

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Premesso che nell'ambito del processo di riordino del Servizio Sanitario Nazionale uno dei settori che, sul piano organizzativo ed erogativo, ha subito maggiori modificazioni è quello dell'assistenza specialistica ambulatoriale, a causa dei molteplici provvedimenti intervenuti in materia, i più significativi dei quali vengono di seguito individuati:

- il D.L.vo n. 502/92 così come modificato dal D.L.vo n. 517/93, all'art. 8 stabilisce che l'unità sanitaria locale assicura ai cittadini la erogazione delle prestazioni specialistiche contemplate dai livelli di assistenza secondo gli indirizzi della programmazione e gli indirizzi regionali avvalendosi dei propri presidi nonché delle aziende e degli istituti ed enti pubblici o privati e dei professionisti accreditati, e che con tali soggetti intrattiene appositi rapporti fondati sulla corresponsione di un corrispettivo predeterminato a fronte della prestazione resa;

- la Legge n. 724/94 all'art. 3, comma 8, istituisce sotto la personale responsabilità del Direttore Sanitario il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri;

- il D.P.C.M. 19 maggio 1995 relativo alla Carta dei Servizi individua tra gli impegni da assumere con il cittadino la gestione e il controllo dei tempi d'attesa delle prestazioni sanitarie;

- il D.M. 22 luglio 1996 "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe", che individua le prestazioni comprese in tale livello di assistenza;

- la Legge n. 662/96 all'art. 1, comma 32, stabilisce che la Regione individui, nel rispetto dei livelli di spesa programmati, le quantità e le tipologie di prestazioni sanitarie che possono essere erogate nelle strutture pubbliche e in quelle private provvisoriamente accreditate;

- il D.P.R. 14 gennaio 1997, che avvia il percorso riguardante la revisione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;

- il D.Lvo n. 124/98 all'art. 3, comma 10, stabilisce che le regioni disciplinano i criteri secondo i quali i direttori generali delle Aziende sanitarie determinano il tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta di prestazioni

specialistiche ambulatoriali e di ricovero diurno finalizzato ad accertamenti diagnostici e l'erogazione delle stesse, e al successivo comma 12 pone a carico delle Regioni l'adozione di appositi programmi che, ispirandosi ai principi e criteri stabiliti dalla medesima norma, consentano il rispetto della tempestività di erogazione delle prestazioni specialistiche.

Preso atto del costante incremento di risorse assorbite dal settore e della difficoltà di acquisire elementi oggettivi sufficienti per correlare l'entità delle risorse impiegate all'attività svolta, circostanza questa che acuisce l'opportunità di un intervento organico sulla materia;

Considerato inoltre che la specificazione dei contratti di fornitura quali quelli che si stanno elaborando fra Aziende territoriali ed erogatori pubblici e privati è ostacolata dalle carenze informative, che attualmente caratterizzano il settore, aggravando le difficoltà conoscitive derivanti dalla pluralità dei soggetti erogatori;

Valutato pertanto che la presenza di un Sistema Informativo (S.I.) adeguato è presupposto per effettuare una rilevazione puntuale ed omogenea dell'attività erogata e si pone quindi come strumento fondamentale di conoscenza per svolgere con maggiore efficacia le azioni di programmazione e di controllo e consentire una modulazione dell'offerta tale da corrispondere alle esigenze emerse;

Valutato inoltre che per il complesso dei motivi indicati acquisisce particolare rilevanza introdurre elementi di razionalizzazione dell'attività specialistica ambulatoriale, ospedaliera e territoriale, al fine di facilitare i percorsi assistenziali e l'equità di accesso alle prestazioni;

Ritenuto pertanto di intervenire emanando una prima disciplina in ordine alla individuazione degli strumenti idonei ad avviare un processo finalizzato alla razionalizzazione del settore nell'ambito delle strutture pubbliche, al fine di assicurare l'effettiva accessibilità alle prestazioni, sia con interventi di razionalizzazione della domanda, che con interventi tesi a controllare ed aumentare il tempo di utilizzazione delle apparecchiature e delle strutture, anche tramite forme di effettiva corresponsabilizzazione dei sanitari sia dipendenti che convenzionati;

Ritenuto che l'entrata in vigore del già richiamato D.Lvo n. 124/98, avente ad oggetto "Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449", unita al complesso delle motivazioni illustrate, acuisce l'esigenza e rende pressante procedere

all'emanazione di una direttiva che affronti in maniera organica le tematiche concernenti :

- la riorganizzazione dell'attività specialistica ambulatoriale resa sia presso le strutture distrettuali che presso le strutture ospedaliere,

- l'individuazione di criteri per la gestione delle liste di attesa e per la determinazione del tempo massimo di attesa per le prestazioni specialistiche erogate in regime ambulatoriale,

- l'istituzione di un sistema informativo per l'attività specialistica ambulatoriale;

Preso atto che con successivo provvedimento saranno definiti i criteri per la determinazione dei tempi massimi di attesa per i ricoveri diurni finalizzati ad accertamenti diagnostici, di cui all'art. 3, comma 4 del D.L.vo 124/98, nonché per le modalità di monitoraggio di tale fenomeno;

Vista la Legge n. 449/97, che all'art. 32, comma 2, prevede l'applicazione, in sede di ripartizione, di una riduzione della quota spettante di Fondo sanitario nazionale nel caso non vengano forniti, da parte delle Regioni e delle relative Aziende sanitarie, i dati indispensabili alle attività di programmazione e di controllo;

Visto il D.P.R. 22 luglio 1996, n. 484/96 relativo all'accordo collettivo nazionale con i medici di medicina generale;

Vista la deliberazione di Giunta regionale n. 410 del 25 marzo 1997 "Prestazioni di assistenza specialistiche ambulatoriali e relative tariffe", che indica le informazioni minime che costituiscono il debito informativo delle Aziende sanitarie nei confronti del livello regionale per il settore della specialistica ambulatoriale, sia ospedaliera che territoriale, a supporto delle funzioni di programmazione e di controllo;

Visto l'art. 39 della L.R. n. 50/94 relativo alle funzioni dell'Agenzia Sanitaria Regionale;

Preso atto delle risultanze del gruppo di lavoro coordinato dall'Agenzia Sanitaria Regionale relativamente alla istituzione del Sistema Informativo per l'attività specialistica ambulatoriale e dei successivi approfondimenti effettuati da parte dell'Assessorato alla Sanità e dell'Agenzia Sanitaria Regionale con le Aziende sanitarie della regione sul complesso delle tematiche oggetto del presente provvedimento;

Dato atto dei pareri favorevoli del Responsabile del Servizio Distretti Sanitari, Alberto Andreotti, e del Responsabile del Servizio Presidi Ospedalieri, Sergio Venturi, nonché del parere

favorevole di legittimità espresso dal Direttore Generale alla Sanità e Servizi Sociali, Francesco Taroni, ai sensi dell'art. 4, sesto comma, della L.R. 41/92 e del punto 3.1 della deliberazione della Giunta regionale n. 2541/95;

Acquisito il parere della competente Commissione Consiliare Sicurezza Sociale espresso nella seduta del 24 luglio 1998;

Su proposta dell'Assessore alla Sanità;

A voti unanimi e palesi

d e l i b e r a

- di approvare la direttiva alle Aziende sanitarie concernente le linee guida per la rimodulazione dell'attività specialistica ambulatoriale ospedaliera e territoriale articolata al suo interno in:

¢ riorganizzazione dell'attività specialistica ambulatoriale resa sia presso le strutture distrettuali che presso le strutture ospedaliere,

¢ individuazione dei criteri per la gestione delle liste di attesa,

¢ istituzione di un sistema informativo per l'attività specialistica ambulatoriale;

- di emanare in tale contesto indicazioni in ordine ai criteri per la determinazione dei tempi massimi di attesa di cui all'art. 3, comma 10, del D.Lvo n. 124/98 nonché agli interventi finalizzati a consentire il rispetto della tempestività dell'erogazione delle prestazioni come dall'art. 3, comma 12, del citato D.Lvo;

- di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia Romagna.

- - -

Allegato n. 1

LINEE GUIDA PER LA RIMODULAZIONE DELL'ATTIVITA' SPECIALISTICA AMBULATORIALE OSPEDALIERA E TERRITORIALE E PER L'ISTITUZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO.

CRITERI PER LA DETERMINAZIONE DEL TEMPO MASSIMO DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI E DISCIPLINA DELLE MODALITA' PER IL RISPETTO DELLA TEMPESTIVITA' DELL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI AI SENSI DEL X E XII COMMA DELL'ART. 3 DEL D.Lvo n. 124 DEL 29 APRILE 1998.

MOTIVAZIONI E FINALITA'

Gli elementi illustrati nelle premesse del provvedimento, uniti al crescente impegno di risorse destinate al settore specifico, cui non sempre ha fatto riscontro un miglioramento di rapporti con l'utenza e l'acquisizione di elementi oggettivi in ordine alla congruità tra risorse impegnate e attività espletate, impongono la necessità di intervenire profondamente sugli attuali modelli organizzativi del settore.

Elemento rilevante di difficoltà è la mancanza di un organico Sistema Informativo (S.I.) che consenta l'acquisizione di elementi puntuali ed omogenei, idonei a permettere a livello locale una modulazione dell'offerta rapportata alle effettive esigenze dell'utenza, e, a livello più complessivo, una rilevazione completa della tipologia e della quantità di prestazioni erogate che permetta una efficace azione di programmazione e di controllo.

La serie delle difficoltà rappresentate, unita alla molteplicità degli interventi legislativi intervenuti in materia di assistenza specialistica tra i quali si ricorda per ultimo il D.L.vo 124/98, hanno indotto ad elaborare la presente direttiva, anche a seguito dei numerosi approfondimenti condotti in collaborazione con le Aziende sanitarie da parte del competente Assessorato e dell'Agenzia Sanitaria Regionale.

La finalità del provvedimento è intervenire sul tema specifico avviando a completamento il processo di riordino del S.S.R. con riguardo all'assistenza specialistica ambulatoriale sia ospedaliera che territoriale, al fine di facilitare i percorsi assistenziali e di razionalizzare l'attività in un contesto idoneo a rispettare il principio di equità dell'accesso e di uniformità dei tempi di attesa in ambito aziendale.

La direttiva è articolata in una prima parte avente ad oggetto tematiche a carattere organizzativo, e in una seconda con l'obiettivo di promuovere l'attuazione di un S. I. organico ed omogeneo.

Prioritaria, ai fini del perseguimento degli obiettivi sopra evidenziati, è l'affermazione in via generalizzata della necessità di presa in carico del paziente da parte della struttura ambulatoriale, così come avviene nell'ambito della degenza e dell'assistenza domiciliare integrata. Tale prassi assume la natura di elemento di qualificazione dell'intera area e di strumento per assicurare il collegamento dell'attività dello specialista territoriale e ospedaliero con quella più generale dell'Azienda USL e con quella del distretto.

L'offerta di assistenza specialistica deve avere infatti caratteristiche quali-quantitative omogenee a parità di severità del bisogno espresso e del grado di complessità ed intensità assistenziale delle prestazioni erogate. Sarà il livello di complessità tecnologica a far identificare quali prestazioni possono essere erogate solo in ambiente ospedaliero ovvero nelle strutture ambulatoriali del distretto.

La riduzione dei tempi di attesa, d'altra parte, da attuarsi con il concorso di più fattori, quali l'aumento della efficienza nell'uso delle risorse disponibili, il potenziamento dell'offerta, la verifica dell'appropriatezza clinica della domanda, la corretta gestione delle liste d'attesa, assume un'importanza particolare sia come indicatore della capacità di soddisfare la domanda da parte delle strutture che erogano le prestazioni, sia come percezione della efficienza del servizio da parte dell'utente.

In parallelo, sarà necessario promuovere nei confronti di tutto il personale medico ed amministrativo interessato, compreso i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, momenti di confronto e di formazione

finalizzati a favorire l'integrazione e lo sviluppo dei collegamenti sia interni che esterni alle strutture eroganti.

1. ASSISTENZA SPECIALISTICA RESA IN AMBIENTE OSPEDALIERO E TERRITORIALE

1.1 Aree di attività interessate

Le presenti linee guida riguardano:

- L'assistenza specialistica ambulatoriale rivolta a pazienti esterni erogata presso strutture ospedaliere o territoriali, come consulenza specialistica al medico di medicina generale o come diagnosi e trattamento di problemi clinici anche complessi, per i quali comunque non è necessario il ricovero ospedaliero sia ordinario che di day hospital.

In questo ambito di attività va ricompresa anche la chirurgia ambulatoriale, per interventi chirurgici e procedure diagnostico-terapeutiche invasive e semi invasive in ambulatori protetti, in

anestesia locale e/o analgesia, per la cui definizione e requisiti strutturali si rimanda a successive specifiche indicazioni, anche in relazione ai criteri di autorizzazione e accreditamento.

- Le prestazioni di pronto soccorso che si risolvono nel rinvio del paziente al proprio domicilio, in quanto, fatte salve le caratteristiche di urgenza con le quali vengono erogate, possono in parte essere assimilate a quelle ambulatoriali.

- L'attività ambulatoriale di pre e post-ricovero, anche se, in quanto funzionale alla degenza, va ricompresa nella tariffa DRG del ricovero corrispondente ed è pertanto assimilata all'attività svolta per pazienti ricoverati. In particolare ci si riferisce:

- all'attività ambulatoriale di pre-ospedalizzazione, svolta di norma all'interno delle strutture ospedaliere, finalizzata alla predisposizione di un successivo ricovero ospedaliero programmato;

- all'attività ambulatoriale di post-ricovero, attività diagnostica e terapeutica erogata dall'ospedale in forma ambulatoriale, finalizzata al completamento dell'iter diagnostico e terapeutico iniziato in degenza, in conformità a quanto indicato nella lettera di dimissione, con riduzione della durata di degenza stessa.

1.2 Orientamenti generali

Presupposto e criterio di orientamento è la chiara individuazione in termini organizzativi e gestionali della funzione ambulatoriale, con connotazioni specifiche rispetto ad altre quali: degenza ordinaria e day hospital in ambito ospedaliero, attività consultoriale, assistenza di base e assistenza domiciliare in ambito distrettuale.

Da quanto detto emerge la necessità di introdurre un nuovo modello organizzativo per l'attività specialistica nel suo complesso, mutuando anche da quello del day hospital elementi per la qualificazione del servizio e la riduzione delle inefficienze, recependo la logica organizzativa della riduzione del numero degli accessi e della concentrazione in intervalli di tempo ristretti delle prestazioni da erogare, con la conseguente contrazione del tempo/persona.

In sostanza è necessario ricondurre ad un momento unitario tutto il complesso sistema dell'attività ambulatoriale attualmente erogata in modo frammentario e, nelle strutture ospedaliere, spesso a supporto quasi esclusivamente dell'attività di degenza.

1.3 Modello organizzativo

Le dimensioni della struttura di riferimento e del bacino d'utenza si pongono quali elementi pregiudiziali per consentire alle

Aziende sanitarie le scelte più idonee, tra quelle possibili, a perseguire gli obiettivi evidenziati.

In un presidio ospedaliero o in un distretto con sedi ambulatoriali di piccole-medie dimensioni potrà essere individuata una unica struttura ambulatoriale funzionalmente collegata a tutte le unità operative; in quelli di maggiori dimensioni potranno essere individuate diverse tipologie di aggregazione, anche con riferimento all'organizzazione dipartimentale.

1.3.1 Organizzazione della funzione ambulatoriale

Nell'ambito dell'organizzazione dipartimentale ospedaliera si dovranno individuare i referenti-coordinatori per la funzione ambulatoriale che, sulla base di criteri prestabiliti, opereranno tra l'altro per favorire la definizione dei percorsi assistenziali anche ai fini dell'attuazione delle linee di guida e per raggiungere in maniera condivisa una utilizzazione efficiente sia delle risorse umane che delle attrezzature.

Va incentivato infatti lo sforzo di ricerca di una reale logica dipartimentale e di un coinvolgimento tra diversi professionisti, anche attraverso la definizione di diverse fasce orarie di utilizzazione delle stesse attrezzature, di modulistica comune, etc..

A livello territoriale vanno garantiti all'utente percorsi assistenziali qualificati, finalizzati a rendere disponibili le prestazioni richieste, anche plurispecialistiche, in tempi adeguati alla specifica domanda e a favorire, quando necessario, il successivo accesso ad altre strutture, in particolare a quelle ospedaliere, e l'integrazione con gli interventi di tipo socio-assistenziale.

Le finalità sopra richiamate comportano iniziative tendenti all'accorpamento dell'offerta presso strutture poliambulatoriali che presentino:

- idonee attrezzature per la diagnostica e i trattamenti terapeutici e riabilitativi;
- adeguata dotazione di personale infermieristico e di altre figure professionali complementari;
- presenza contemporanea di più specialisti, su orari di apertura che debbono preferibilmente coprire 6 giorni a settimana, per un congruo numero di ore settimanali.

La contemporanea presenza di più specialisti, e del personale tecnico e infermieristico, oltre che migliorare l'accessibilità è elemento di qualificazione dell'attività e condizione indispensabile per determinare l'efficienza della struttura e per

consentire un utilizzo ottimale non solo delle attrezzature disponibili, ma anche degli spazi e del personale.

1.3.2 Presa in carico organizzativa e clinico-assistenziale

Ulteriore elemento qualificante dell'assistenza specialistica nel suo complesso è l'attivazione di una prassi organizzativa comportante la presa in carico del paziente sia in termini organizzativi (ad esempio concentrando in un unico accesso le prestazioni afferenti ad un unico profilo diagnostico-terapeutico), sia in termini clinico-assistenziali.

Infatti come è imprescindibile il ruolo del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, che rappresentano il punto di partenza e di arrivo del percorso ambulatoriale, occorre individuare per i diversi percorsi derivanti dalla presa in carico da parte dell'area della specialistica, anche lo specialista che avrà la responsabilità di seguirne le varie fasi, fino alla definizione diagnostica o alla conclusione del piano terapeutico, ovvero fino al rinvio del paziente al proprio medico curante o ad altra struttura.

E' evidente come l'esigenza prima espressa andrà riferita in particolare a patologie croniche o acute di particolare gravità o rilevanza sociale, ovvero ai casi che comportano diagnostiche complesse o ad alto costo, mentre non riguarderà le consulenze aventi natura di mera episodicità, o i casi in cui la richiesta del curante è riferita alla sola esecuzione di esami specialistici.

1.3.3 Centro Servizi Ambulatoriali e Punti di Accoglienza

Da un punto di vista organizzativo, il sistema dell'assistenza ambulatoriale dovrà in ogni caso trovare un punto di coordinamento e di unitarietà a garanzia di una migliore accessibilità per il cittadino e di un più razionale uso delle risorse.

A questo scopo occorre creare una interfaccia tra il sistema delle prenotazioni e il sistema erogativo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, così come è necessario identificare per ogni struttura erogante un punto unico di accoglienza, preferibilmente afferente alla direzione di distretto e/o alla direzione ospedaliera.

Le esigenze espresse potranno essere soddisfatte attraverso la istituzione di una struttura organizzativa denominata Centro Servizi Ambulatoriali (C.S.A.) che ha il compito di dare concreta attuazione, a livello delle strutture erogatrici, a quanto la Direzione aziendale ha stabilito nella programmazione e ha negoziato con i soggetti erogatori, pubblici e privati. In particolare il C.S.A. avrà il compito di:

- raccordare le esigenze tecnico amministrative proprie del sistema delle prenotazioni con quelle gestionali e sanitarie proprie del momento della erogazione delle prestazioni;

- coordinare le iniziative necessarie al superamento della moltiplicazione degli accessi, tra ambulatori della stessa struttura;

- orientare l'attività degli ambulatori sulla base delle richieste emerse dal sistema delle prenotazioni e secondo i percorsi assistenziali individuati.

- organizzare l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali in coerenza con le priorità individuate nella programmazione aziendale e con quanto indicato nei piani preventivi annuali.

L'espletamento delle funzioni sopra indicate comporta lo svolgimento delle attività di:

1 - coordinamento organizzativo delle attività dei diversi ambulatori e del personale nonché della tenuta della documentazione e dei dati riguardanti l'attività ambulatoriale;

2 - programmazione degli accessi sulla base:

a) degli elementi forniti dal sistema di prenotazione

b) dei criteri considerati per la formulazione delle liste d'attesa,

c) dei percorsi assistenziali individuati ed elaborati dai professionisti secondo i criteri indicati a livello dipartimentale e distrettuale;

3 - comunicazione al sistema delle prenotazioni della disponibilità degli ambulatori, sia per le richieste urgenti che per l'attività programmata;

4 - coordinamento delle attività di rilevazione e di codifica dei dati anagrafico-amministrativi e sanitari che costituiscono il debito informativo dell'area nei confronti del livello aziendale, regionale e nazionale.

Il C.S.A. può articolarsi in punti operativi aventi la denominazione di Punti di Accoglienza (PdA), che espleteranno in particolare le attività di:

- accettazione: eventuale registrazione dei dati anagrafici e invio agli ambulatori, se non già effettuata tramite CUP;

- comunicazione al sistema delle prenotazioni degli eventuali appuntamenti già prenotati direttamente e delle disdette, oltre che eventuale monitoraggio degli accessi diretti;

- cura della rilevazione e codifica delle prestazioni effettuate e degli altri dati richiesti, lasciando ai singoli professionisti che erogano la prestazione la compilazione della specifica parte di competenza professionale (refertazione ed eventuali ulteriori prescrizioni).

Indipendentemente dalle cartelle che le singole strutture ambulatoriali utilizzano ad uso interno deve essere comunque previsto uno strumento di rilevazione delle informazioni che, attraverso un sistema di codici compatibili con i debiti informativi verso il livello aziendale, regionale e nazionale, sia facilmente e rapidamente compilabile ed accompagni l'utente lungo l'intero percorso, dall'accesso alla refertazione e al rinvio al curante o ad altra struttura.

Il collegamento tra i PdA e i singoli ambulatori dovrà assicurare la rilevazione delle prestazioni effettivamente erogate; la soluzione del collegamento informatico potrà favorire la compilazione accurata e completa dei dati richiesti dal Sistema Informativo.

Sembra utile sottolineare come le strutture prospettate (C.S.A. e PdA) devono far fronte ad esigenze organizzative interne finalizzate, tra l'altro, a sfrondare il rapporto tra Servizio Sanitario e cittadino da inutili rinvii ed appesantimenti motivati da esigenze burocratico formali.

A questo proposito si evidenzia che in nessun caso il cittadino dovrà essere utilizzato quale tramite per risolvere problemi di comunicazione interna e di passaggio di informazioni.

2. CRITERI PER LA GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA E PER LA DETERMINAZIONE DEL TEMPO MASSIMO DI ATTESA

Per rendere omogenei in ambito regionale i comportamenti delle Aziende Sanitarie e dei diversi soggetti erogatori è necessario prevedere oltre all'attuazione del modello organizzativo illustrato, anche l'identificazione dei criteri uniformi per la determinazione e la gestione delle liste d'attesa.

In ottemperanza al comma X del D.Lvo. 124/98 vengono inoltre stabiliti i criteri per la determinazione del tempo massimo di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio.

2.1 Gestione delle liste di attesa

La gestione efficiente delle liste di attesa richiede in via preliminare l'individuazione delle prestazioni che non vanno inserite nella lista in quanto previste all'interno della continuità diagnostico-terapeutica (es. controlli specialistici, prestazioni e o accertamenti diagnostici successivi alla prima visita e necessari per la conclusione diagnostica o terapeutica).

Analogamente non vanno inserite nelle liste di attesa le prestazioni previste dal programma regionale di screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero e della mammella, in quanto effettuate su chiamata diretta da parte delle Aziende sanitarie. Per queste prestazioni è in ogni caso attivo un sistema di sorveglianza regionale.

Per le prestazioni comprese all'interno della continuità diagnostico-terapeutica è necessario comunque prevedere, da parte delle strutture eroganti, una apposita programmazione basata sui dati epidemiologici, sui protocolli assistenziali presenti e sulle linee guida definite. I C.S.A. e i PdA provvederanno ad inserirle, con specifiche modalità, all'interno del sistema delle prenotazioni. Anche la rilevazione di tali prestazioni è necessaria per conoscere la complessiva attività svolta dalle strutture eroganti e per valutarne la coerenza con i protocolli assistenziali e con le linee di guida.

La gestione efficiente delle liste di attesa con tempi medio-lunghi (superiori a 2 mesi) richiede una loro revisione periodica. Si verifica infatti in questo caso, con una certa frequenza, la rinuncia a fruire della prestazione da parte degli utenti, motivata dal fatto che gli stessi hanno ottenuto nel frattempo la prestazione presso altre strutture, ovvero sono intervenute modificazioni nelle indicazioni cliniche ecc.. Si potrà pertanto anche prevedere, sulla base delle esperienze locali e delle specifiche tipologie di prestazioni, un numero di prenotazioni superiore rispetto alle disponibilità effettive dichiarate dalla struttura erogante.

L'applicazione dei criteri sopradescritti per una gestione efficiente delle liste di attesa, comporta il superamento della chiusura periodica delle prenotazioni che attualmente è prassi per alcune tipologie di prestazioni con lunghi tempi di attesa.

Per rendere confrontabili i dati a livello regionale e aziendale, occorre utilizzare le due dimensioni della lista di attesa: la numerosità e la durata. Pertanto la consistenza di una lista deve essere contemporaneamente misurata come numero di pazienti presenti e come tempo medio per ottenere la prestazione.

La numerosità è data dal numero dei pazienti presenti nella lista delle prenotazioni ad un determinato momento.

Il tempo di attesa può essere determinato come:

ϕ tempo di attesa prospettato - attesa media del tempo intercorso fra la data del 1° contatto, quindi della richiesta, e la data di prenotazione comunicata al cittadino.

ϕ tempo di attesa effettivo - attesa media del tempo intercorso fra la data del 1° contatto e la data effettiva della erogazione della prestazione.

Sulla base dei criteri sopracitati a livello aziendale ogni struttura erogante dovrà effettuare verifiche trimestrali sull'andamento dei tempi di attesa, anche al fine di riorientare l'offerta.

Dati di sintesi saranno oggetto di un apposito flusso informativo regionale.

Periodicamente le Aziende dovranno dare idonea diffusione di tali informazioni così come previsto dal X comma dell'art. 3 del D.L.vo n.124/98, salvaguardando il rispetto della privacy del singolo.

Ogni Azienda dovrà inoltre adottare un regolamento che stabilisca i criteri per la gestione in sede locale delle liste di attesa.

2.2 Criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni specialistiche

L'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali da parte del cittadino si realizza con l'ammissibilità alla lista di attesa, che viene definita sulla base di criteri di gravità clinica e sull'appropriatezza delle indicazioni alla prestazione.

Il criterio di priorità utile ai fini della creazione delle liste di attesa è basato sulla gravità delle condizioni cliniche del paziente ed è articolato in 3 livelli:

* Livello 1 - prestazioni urgenti.

Trattasi di prestazioni ambulatoriali specialistiche urgenti, per le quali non è necessario l'accesso al pronto soccorso, ma la cui effettuazione deve avvenire con carattere d'urgenza nell'arco della giornata di presentazione del paziente o in un periodo immediatamente successivo.

* Livello 2 - prestazioni urgenti differibili

Trattasi di prestazioni ambulatoriali specialistiche urgenti la cui effettuazione può essere differibile di qualche giorno, ma che necessitano comunque di una effettuazione in tempi brevi (entro i 7 giorni).

* Livello 3 - prestazioni programmabili

Trattasi di prestazioni che non rivestono carattere d'urgenza per le quali l'effettuazione tempestiva è requisito importante per assicurare la qualità e l'efficacia del processo assistenziale in atto.

All'interno dei tre livelli il criterio di ordine cronologico regola successivamente l'accesso.

2.3 Determinazione del tempo massimo intercorso fra la data della richiesta e la erogazione delle prestazioni

Gli elementi sopra illustrati diventano la base di riferimento per la determinazione del tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta di prestazioni da parte del cittadino e l'erogazione della stessa, ai sensi del X comma dell'art. 3 del D.L.vo 124/98.

Fermo restando quanto indicato per i primi due livelli di priorità, per le prestazioni programmabili i Direttori Generali delle Aziende, sulla base delle potenzialità delle proprie strutture e dei piani preventivi annuali, stabiliscono i tempi massimi di attesa raggruppano le prestazioni specialistiche in 4 principali tipologie:

- visite specialistiche;
- prestazioni di laboratorio;
- prestazioni di diagnostica strumentale;
- prestazioni terapeutiche.

Attenzione particolare dovrà essere posta per la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni ad alta efficacia diagnostica e ad elevato contenuto terapeutico.

Ai sensi della norma in esame, è necessario inoltre dare comunicazione formale al cittadino, al momento in cui effettua la richiesta di prestazione, del tempo massimo definito dall'Azienda per la prestazione stessa.

In caso di mancato rispetto dei tempi massimi di attesa occorre esplicitarne le motivazioni. In tale contesto va attuata l'informazione sui doveri che, una volta a regime la nuova regolamentazione, lo stesso cittadino è tenuto a rispettare.

In particolare lo stesso è tenuto al pagamento della quota di partecipazione della prestazione prenotata, quando "non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione" ai sensi del XV comma dell'art. 3 D.L.vo 124/98.

Si ritiene che l'applicazione del complesso delle procedure richieste dal citato D.L.vo debba considerarsi a regime entro il 1 semestre 1999.

Dall'1 luglio 1999, le Aziende provvederanno a recuperare, ai sensi del sopracitato comma, le quote di partecipazione delle prestazioni nei confronti del cittadino, ove non esente.

2.4. Registro delle prenotazioni

Il registro delle prenotazioni delle prestazioni ambulatoriali previsto dall'art. 3, della legge 724/94 costituisce per i Direttori Generali lo strumento di vigilanza e controllo più efficace per la corretta applicazione della norma di cui al D.L.vo n. 124/98.

Si coglie l'occasione per precisare le caratteristiche principali che deve possedere un registro di prenotazioni sia per le prestazioni ambulatoriali che di ricovero ospedaliero, al fine di rendere omogenea tale applicazione sul territorio regionale.

Tale registro è un documento formale di tipo cartaceo o informatizzato che contiene:

- data di richiesta della prenotazione da parte del cittadino
- cognome e nome
- indirizzo e recapito telefonico (se ritenuto necessario ai fini gestionali)
- tipo di prestazione richiesta classificata secondo il nomenclatore tariffario regionale
- medico proponente
- data prevista per l'effettuazione della prestazione
- classificazione delle prestazioni sulla base dei criteri di priorità espressi in precedenza.

Il Direttore Sanitario dell'Azienda è responsabile della definizione delle procedure relative alla registrazione delle prenotazioni, dell'esplicitazione dei criteri clinici che identificano le priorità per l'accesso alle prestazioni, vigila sulla corretta tenuta del registro stesso.

2.5 Indicazioni in ordine all'applicazione del XII comma dell'art.3 del D.L.vo 124/98

La formulazione della presente direttiva, con riferimento particolare agli orientamenti in materia di rimodulazione

dell'assetto organizzativo della funzione specialistica nelle singole Aziende, di per sè si pone quale disciplina specifica adottata ai sensi del XII comma dell'art. 3 del D.Lvo n. 124/98.

L'attuazione del complesso delle iniziative indicate agisce prevalentemente su aspetti di natura organizzativa, mentre la norma in esame richiama espressamente l'opportunità di attivare anche interventi di razionalizzazione della domanda e dell'offerta.

2.5.1 Razionalizzazione della domanda

Il tema specifico comprende tutte le iniziative tendenti ad agire sull'appropriatezza della richiesta di prestazioni, e quindi l'adesione a criteri di efficacia clinica da parte di tutti i medici interessati e il ricorso a percorsi assistenziali condivisi.

Con la circolare dell'Assessorato alla Sanità n. 24/97 sono state espresse prime indicazioni in merito a due importanti gruppi di prestazioni, afferenti alle branche specialistiche di medicina fisica- riabilitazione e di laboratorio, fornendo alcuni criteri di erogabilità e di appropriatezza della domanda.

Interventi in tema di appropriatezza della domanda e dei percorsi sono stati posti come obiettivi prioritari anche in sede di individuazione degli obiettivi specifici posti ai Direttori Generali per l'anno 1998. In attesa degli adempimenti nazionali previsti sia dalla L. n. 662/96 sia dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 in tema di linee di guida, si sottolinea l'opportunità di dar corso ad una puntuale applicazione dei protocolli elaborati a livello aziendale in applicazione del Piano delle Azioni 1998, per la parte relativa alla "uniformazione e semplificazione dei percorsi per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali specialistiche e definizioni di protocolli (diagnostici/terapeutici) tra specialisti ambulatoriali, ospedalieri e Medici di Medicina Generale", la cui pratica attuazione comporta interventi tesi a correggere e ad eliminare percorsi irrazionali eventualmente tuttora esistenti nell'erogazione delle prestazioni.

In tale contesto si richiama quanto già previsto per l'applicazione degli accordi con i Medici di Medicina Generale (MMG), in particolare relativamente alla loro partecipazione a processi assistenziali riguardanti patologie sociali (quali diabete, ipertensione, patologie invalidanti, broncopneumopatie ostruttive, asma, forme neurologiche ecc.), secondo linee di guida e protocolli che definiscano le competenze del MMG e quelle del livello specialistico, nell'ambito del monitoraggio del decorso cronico di tali patologie.

2.5.2 Razionalizzazione dell'offerta

Anche relativamente a questo aspetto indicazioni specifiche sono state poste con la già citata circolare n. 24/97, relativamente ai criteri per la definizione dei piani preventivi di attività e per la individuazione delle priorità. La circolare individua anche nei processi di riconversione da parte dei soggetti erogatori una delle modalità da perseguire per indirizzare la produzione di prestazioni secondo gli obiettivi della programmazione aziendale e regionale, prevedendo in questo caso anche eventuali deroghe rispetto al superamento dei livelli di spesa programmati.

Con il Piano delle Azioni per l'anno 1997, inoltre, è stata indicata tra le azioni finalizzate alla riorganizzazione delle attività ospedaliere, all'utilizzazione ottimale delle tecnologie e alla riduzione delle liste d'attesa, la "condivisione delle sedi ambulatoriali e delle dotazioni strumentali disponibili per massimizzarne l'utilizzo, secondo uno standard tendenziale non inferiore a 36 ore settimanali".

Si tratta ora di sviluppare ulteriormente tale indicazione individuando, nell'ambito dello standard indicato, la quota da destinare all'attività specialistica per esterni ed estendendo tale standard al complesso delle strutture aziendali.

Ai fini di cui sopra i Direttori Generali, dopo aver promosso una puntuale ricognizione delle attrezzature presenti e del loro livello di utilizzazione effettiva, procederanno alla individuazione delle potenzialità aziendali per le diverse tipologie di prestazioni, valutate in relazione ai tempi di attesa massimi determinati ai sensi del X comma già illustrato.

In tale contesto procederanno alla formulazione di un programma che, tenendo conto dei contenuti del piano preventivo per l'anno in corso relativo alle prestazioni acquisite da altri soggetti, pubblici o privati, evidenzia le iniziative da assumere per garantire l'effettiva possibilità di erogare le prestazioni nei tempi stabiliti.

Qualora gli interventi di cui sopra non assicurino il completo rispetto dei tempi massimi di attesa determinati, le Aziende sanitarie possono fare ricorso ai seguenti altri due istituti, come dalla lettera a) del XII comma:

1 - attività libero professionale intra muraria;

2 - forme di remunerazione legate al risultato, anche ad integrazione di quanto previsto dai vigenti accordi nazionali di lavoro.

Per quanto riguarda l'istituto della libera professione intra muraria, si richiama quanto precisato con la circolare n. 23/97 del competente Assessorato alla Sanità circa gli adempimenti preliminari all'attivazione della stessa, cui sono tenute le

Aziende per garantire la piena funzionalità dell'attività istituzionale dei presidi e dei servizi. In particolare si fa riferimento alle previste azioni di verifica dell'adeguatezza dell'organizzazione del lavoro rispetto all'entità della domanda istituzionale nonché di ottimizzazione dell'utilizzo del patrimonio tecnologico, condizioni indispensabili ai fini della regolamentazione dell'esercizio dell'attività libero professionale.

I regolamenti aziendali relativi alla libera professione intra muraria dovranno essere integrati, qualora necessario, alla luce dei criteri esplicitati nella presente direttiva.

In sede di individuazione degli obiettivi specifici per il Piano delle Azioni per l'anno 1998 è stato incluso anche quello relativo alla riorganizzazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale. L'attuazione della presente direttiva ricomprende tale obiettivo specifico, anche ai fini del riconoscimento delle forme di remunerazione legate al risultato per tutto il personale coinvolto.

Il XIV comma dell'art. 3 pone a carico del Direttore Generale dell'Azienda il compito di vigilare sull'attuazione delle disposizioni relative ai commi XII e XIII. Si tratta di una norma particolarmente rilevante perché dalla stessa scaturisce l'invito a dar corso ad iniziative di carattere disciplinare o a carattere contabile, qualora si accerti che la mancata erogazione di prestazioni nei termini stabiliti sia imputabile a comportamenti di singoli operatori.

Appare evidente come tale previsione abbia quale presupposto l'emanazione di una regolamentazione attuativa inequivocabile e suffragata dall'esatta conoscenza della situazione aziendale in materia di organizzazione e di erogazione dell'assistenza specialistica.

In tal senso è opportuno che la definizione dei tempi massimi di attesa debba essere preceduta da iniziative tese al superamento di eventuale disfunzioni o diseconomie, nel cui contesto vanno ovviamente ricondotte le riconversioni di attività e l'utilizzazione di risorse umane anche in mobilità, nel rispetto ovviamente degli accordi e, più in generale, della normativa vigente.

Si richiama l'attenzione sulla circostanza che la definizione, con la presente direttiva, della disciplina specifica prevista dal XII comma dell'art. 3, comporta la mancata vigenza, sul territorio regionale, delle disposizioni di cui al XIII comma.

2.5.3 Tempi di attuazione. Vigilanza e controllo

Appare opportuno riepilogare i limiti temporali stabiliti dalla legge per l'attuazione della normativa in esame:

- entrata in vigore del

D.L.vo: 1 maggio 1998

- emanazione dei criteri

per i tempi massimi di

attesa da parte della

Regione (v. punto 2.3

della presente diret-

tiva): 31 luglio 1998

- determinazione dei tem- 30 giorni dalla en-

pi massimi di attesa da trata in vigore del-

parte dei Direttori Ge- la direttiva.

nerali delle Aziende: I 30 giorni decorro-

Anche ai fini dell'espletamento delle attività di vigilanza e controllo di cui all'art. 32, comma 9, della L. n. 449/97, le Aziende sanitarie provvederanno a trasmettere al competente Assessorato copia degli atti adottati in applicazione di quanto indicato ai punti 1. (Assistenza specialistica resa in ambiente ospedaliero e territoriale) e 2. (Criteri per la gestione delle liste di attesa e per la determinazione del tempo massimo di attesa).

3. SISTEMA INFORMATIVO PER L'ATTIVITA' SPECIALISTICA AMBULATORIALE

OBIETTIVI

L'attivazione di un sistema informativo dell'attività specialistica ambulatoriale ha come scopo la descrizione/valutazione dell'attività ambulatoriale a fini sia epidemiologico-clinici, sia di finanziamento, sia organizzativo gestionali.

Si sottolinea che la presenza di un sistema informativo dettagliato ed esaustivo rappresenterà criterio di valutazione per l'accreditamento delle Strutture Ambulatoriali.

Al fine di definire un flusso informativo standardizzato, l'identificazione delle prestazioni avverrà, per tutte le branche specialistiche, secondo il Nomenclatore Tariffario Regionale (Delibera di Giunta Regionale n. 410/97), inclusa la psichiatria che, fino ad oggi, ha seguito percorsi autonomi. Discorso analogo occorrerà sviluppare per l'attività di Pronto Soccorso non seguita da ricovero che, pur con le necessarie specificità, dovrà avere identiche modalità di raccolta dati.

Per la corretta codifica ed identificazione delle prestazioni nonché per la uniforme interpretazione del nomenclatore tariffario regionale, occorre attenersi alle indicazioni tecniche fornite dall'Assessorato alla Sanità sulla base dell'attività di coordinamento svolta a livello regionale dal gruppo di lavoro, istituito dall'Agenzia Sanitaria Regionale, per il Controllo di Qualità della codifica delle prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale e per la verifica dell'uniforme applicazione del Nomenclatore Tariffario Regionale.

Il sistema informativo, oltre a favorire la programmazione, la gestione e la valutazione a livello aziendale, deve essere in grado di rispondere anche ai seguenti debiti informativi:

- monitoraggio dei tempi di attesa;
- mobilità sanitaria extra ed infra regionale;
- flusso per il Ministero della Sanità (Modello STS21);
- dati aggregati per il livello di Governo regionale (definiti annualmente).

La rilevazione e la gestione analitica delle informazioni relative all'attività specialistica ambulatoriale avverrà a livello aziendale con modalità standardizzate come previsto dalla già citata Delibera Regionale n.410/97. La rilevazione che si propone è esaustiva per quanto concerne le risposte ai debiti informativi sopra evidenziati e costituisce la base di un sistema informativo relazionale che, a livello aziendale, può essere ampliato con informazioni aggiuntive per rispondere a esigenze conoscitive locali (esempio dati economico finanziari, etc).

Non si ritiene di aggiungere ulteriori informazioni riguardo al ticket, dal momento che sono previste a livello nazionale modifiche alle attuali modalità di computo e riscossione dello stesso.

3.1 Struttura del sistema informativo

Il sistema informativo prefigurato si basa sul modello organizzativo ottimale che prevede un Centro Servizi Ambulatoriali (C.S.A.) che svolge attività integrata con i Centri di Prenotazione per l'aggiornamento delle agende di prenotazione, in relazione ai piani di attività delle unità erogatrici e per la gestione delle liste d'attesa. A tal fine occorre un'interfaccia comune, intesa in senso informatico, fra C.S.A e Centri di Prenotazione, per lo scambio e l'aggiornamento continuo dei dati.

Il C.S.A, dal punto di vista del sistema informativo, coordina le attività di raccolta e gestione dei dati primari. Per dati primari si intendono i dati relativi alle disponibilità di prenotazione delle prestazioni, i dati sulle prenotazioni effettuate e i dati relativi alle prestazioni erogate.

Il rapporto tra il C.S.A e Centri di Prenotazione è così esemplificato: l'utente accede ai diversi punti di prenotazione, originando la lista di attesa che viene trasmessa al C.S.A. i quali:

- curano la predisposizione delle agende di attività;
- modulano l'offerta delle strutture erogatrici in feed back con il sistema delle prenotazioni.

3.2 Dati relativi alle prenotazioni

Le prenotazioni per le prestazioni specialistiche ambulatoriali possono avvenire in sedi e con modalità diverse.

E' importante che tutte le informazioni possano essere gestite a livello del C.S.A. che, in maniera coordinata rispetto alle singole unità erogatrici, curano la predisposizione delle agende di lavoro in modo da prevedere una gestione flessibile ed efficiente delle liste di attesa.

Fra i dati relativi alle prenotazioni si ritiene utile inserire un codice che individui tutte le prestazioni prenotate da uno stesso paziente in occasione di un accesso al centro di prenotazione. Tale codice, che in un sistema informatizzato sarà autogenerato, può essere definito come "codice contatto".

In una prima fase di implementazione del S.I. alcune realtà aziendali sperimenteranno la raccolta di questa variabile; in tal modo si prefigura la possibilità di analizzare e descrivere non solo quante e quali prestazioni vengono richieste ed erogate, ma anche, verosimilmente, per quali pazienti a fronte di quali problemi, venendo a definire in maniera sempre più completa, man mano che aumenta l'integrazione tra banche dati allocate in sedi diverse, i percorsi dei pazienti e gli episodi di malattia.

Le informazioni relative alle prenotazioni, raccolte in gran parte da chi svolge la funzione di prenotazione, saranno trasmesse al C.S.A che provvederà a integrarle e/o inserirle nel proprio sistema informativo. Queste si dividono in:

A. variabili relative al singolo paziente:

- Codice fiscale
- Cognome (separato dal nome)
- Nome (separato dal cognome)
- Comune di nascita (Codice Istat)
- Data di nascita
- Sesso
- Comune di residenza (Codice Istat)
- Indirizzo (recapito, se ritenuto necessario a fini gestionali)
- Numero telefonico (recapito, se ritenuto necessario a fini gestionali)

B. variabili relative alla singola prenotazione:

- Data in cui il paziente si presenta al Centro di Prenotazione per richiedere la prestazione sanitaria (I contatto),
- Codice contatto di prenotazione, ovvero un codice identico attribuito a tutte le prestazioni prenotate per lo stesso paziente in un accesso al Centro di prenotazione (facoltativo nella prima fase di implementazione del S.I.)
- Numero prescrizione
- Data prescrizione
- Codice medico proponente
- Tipologia medico richiedente
- Codice prestazione richiesta
- Data di prenotazione comunicata

- Codice di precedenza (sulla base dei criteri indicati per le liste di attesa e dei protocolli individuati a livello aziendale).

3.3 Dati relativi alle prestazioni erogate

Per quanto riguarda la rilevazione delle variabili relative alle prestazioni erogate occorre precisare che la visita, intesa come incontro fra paziente e medico specialista, è l'unità base di rilevazione e il referto lo strumento stesso di rilevazione delle informazioni. E' da sottolineare che buona parte delle informazioni richieste dovrebbero essere già disponibili perché rilevate al momento della prenotazione (dati anagrafici, dati relativi alla prescrizione e al medico richiedente) e, quindi, che i referti dovrebbero arrivare al professionista sanitario già pre-compilati.

- Base informativa minima: il Referto specialistico

Avendo definito come unità di base della rilevazione la visita documentata nel Referto specialistico, vengono di seguito riportate le informazioni di minima richieste per il Referto. Fra queste informazioni sono incluse anche quelle relative al ticket poiché il Referto è considerato il documento unico che registra tutte le informazioni relative ad una visita.

Le informazioni del Referto si suddividono in:

A. Variabili relative al singolo paziente:

- tutti i dati anagrafici già elencati fra le variabili relative al singolo paziente nei dati relativi alle prenotazioni
- modalità di accesso (prenotazione, libero accesso, P.S.)
- posizione ticket (esente, non esente, pagamento quota ricetta)

B. variabili relative alle prestazioni erogate

- codice Referto (codice univoco all'interno della struttura erogatrice)
- numero prescrizione/proposta (ricetta)
- codice unità che eroga la prestazione
- codice della prestazione erogata

- numero prestazioni erogate per ogni tipologia
- data di erogazione (la data è unica per tutte le prestazioni di uno stesso Referto)
- prestazioni pre-ricovero o post-ricovero (sì, no)
- diagnosi/segni/sintomi (facoltativo nella prima fase di implementazione del S.I.)

La rilevazione di diagnosi/segni/sintomi verrà condotta in via sperimentale, nelle prime fasi di implementazione del S.I., presso alcune realtà aziendali e per alcune tipologie di prestazioni.

3.4 Implementazione del Sistema informativo

Sono state fin qui individuate le informazioni che devono essere raccolte al momento della prenotazione e a quello dell'erogazione delle prestazioni. A partire dai dati primari è necessario individuare una struttura informativa standard che li contenga e permetta la loro disaggregazione e la successiva riaggregazione per livelli significativi.

In tutti i casi occorre che le basi dati siano il più omogenee possibili dal punto di vista dei contenuti e delle tecnologie utilizzate. Va da sé che, almeno a livello aziendale, i vari punti di erogazione debbano adottare tecnologie e strutture di dati assolutamente omogenee e compatibili. Ma sarebbe indubbiamente utile che anche a livello interaziendale si raggiungesse un'integrazione ottimale delle basi dati.

Dovendo implementare ex novo un sistema informativo o dovendo reingegnerizzare un sistema già esistente, non bisogna precludersi possibilità di analisi, e quindi conviene predisporre la base di dati sia dal punto di vista dei contenuti che delle soluzioni tecnologiche per gli sviluppi futuri potenzialmente utili del sistema.

A tale scopo viene istituito un gruppo di coordinamento dei responsabili del sistema informativo dell'attività specialistica ambulatoriale presso l'Agenzia Sanitaria, finalizzato a verificare le compatibilità per realizzare l'integrazione ottimale delle basi dati anche al fine di:

- 1 - costruire a livello aziendale una struttura relazionale che, a partire dai dati anagrafici del paziente, riaggreghi tutte le prestazioni erogate in un definito intervallo di tempo;

2 - integrare in rete, a livello aziendale, gli archivi dei C.S.A.;

3 - verificare la possibilità della consultazione in rete degli archivi aziendali da parte del livello regionale.

INDICE

Atto deliberativo di approvazione della direttiva pag. 1

Allegato n. 1 - Linee guida per la rimodulazione dell'attività specialistica ambulatoriale ospedaliera e territoriale e per l'istituzione del sistema informativo. Criteri per la determinazione del tempo massimo di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e disciplina delle modalità per il rispetto della tempestività dell'erogazione delle prestazioni ai sensi del X e XII comma dell'art. 3 del D.L.vo n. 124 del 29 aprile 1998. pag. 6

Motivazioni e finalità pag. 6

1 - Assistenza specialistica resa in ambiente ospedaliero e territoriale pag. 7

1 - Aree di attività interessate pag. 7

2 - Orientamenti generali pag. 8

3 - Modello organizzativo pag. 9

1 - Organizzazione della funzione
ambulatoriale pag. 9

2 - Presa in carico organizzativa
e clinico-assistenziale pag. 10

3 - Centro Servizi Ambulatoriali e
Punti di Accoglienza pag. 11

2 - Criteri per la gestione delle liste di attesa e per la determinazione del tempo massimo di attesa pag. 13

1 - Gestione delle liste di attesa pag. 13

2 - Criteri di priorità per l'accesso
alle prestazioni specialistiche pag. 15

3 - Determinazione del tempo massimo
tra la data della richiesta e la erogazione delle prestazioni pag. 16

4 - Registro delle prenotazioni pag. 17

5 - Indicazioni in ordine all'applicazione del XII comma dell'art. 3 del D.L.vo 124/98 pag. 18

1 - Razionalizzazione della domanda pag. 18

2 - Razionalizzazione dell'offerta pag. 19

3 - Tempi di attuazione. Vigilanza e controllo pag. 21

3 - Sistema informativo per l'attività specialistica ambulatoriale pag. 22

Obiettivi pag. 22

1 - Struttura del sistema informativo pag. 23

2 - Dati relativi alle prenotazioni pag. 24

3 - Dati relativi alle prestazioni erogate pag. 25

4 - Implementazione del sistema informativo pag. 26