	C	29	1	Valori ammessi: 1= primo contatto 2= contatto successivo al primo
10	Modacc (*)	Modalità di accesso	C	30	1	Valori ammessi: 1 = accesso mediante prenotazione da sistema pubblico CUP 2 = accesso con prenotazione effettuata con sistemi diversi dal CUP. 3 = accesso diretto senza prescrizione e senza prenotazione (si fa riferimento alle prestazioni ad accesso diretto in senso stretto, cioè a quelle prestazioni alle quali l'utente accede senza ricetta medica) 4 = accesso diretto con prescrizione e senza prenotazione (si fa riferimento alle prestazioni ad accesso diretto in senso lato, cioè a quelle prestazioni per le quali è necessaria la ricetta medica, ma per le quali l'azienda non

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Posizione	Lunghezza	Note
						richiede la prenotazione in quanto la prestazione viene erogata all'utente al momento della sua presentazione presso il presidio che eroga la prestazione stessa.
11	Regiero (*)	Regime di erogazione della prestazione	C	31	1	Valori ammessi: 0 = prestazione erogata in regime libero professionale 1 = prestazione erogata non in regime libero professionale
12	Tempatt (*)	Tempo di attesa	N	32-37	6	Valori ammessi: Inserire la differenza, espressa in giorni, tra data di contatto e data prenotabile o prenotata, con zeri non significativi a sinistra
13	Numpres	Numero di prestazioni	N	38-44	7	Valori ammessi: Inserire il numero di prestazioni prenotate con il tempo di attesa indicato nel campo 11, con zeri non significativi a sinistra
14	Annoinvio	Anno di trasmissione	C	45-48	4	Valori ammessi: aaaa. Inserire il valore dell'anno in cui viene effettuata la trasmissione. Quando il mese di riferimento relativo alla data di contatto è "12" si deve comunque indicare l'anno effettivo della trasmissione.
15	Meseinvio	Mese di trasmissione	C	49-50	2	Valori ammessi: mm. Inserire il valore del mese in cui viene effettuata la trasmissione. Quando il mese di riferimento relativo alla data di contatto è "12" si deve comunque indicare il mese effettivo della trasmissione.

(\*) Key di riferimento per il campo "Numpre"

#### 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 Flussi D.O.C.).

In particolare:

Tabella 1: Archivio dei presidi ambulatoriali

Tabella 2: Archivio delle specialità

Tabella 3: Archivio delle prestazioni specialistiche, diagnostiche e di laboratorio (Nomenclatore tariffario regionale)

#### 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 relativo alla data di contatto	C	1-4	4	Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi
2	Mese (*)	Mese di riferimento relativo alla data di contatto	C	5-6	2	Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e immediatamente precedente rispetto al valore contenuto nel campo 15 Mese invio
3	Codaz (*)	Codice dell'Azienda sanitaria	C	7-9	3	Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi ed essere corrispondente con il codice ministeriale dell'Azienda inviante i dati.
4	Codzona (*)	Codice della zona sanitaria	C	10	1	Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi ed essere coerente con il valore contenuto nel campo 5 Codice della struttura di erogazione (vedi tabella 1)
5	Codstru (*)	Codice della struttura di erogazione	C	11-16	6	Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con il valore contenuto nel campo 3 Codice dell'azienda sanitaria (vedi tabella 1)
6	Codspe (*)	Codice della specialità di erogazione	C	17-19	3	Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi (vedi tabella 2)
7	Codprest (*)	Codice della prestazione specialistica ambulatoriale	C	20-27	8	Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi (vedi tabella 3)
8	Urge (*)	Urgenza	C	28	1	Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi
9	Contatto (*)	Contatto	C	29	1	Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi
10	Modacc (*)	Modalità di accesso	C	30	1	Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi
11	Regiero (*)	Regime di erogazione della prestazione	C	31	1	Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi
12	Tempatt (*)	Tempo di attesa	N	32-37	6	Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi ed avere il corretto formato numerico (con zeri non significativi a sinistra)
13	Numpres	Numero di prestazioni	N	38-44	7	Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi ed avere il corretto formato numerico (con zeri non significativi a sinistra)
14	Annoinvio	Anno di trasmissione	C	45-48	4	Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi
15	Meseinvio	Mese di trasmissione	C	49-50	2	Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con il valore contenuto nel campo 2 Mese di riferimento





**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 dei volumi di prestazioni prenotate per classi di tempo di attesa
- 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 8, 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 winprtrasfert, 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**

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 in cui 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:

[l.scavetta@mail.regione.toscana.it](mailto: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 fino 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 16-12-2002 (punto N. 28)

**Delibera** N.1417 del 16-12-2002

*Proponente*  
ENRICO ROSSI

DIPARTIMENTO DIRITTO ALLA SALUTE E DELLE POLITICHE DI SOLIDARIETA'

*Pubblicità/Pubblicazione:* Atto soggetto a pubblicazione integrale

*Dirigente Responsabile:* Emanuele Giusti

*Estensore:* Emanuele Giusti

*Oggetto:*

Integrazione dei sistemi di prenotazione CUP delle Aziende Sanitarie: modalità e tempi di realizzazione.

*Presidente della seduta:* CLAUDIO MARTINI

*Segretario della seduta:* CARLA GUIDI

*Presenti:*

TITO BARBINI

PAOLO BENESPÈRI

CHIARA BONI

AMBROGIO BRENNA

RICCARDO CONTI

TOMMASO FRANCI

MARCO MONTEMAGNI

ANGELO PASSALEVA

ENRICO ROSSI

MARIA CONCETTA ZOPPI

*Assenti:*

SUSANNA CENNI

ALLEGATI N°: 1

ALLEGATI:

Denominazione	Pubblicazione	Tipo di trasmissione	Riferimento
A	Si	Cartaceo+Digitale	Allegato A

STRUTTURE INTERESSATE:

Tipo	Denominazione
Dipartimento - A.Ex.Dip.	DIPARTIMENTO DIRITTO ALLA SALUTE E DELLE POLITICHE DI SOLIDARIETA'

*Note:*

**LA GIUNTA REGIONALE**

Vista la precedente deliberazione n. 619/2001 nella quale sono state definite obiettivi per la attivazione e diffusione sul territorio regionale dei sistemi di prenotazione unificati telematici;

Considerato che rispetto alla fase di attivazione delle agende informatizzate dei professionisti il sistema aziendale si è attivato in modo adeguato provvedendo ad inserire nei sistemi di prenotazione un quantitativo adeguato di prestazioni, anche se rimangono in alcune aziende situazioni ancora inadeguate da punto di vista della consistenza delle prestazioni inserite nei sistemi di prenotazione unificati aziendali;

Ritenuto che permangono invece difficoltà relative alla parte di integrazione tra i diversi CUP aziendali finalizzata a consentire la effettuazione di prenotazioni da un unico punto su diverse aziende sanitarie, oggi parzialmente realizzate mediante sistemi di integrazione basati su logiche non di stretta integrazione delle applicazioni informatiche, ma su accorgimenti di tipo manuale;

Considerato che tale difficoltà è in parte motivata da oggettive criticità a reperire le opportune soluzioni software ed a definire gli opportuni assetti organizzativi e che quindi la mancata attivazione da parte delle aziende sanitarie dell'indicazione contenuta nella precedente deliberazione trova una parziale giustificazione;

Ritenuto comunque di riaffermare la necessità che i sistemi di prenotazione delle diverse aziende sanitarie siano tra loro integrati;

Visto il documento allegato che affronta le problematiche relative ai processi di integrazione dei sistemi di prenotazione unificati su più aziende sanitarie sia dal punto di vista organizzativo che da quello delle funzioni che devono essere garantite dai sistemi di prenotazione;

A voti unanimi

**DELIBERA**

Le aziende sanitarie sono tenute a realizzare l'integrazione dei loro sistemi di prenotazione secondo le modalità ed i tempi definiti nel documento allegato "A" facente parte integrante del presente provvedimento deliberativo.

Di pubblicare il presente provvedimento per intero sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana, ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. g), della L.R. 15 marzo 1996, n° 18, unitamente all'allegato.

EG/gp

SEGRETERIA DELLA GIUNTA  
IL COORDINATORE  
VALERIO PELINI

Il Dirigente Responsabile  
EMANUELE GIUSTI

Il Coordinatore  
MARIO ROMERI

## **Modalità organizzative**

### **Ambiti di attivazione del servizio di prenotazione unificato**

Sono distinti due diversi livelli di integrazione a cui corrispondono tempi di attuazione diversificati:

Livello 1) Concerne l'integrazione tra le seguenti aziende sanitarie

USL 10 Firenze; AO Careggi; AO Meyer

USL 7 Siena; AO Senese

USL 5 Pisa; AO Pisana (include anche le agende del IFC del CNR)

Per tali aziende l'integrazione tra i sistemi di prenotazione deve essere realizzata entro la data del 30 maggio 2003

Livello 2)

Area vasta : USL 10 Firenze; AO Careggi; AO Meyer; USL 3 Pistoia; USL 4 Prato; USL 11 Empoli

Aera vasta: USL 7 Siena; AO Senese; USL 8 Arezzo; USL 9 Grosseto

Area vasta: USL 5 Pisa; AO Pisana (include le agende del IFC CNR e del Pediatrico Apuano; USL 1 Massa Carrara; USL 2 Lucca; USL 6 Livorno; USL 12 Viareggio

Per tali ambiti l'integrazione deve essere realizzata entro la data del 31/12/2003

### **La costituzione dei comitati (esecutivi e regionale)**

Entro 15 giorni dall'adozione del presente provvedimento i direttori generali di ciascuna delle aziende sanitarie individuano un responsabile per la realizzazione dell'integrazione dei sistemi di prenotazione unificati delle diverse aziende sanitarie e lo comunicano al Responsabile del servizio Ufficio del Coordinatore del dipartimento del diritto alla Salute e delle politiche di solidarietà.

I responsabili come sopra designati costituiscono per ciascuna delle aree vaste il comitato esecutivo per la integrazione dei sistemi di prenotazione.

Sono quindi costituiti tre comitati, uno per ciascuna della aree vaste.

I comitati esecutivi devono predisporre il progetto per la realizzazione del sistema integrato di prenotazione entro la data del 28 febbraio 2003.

Al fine di garantire e verificare l'estendibilità delle soluzioni nelle aree vaste all'intero territorio regionale e la compatibilità delle soluzioni prospettate alle logiche complessive del sistema informativo regionale e della Rete Telematica della Regione Toscana è costituito il comitato regionale per l'integrazione dei sistemi di prenotazione a cui partecipano oltre ai responsabili aziendali, anche funzionari della regione Toscana appartenenti al Dipartimento del Diritto alla salute e delle politiche di solidarietà e del Servizio Ufficio Ingegneria dei Sistemi Informativi della Comunicazione. Questo gruppo ha il compito di verificare la estendibilità delle soluzioni assunte nelle aree vaste all'intero territorio regionale e la compatibilità delle soluzioni prospettate alle logiche complessive del sistema informativo regionale e della Rete Telematica della Regione Toscana (RTRT).

### **Modalità di relazione tra i soggetti aziendali che conferiscono le quote di prestazioni**

A seguito della attivazione della integrazione tra i sistemi di prenotazione delle diverse aziende, le stesse definiscono, nell'ambito di specifici accordi, le reciproche quote di prestazioni che devono garantire nel sistema stesso, nonché le modalità ed i tempi di immissione delle quote di prestazioni concordate. Le quote si riferiscono non solo a volumi quantitativi complessivi, ma definiscono anche quote relative a ciascuna tipologia di prestazione come classificata nel nomenclatore tariffario regionale.

Ciascuna delle aziende è tenuta a garantire il costante aggiornamento delle quote di prestazioni concordate, in modo da non contrarre la propria quota di prestazioni al di sotto dei limiti che saranno definiti nell'ambito degli specifici accordi. I direttori generali rispondono della corretta alimentazione ed aggiornamento della quota di prestazioni concordata.

Le quote come sopra definite non possono essere assoggettate a restrizioni quantitative rispetto alla regolamentazione dei rapporti finanziari tra i diversi soggetti. Possono invece essere assoggettate a decurtazioni tariffarie o a sconti.

Devono essere definite le modalità di monitoraggio del grado di utilizzazione delle prestazioni conferite da parte di ciascuna delle aziende al fine di verificare la corretta utilizzazione di tali prestazioni.

Le modalità di utilizzazione devono essere preventivamente definite nell'ambito degli specifici accordi sopra individuati. I seguenti punti costituiscono principi di riferimento prioritari:

- a) prossimità del punto di erogazione della prestazione alla residenza del cittadino
- b) prevalenza a parità di tempo di attesa, della scelta del cittadino sul presidio dove effettuare la prestazione
- c) capacità della struttura aziendale dove viene erogata la prestazione di garantire in modo autonomo le eventuali ulteriori prestazioni che si rendono necessarie in modo da concentrare la presa in carico dell'assistito in un unico contesto organizzativo, dove tale aspetto non comprometta la qualità complessiva del servizio che deve essere garantito al cittadino.

I contenuti degli specifici accordi come sopra indicati fanno parte a tutti gli effetti degli accordi di area vasta.

Con le stesse modalità e criteri sono regolati anche i rapporti tra le aziende Usl e le strutture private accreditate che decidono di conferire quote delle loro prestazioni nel sistema integrato di prenotazione.

### **Caratteristiche e standard funzionali dei sistemi di prenotazione integrati**

In questa sezione sono indicate alcune delle caratteristiche funzionali dei sistemi di prenotazione che oltre ad essere presenti nei sistemi CUP di livello aziendale, devono essere garantite anche per la componente di integrazione tra i CUP di diverse aziende sanitarie.

#### ***La distinzione tra prestazioni di primo accesso e prestazioni di secondo accesso***

Preliminarmente è opportuno specificare il significato rispetto alle finalità del presente progetto delle due tipologie di prestazioni.

Le caratteristiche dell'una e dell'altra mutuano da un mix di condizioni afferenti ad aspetti clinici, tecnologici, organizzativi ed alle modalità di 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 prenotazione 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 poter 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

Uno degli elementi essenziali è che la prestazione di secondo accesso viene di norma prescritta dal professionista che ha assunto in carico l'assistito con la prestazione di primo livello.

Questa differenziazione comporta che rispetto alla questione della integrazione dei sistemi di prenotazione tra diverse aziende, può essere concettualizzata una certa differenziazione nelle modalità di gestione delle prestazioni di primo accesso e di secondo accesso.

In tal senso infatti la esigenza specifica e prioritaria di disponibilità riguarda le prestazioni di primo accesso in quanto prestazioni che determinano il carico esterno rispetto alle organizzazioni che assicurano l'offerta. Praticamente le prestazioni di primo accesso rappresentano la domanda generata dalla componente del sistema sanitario che non eroga l'offerta, mentre le prestazioni di secondo accesso rappresentano la domanda generata dalle stesse strutture che sono a loro volto generatrici dell'offerta.

Questa distinzione comporta che l'integrazione deve essere sviluppata preliminarmente mediante la piena messa in condivisione delle prestazioni di primo accesso da parte delle diverse aziende.

Ad oggi la quantificazione dei volumi di prestazioni afferenti al primo accesso e quelle afferenti al secondo accesso presenta molte difficoltà in relazione al fatto che tale distinzione, valida dal punto

di vista concettuale, non ha trovato adeguate implementazioni, dal punto di vista della organizzazione concreta, se non in alcune realtà aziendali e non è quindi possibile avere delle misurazioni oggettive.

In tal senso la quantificazione del tempo agenda che ciascuna azienda deve mettere in condivisione cioè delle relative prestazioni di primo accesso, non può che essere effettuata sulla base di un generale principio di adeguatezza del volume complessivo messo a disposizione su un certo ambito territoriale al fine di soddisfare le esigenze della domanda, adeguatezza che può essere verificata mediante un monitoraggio costante dell'andamento della domanda afferente alle prestazioni di primo livello ed una adeguata flessibilità nel sistema di alimentazione del tempo agenda relativo a tali prestazioni.

La priorità nella messa a disposizione delle prestazioni di primo accesso non implica la assoluta indisponibilità delle prestazioni di secondo accesso. In tal senso le soluzioni tecniche che dovranno essere realizzate non devono inibire la futura ed eventuale estensione della messa in condivisione anche di quote di prestazioni di secondo accesso. In particolare si evidenzia come da subito debba essere garantita la possibilità di effettuare prenotazioni di secondo accesso presso strutture organizzative appartenenti ad aziende diverse da quella ove opera il medico che ha preso in carico l'assistito per le prestazioni di primo accesso. Anche se la quantità di tempo agenda messo a disposizione per le prestazioni di secondo accesso ed offerte alla prenotazione da parte di soggetti esterni all'azienda può essere nella prima fase del progetto, contenuto in termini quantitativi, ferma restando la necessità di attivare una specifica valutazione del reale bisogno di tali prestazioni e quindi di una loro progressivo rimodulazione.

#### **Le modalità di accesso da parte del cittadino**

I punti di accesso al sistema di prenotazione possono essere distinti in:

fisici: in quanto comportano la presenza fisica e contemporanea di un soggetto che effettua la prenotazione e del cittadino che richiede la prestazione (punti di prenotazione con operatori CUP, punti di prenotazione presso farmacie, punti di prenotazione presso ambulatori dei medici di base o dei pediatri di libera scelta, ecc.)

non fisici: in quanto non è richiesta la contemporanea presenza fisica nello stesso luogo del soggetto che effettua la prenotazione e del cittadino che richiede la prestazione (prenotazione telefonica, prenotazione mediante rete telematica)

Il sistema integrato deve essere in grado di gestire entrambe le tipologie di accesso.

Nel momento in cui il cittadino rappresenta la prestazione di cui richiede la prenotazione, il sistema o in base ad informazioni presenti nel sistema o in base ad una specifica domanda rivolta al cittadino acquisisce l'informazione relativa alla sua residenza e presenta le diverse opzioni di scelta in base ad un criterio di prossimità del luogo di erogazione della prestazione alla residenza del cittadino e di contemporanea soddisfazione del tempo di attesa massimo definito. Al cittadino deve essere data piena visibilità rispetto alle diverse opzioni che il sistema mette a disposizione.

Il cittadino può ovviamente avanzare sia in questa fase, ma anche nella fase preliminare, una specifica richiesta di fruire della prestazione in un certo presidio. In tal caso, se la richiesta del cittadino determina un significativo aumento del tempo di attesa e comunque nel caso in cui comporti il superamento del tempo massimo di attesa, al cittadino deve essere data specifica comunicazione di tale fatto.

In tal caso il sistema deve generare una specifica segnalazione dalla quale si ricava che la scelta del cittadino ha comportato un incremento significativo del tempo di attesa.

Il tempo di attesa determinato dalla scelta del cittadino viene definito tempo di attesa condizionato in antitesi al tempo di attesa offerto dal sistema che viene definito tempo di attesa non condizionato.