



Giunta Regionale
Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

Il Direttore Generale
Leonida Grisendi

Protocollo N° ASS/DIR/06/282

Data 04/01/2006

Ai Direttori Generali
Ai Direttori Sanitari
delle Aziende Sanitarie
della Regione Emilia Romagna

Al Commissario Straordinario
Al Direttore Sanitario
Degli II.OO.Rizzoli

e p.c. Ai Direttori di Distretto
Ai Responsabili di Presidio Ospedaliero
Ai Direttori di Dipartimento di Cure
Primarie

Circolare n. 1

Ai Referenti del Sistema Informativo della
Specialistica Ambulatoriale

Ai Referenti Organizzativi della
Specialistica Ambulatoriale

delle Aziende Sanitarie
della Regione Emilia Romagna

**OGGETTO: Il monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali
(flusso TDA)**

Si invia la circolare in oggetto con la quale si intende disciplinare la modalità di attuazione del monitoraggio regionale dei tempi di attesa attraverso la ridefinizione dei

criteri di rilevazione, con particolare riferimento a quanto stabilito dalla Circolare 10/99.

Le nuove modalità di rilevazione tengono conto degli adeguamenti intervenuti nel corso di questi anni sul monitoraggio regionale e delle indicazioni emerse dalla sperimentazione nazionale, avviata in applicazione dell'Accordo del 14 febbraio 2002 tra Governo, Regioni e Province Autonome.

Ringraziando per la collaborazione, si inviano cordiali saluti

Leonida Grisendi

**Servizio Assistenza Distrettuale Pianificazione
e Sviluppo dei Servizi Sanitari**

Il Dirigente Responsabile del Servizio

Augusto Zappi

Protocollo N°. ASS/DIR/06/282

Data 04/01/2006

Circolare n. 1

OGGETTO: Il monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali (flusso TDA)

Il presente provvedimento disciplina le modalità di attuazione del monitoraggio regionale dei tempi di attesa attraverso la ridefinizione dei criteri di rilevazione, con particolare riferimento a quanto stabilito dalla Circolare 10/99. Le nuove modalità, infatti, tengono conto degli adeguamenti intervenuti nel corso di questi anni sul monitoraggio regionale e delle indicazioni emerse dalla sperimentazione nazionale, avviata in applicazione dell'Accordo del 14 febbraio 2002 tra Governo, Regioni e Province Autonome. L'Accordo fissa gli standard di riferimento per i tempi massimi di attesa (30 giorni per le visite specialistiche e 60 giorni per le prestazioni di diagnostica strumentale) che devono essere garantiti almeno all'80% dei cittadini che richiedono la prestazione.

Le novità introdotte nel monitoraggio dei tempi di attesa riguardano la rilevazione prospettica, ed in particolare dal 2004 si effettua raccolta sistematica di:

- tutte le date di prenotazione relative alle prestazioni oggetto di monitoraggio;
- informazioni dettagliate relative alle agende di prenotazione gestite dalle singole strutture¹ con particolare attenzione alle eventuali chiusure;

¹ Si utilizzano i codici STS della rilevazione ministeriale (D.M. 23/12/1996) come indicato nella nota prot. ASS/DIR 52930 del 4/12/2001.

- informazioni dettagliate relative alle priorità di accesso e alle modalità di gestione delle urgenze 24 ore di quelle differibili (accesso diretto, prenotazione CUP, contatto diretto con il professionista e punto unico di gestione delle richieste);

mettendo in evidenza la centralità del ruolo delle Aziende USL nella gestione e raccolta dei dati sui tempi di attesa di tutti gli erogatori, ubicati sul proprio ambito territoriale, comprese le Aziende ospedaliere.

Le ulteriori integrazioni, previste per il 2006, sono:

- il periodo della rilevazione viene ampliato passando da un giorno ad una settimana lavorativa (dal lunedì al venerdì);
- il monitoraggio viene integrato con la rilevazione della visita odontoiatrica per avviare le prime verifiche sul livello di attuazione del programma regionale della assistenza odontoiatrica (DGR 2678/04);
- l'implementazione di un applicativo informatizzato di acquisizione, controllo ed elaborazione dei dati sui tempi di attesa prospettati al fine di automatizzare la rilevazione e produrre in tempo reale la reportistica aziendale e regionale.

Il monitoraggio dei tempi di attesa coinvolge, inoltre, diversi aspetti i cui contenuti sono stati dettagliati nei seguenti paragrafi.

1. Le rilevazioni dei tempi di attesa: prospettica e retrospettiva
2. Soggetti erogatori
3. Rilevazione prospettica: specifiche tecniche
4. Cadenza e "periodo" di rilevazione
5. Reportistica
6. La comunicazione dei tempi di attesa
7. Normativa di riferimento

Allegato 1: Disciplinare tecnico del monitoraggio regionale

Allegato 2: Prestazioni oggetto di monitoraggio

Allegato 3: Il tracciato record

Allegato 4: Schema tipo

1. Le rilevazioni dei tempi di attesa: prospettica e retrospettiva

La rilevazione dei tempi di attesa può avvenire in base a due modalità: prospettica e retrospettiva.

La modalità prospettica è quella nella quale l'oggetto di rilevazione è il Tempo di attesa prospettato ovvero il tempo, espresso in giorni, che intercorre tra la data nella quale l'utente si presenta allo sportello per richiedere un appuntamento e la data assegnatagli per l'effettuazione della prestazione (per i dettagli vedi Allegato 2).

E' una modalità di rilevazione ex ante, effettuata cioè prima della effettiva erogazione della prestazione.

Fornisce informazioni utili alla gestione immediata delle liste di attesa in quanto consente il riorientamento dell'offerta a livello territoriale, in tempi rapidi, sulla base delle criticità emerse. Permette, inoltre, i confronti a livello Aziendale, distrettuale e di singola struttura.

Tale modalità di rilevazione è effettuata su un set di prestazioni individuate in quanto a rischio di superamento degli standard regionali/nazionali.

Il set di prestazioni per cui è previsto attualmente il monitoraggio è elencato nell'**Allegato 1** e potrà essere aggiornato sulla base delle priorità individuate dalla programmazione regionale.

La modalità retrospettiva è quella nella quale l'oggetto di rilevazione è il Tempo di attesa effettivo ovvero il tempo, espresso in giorni, che intercorre tra la data di prenotazione e la data di erogazione della prestazione.

È una modalità di rilevazione ex post, effettuata cioè dopo l'effettiva erogazione della prestazione.

Essa è prevista nell'ambito del flusso informativo della specialistica ambulatoriale (ASA) che rende obbligatori i campi data di prenotazione e di erogazione dal 2005.

Il calcolo del tempo di attesa effettivo implica, comunque, l'analisi congiunta delle seguenti variabili:

- Regime di erogazione: prestazioni erogate in SSN (codice 01)
- Modalità di accesso: ordinario programmabile (codice 01), urgente 24 ore (codice 03), urgente differibile 7 giorni (codice 04)
- Codice disciplina: necessario per individuare la tipologia di visita; con l'esclusione della disciplina di Pronto Soccorso (106).

Limiti e vantaggi delle due rilevazioni

La rilevazione prospettica dei tempi di attesa fornisce informazioni relative ai tempi di erogazione delle prestazioni offerte ed al loro utilizzo sulla base di criteri di priorità. Richiede ovviamente il rispetto delle regole del sistema di prenotazione, quali gestione complessiva dell'offerta, superamento della chiusura periodica delle liste ecc., per garantirne la gestione trasparente e permettere ai cittadini di scegliere realmente tra le soluzioni proposte. Inoltre, questo tipo di rilevazione, fornendo indicazioni in tempi più rapidi rispetto alla retrospettiva, permette alle aziende la rimodulazione dell'offerta sulla base di eventuali criticità emergenti.

Peraltro, rilevando tutti gli appuntamenti, permette anche di monitorare tutti i tempi prospettati, quindi anche quelli dell'utente che decide di non presentarsi all'appuntamento assegnato. Resta il fatto che questo sistema di rilevazione, a livello regionale, è comunque limitato ad un set di prestazioni.

La rilevazione retrospettiva è, invece, applicata a tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali; garantisce il calcolo del tempo che effettivamente il paziente ha atteso per ottenere la prestazione, al netto degli abbandoni dei pazienti che scelgono una soluzione alternativa pur avendo prenotato la prestazione.

I risultati ottenuti costituiscono un utile strumento di verifica complessiva degli interventi di programmazione, realizzati nell'ambito dell'attività specialistica da parte delle Aziende ma ha tempi di elaborazione molto più lunghi e, quindi, poco utile per la gestione corrente dell'offerta.

L'utilizzo concomitante delle due modalità di rilevazione fornisce quindi un valido strumento di analisi di gestione delle liste di attesa

2. Soggetti erogatori

Sono soggette alla rilevazione tutte le strutture pubbliche e private accreditate, le Aziende Ospedaliere/IRCCS comprese le strutture private accreditate con le quali le AUSL hanno stipulato un contratto di fornitura.

Le strutture erogatrici devono essere rilevate esclusivamente per gli aggregati delle prestazioni da loro eseguite.

3. Rilevazione prospettica: specifiche tecniche

Le Aziende USL territorialmente competenti sono tenute ad organizzare la raccolta dei dati da rilevare presso le proprie strutture, nonché presso tutti gli altri erogatori accreditati (compresa l'Azienda Ospedaliera) presenti nel territorio dell'Azienda stessa, inserendo ciascun erogatore nel distretto di riferimento ed inviando i dati alla Regione dopo averne verificato la coerenza.

Devono essere rilevati i dati puntuali relativi a ogni singolo paziente che, nel periodo indicato, richiede un appuntamento presso qualsiasi punto della rete di prenotazione.

La rilevazione dettagliata di tutte le prenotazioni avvenute nel periodo indice è necessaria per l'analisi puntuale dei dati e per i relativi controlli di qualità.

Prestazioni monitorate e modalità di accesso

La rilevazione riguarda le prestazioni contenute nell'Allegato 1 come prima visita o prima prestazione diagnostica/terapeutica (programmabili) o prestazioni urgenti (24 ore) e urgenti differibili (7 giorni).

Sono escluse dalla rilevazione le seguenti modalità di accesso:

- ◆ i *controlli*: intesi come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista/equipe che ha già preso in carico il paziente;
- ◆ i programmi di *screening*;
- ◆ la *libera-professione intramuraria*.

I dati devono essere inviati secondo il tacciato record allegato, che prevede una parte di testata nella quale vengono raccolte tutte le informazioni generali riguardanti gli erogatori e le agende di prenotazione, ed una di dettaglio nella quale si registrano informazioni riguardo le prenotazioni effettuate.

Informazioni generali:

- ◆ codice e descrizione dell'Azienda;
- ◆ codice e descrizione del distretto in cui ha sede l'erogatore;
- ◆ codice STS e descrizione della struttura erogante;
- ◆ codice dell'aggregazione di prestazioni;

- ◆ numero delle agende di prenotazione informatizzate o cartacee presenti per l'erogatore e l'aggregato di interesse;
- ◆ numero di agende effettivamente utilizzabili per la prenotazione al momento in cui avviene il monitoraggio, che può differire dal precedente solo per gravi o eccezionali motivi di sospensione temporanea di alcune delle stesse;
- ◆ numero di prestazioni programmabili offerte settimanalmente;
- ◆ numero di prestazioni riservate alle urgenze differibili nella settimana;
- ◆ modalità di gestione delle urgenze differibili e delle urgenze 24 ore (accesso diretto, prenotazione a CUP, rapporto col professionista, punto unico di gestione delle richieste);
- ◆ numero di pazienti presenti nella lista di attesa all'inizio della rilevazione;

Informazioni di dettaglio per ogni prenotazione effettuata:

- ◆ codice dell'Azienda, codice del Distretto e codice STS della Struttura presso cui si effettua la prenotazione;
- ◆ codice dell'aggregato;
- ◆ codice della prestazione (come da Nomenclatore tariffario Regionale) che il paziente ha richiesto;
- ◆ codice della disciplina nel caso di visita specialistica con codice generico 89.7;
- ◆ data del giorno in cui il paziente contatta l'Azienda per la richiesta di prenotazione;
- ◆ data dell'appuntamento assegnata all'utente per l'effettuazione della prestazione;
- ◆ tipo di priorità assegnata a quella prenotazione (programmabile, urgenza differibile, urgenza 24 ore);
- ◆ tempo, espresso in giorni, dato dalla differenza tra la data dell'appuntamento e la data in cui viene contattata la struttura per la prenotazione (data di contatto);
- ◆ per ogni prenotazione deve essere messo in evidenza, tramite un campo dedicato con valorizzazione 0/1, se il tempo di attesa prospettato all'utente rispetta o meno gli standard regionali e nazionali fissati.

3.1 Odontoiatria

La DGR 2678/2004 "Approvazione del programma assistenza odontoiatrica nella regione Emilia-Romagna: programma regionale per l'attuazione dei LEA e la definizione di livelli aggiuntivi" riconduce i tempi di attesa standard della visita odontoiatrica a quelli della totalità delle visite.

Oggetto del monitoraggio prospettico è, in questa fase, il tempo di attesa per l'accesso alla prima visita, che dovrà essere distinta secondo i tre settori di attività in: protesica, ortodontica e conservativa.

A tale scopo sono state create tre ulteriori aggregazioni nelle quali il codice prestazione ed il codice disciplina coincidono mentre sono differenti le denominazioni (vedi Allegato 1).

La modalità di accesso urgente dovrà essere indicata solo nel caso della visita finalizzata all'avvio del percorso di tipo conservativo, pertanto non saranno valorizzate prenotazioni in regime di urgenza per le tipologie di visita protesica e ortodontica.

La valutazione dell'intero percorso sarà inoltre realizzata a cura dell'apposito gruppo di monitoraggio, previsto dalla DGR 2678/2004, con specifiche modalità e strumenti di rilevazione dedicati .

4. Cadenza e “periodo” di rilevazione

La rilevazione ricorre con cadenza trimestrale. La durata del periodo di riferimento (periodo indice) nel quale i soggetti interessati sono tenuti a raccogliere i dati richiesti è pari ad una **settimana lavorativa, dal lunedì al venerdì (5 gg).**

5. Reportistica

I dati raccolti, a seguito di specifiche elaborazioni, costituiranno l'oggetto di una reportistica finalizzata ad operare un confronto tra le diverse realtà provinciali e a promuoverne l'utilizzo di strumenti uniformi di gestione dell'offerta.

Per ogni Azienda USL vengono prodotti tre tipi di report :

- *Analisi dei dati riguardanti le prestazioni Programmabili per distretto con sintesi aziendale*
- *Analisi dei dati riguardanti le prestazioni Urgenti Differibili per distretto con sintesi aziendale*
- *Rappresentazione grafica tramite box plot della distribuzione delle prenotazioni nel periodo di rilevazione.*

E' in fase di realizzazione, inoltre, una elaborazione che permetta il confronto di alcuni indicatori su base regionale.

Si ricorda che i dati inerenti le Aziende ospedaliere e IRCCS sono contenuti all'interno del Distretto di riferimento.

Analisi dei dati:

Le informazioni mostrate nei report di dati per la settimana di rilevazione sono:

- ◆ Popolazione residente;
- ◆ Offerta settimanale di Prestazioni Programmabili ;
- ◆ Offerta settimanale di Urgenze differibili;
- ◆ Numero di pazienti che risultano in attesa della prestazione alle ore 00 del primo giorno di rilevazione;
- ◆ Numero di pazienti che sono stati prenotati durante il periodo di rilevazione;
- ◆ Parametri prodotti dalla elaborazione statistica dei tempi di attesa prospettati agli utenti per le singole prestazioni: tempo minimo, tempo massimo, tempo medio, tempo mediano, deviazione standard (espressi in giorni);
- ◆ Indice di Performance: percentuale dei pazienti che hanno ottenuto una prenotazione con tempi di attesa prospettati entro gli standard rispetto al totale dei pazienti prenotati;

- ◆ **Indice di Offerta:** rapporto del numero di prestazioni programmabili settimanali offerte rispetto alla popolazione residente nel territorio in cui insiste il distretto/l'azienda e il numero di prestazioni erogate l'anno precedente dalla Azienda USL (fonte banca dati ASA);
- ◆ **Indice di Produzione:** prestazioni erogate dalla Azienda USL ogni 1000 abitanti (fonte banca dati ASA);
- ◆ **Indice di Consumo standardizzato:** n° di prestazioni fruite dalla popolazione residente nel territorio su cui insiste l'Azienda USL in qualsiasi struttura del territorio nazionale (fonte banca dati ASA).

Rappresentazione Grafica:

Le rappresentazioni grafiche, per Azienda USL e per Distretto, tramite Box-Plot, (o grafici a "scatola con baffi"), descrivono in modo schematico l'insieme dei dati per singole variabili utili per focalizzare le analisi che permettano di comprendere meglio il fenomeno complessivo, in particolare la collocazione dei tempi prospettati agli utenti.

Le principali caratteristiche di questo tipo di rappresentazione sono:

- La "scatola" (rettangolo centrale) corrisponde alla parte centrale della distribuzione e comprende circa il 50% dei casi;
- La mediana è individuata dalla linea orizzontale all'interno della scatola;
- I "baffi" rappresentano le code della distribuzione per cui tra i due estremi è compreso il 95% dei casi osservati. Vi è un 5% di casi limite che questa rappresentazione esclude in quanto marginali e potenzialmente confondenti.

6. La comunicazione dei tempi di attesa

Le Aziende sono tenute alla diffusione e alla comunicazione delle informazioni inerenti i tempi di attesa ai sindaci in sede di Conferenza territoriale sociale e sanitaria e di Comitato di Distretto, ai cittadini, alle loro rappresentanze, alle organizzazioni sindacali.

A garanzia di una comunicazione efficace in sede di Conferenza territoriale sociale e sanitaria e di Comitato di Distretto è stato predisposto uno schema tipo di rapporto contenente valutazioni sull'andamento delle attività della specialistica ambulatoriale (vedi Allegato 4).

Lo schema sintetizza le informazioni inerenti i tempi di attesa, le azioni e gli strumenti messi a punto in ambito Distrettuale e Aziendale per il contenimento degli stessi e per migliorare l'accessibilità (ad esempio il numero di punti di prenotazione per abitante, le ore giornaliere di apertura e l'offerta per tipologia di prestazioni, vedi Allegato 4).

Tale schema tipo sarà discusso con un'apposita iniziativa, rivolta in particolare ai *Direttori di Distretto* in quanto agli stessi è affidato il compito di relazionare sui tempi di attesa ai Comitati di Distretto.

Lo schema dovrà essere redatto almeno ogni sei mesi dalle Aziende UsI per i Comitati di Distretto e quindi per le Conferenze territoriali sociali e sanitarie e per le OO.SS. territoriali come da Protocollo di intesa di cui alla circolare 9/01.

Sarà utilizzato dall'Assessorato alla Sanità per valutazioni congiunte con le parti sociali interessate.

E' evidente che oltre a questo tipo di comunicazione di tipo più istituzionale, le Aziende dovranno curare in modo particolare le informazioni ai cittadini sulle modalità di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali anche attraverso locandine, opuscoli e qualunque strumento utile ad una divulgazione efficace e tempestiva anche presso i punti CUP e gli URP.

7. Normativa di riferimento

- **D.Lgs n. 124/98:** "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".
- **DGR 1296/98:** "Linee guida per la rimodulazione dell'attività specialistica ambulatoriale e per l'istituzione di un sistema informativo. Indicazioni in ordine all'applicazione del X e XII comma dell'art.3, del D.Lgs 124/98".
- **Circolare 10/99:** "Attuazione direttiva n° 1296/98 per specialistica ambulatoriale: Specifiche per il sistema informativo e rilevazione dell'attività di specialistica ambulatoriale; Indicazioni sui criteri di rilevazione delle liste di attesa e dei relativi tempi e sulle modalità di monitoraggio".
- **DGR 3085/01:** "Approvazione degli accordi attuativi regionali ex dpr 270/2000".
- **Circolare 9/01:** "Protocollo d'intesa con le OOSS –CGIL-CISL-UIL: Assistenza specialistica ambulatoriale: i tempi di attesa ed il governo delle liste di attesa".
- **DPCM 29/11/2001:** "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza".
- **Circolare 3/02:** "Specifiche per il sistema informativo e rilevazione dell'attività specialistica ambulatoriale"
- **Accordi del 14 febbraio e 11 luglio 2002 tra Governo, Regioni e Province Autonome**
- **Nota prot. 50208/02:** "Sottoscrizione con le OOSS –CGIL-CISL-UIL: degli obiettivi 2002-2003 come prosecuzione degli impegni assunti con "protocollo d'intesa con le OOSS –CGIL-CISL-UIL: Assistenza specialistica ambulatoriale: i tempi di attesa ed il governo delle liste di attesa" (circ. 9/2001)".
- **Nota prot. 5905/03:** "Legge finanziaria 2003: Adempimento ai fini dell'accesso all'adeguamento del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale: Liste di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali".
- **Circolare 13/03:** "Integrazioni alla Circolare Regionale n.3 del 07/02/2002 -Specifiche per il sistema informativo".
- **DGR 896/03** "Finanziamento del servizio sanitario regionale per l'anno 2003. linee di indirizzo per la programmazione delle attività delle aziende sanitarie".
- **Nota prot. 31976/03** "Attuazione degli accordi aziendali dei medici specialisti ambulatoriali interni. Linee d'azione e obiettivi per il 2003-2004".
- **Nota prot. 31554/04** "Percorsi di accesso per le prestazioni ambulatoriali urgenti nelle aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna in attuazione al protocollo d'intesa con le O.O.S.S".
- **DGR 1280/04** "Linee di programmazione e finanziamento del servizio sanitario regionale per l'anno 2004".
- **DGR 2678/2004** "Approvazione del programma assistenza odontoiatrica nella regione Emilia-Romagna: programma regionale per l'attuazione dei LEA e la definizione di livelli aggiuntivi"

- **Circolare 6/05** “Specifiche tecniche relative alla trasmissione e ritorno informativo del flusso relativo all’Assistenza Specialistica Ambulatoriale (ASA) - anno 2005”.

I referenti regionali per il monitoraggio sono:

- Dott.ssa Enrica Garuti Tel 051 6397306 e-mail egaruti@regione.emilia-romagna.it
- Dott.ssa Piera Sanna Tel 051 6397308 e-mail psanna@regione.emilia-romagna.it

Distinti saluti

Augusto Zappi

Monitoraggio regionale su tempi e liste d'attesa

Prestazioni da considerare:

- ◆ le prestazioni che costituiscono prima visita o prima prestazione diagnostica/terapeutica (programmabili),
- ◆ prestazioni urgenti (24 ore) e urgenti differibili (7 giorni).

Prestazioni escluse dal monitoraggio dei tempi di attesa:

- ◆ *visite/esami di controllo*, intesi come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che ha già preso in carico il paziente,
- ◆ prestazioni inserite in programmi di *screening*,
- ◆ prestazioni in libera-professione intramuraria.

Periodo di rilevazione dei tempi di attesa:

vengono raccolti i dati di tutte le prenotazioni per le prestazioni oggetto di monitoraggio effettuate nelle strutture della azienda durante un'**intera settimana lavorativa**, dal lunedì al venerdì.

Specifiche per calcolare il nuovo indice di Performance:

Indice di Performance: la percentuale (%) del numero di pazienti prenotati nella settimana indice con tempo di attesa \leq agli standard regionali (30 gg. per le visite e 60 gg. per la diagnostica) sul totale dei pazienti prenotati nella settimana indice.

Descrizione dei campi presenti nel tracciato di testata

- **Codice Azienda (COD_AZ):** Ai fini della presente rilevazione s'intendono le Aziende sanitarie locali, le quali ricevono e sintetizzano i dati di base rilevati presso le proprie strutture nonché presso tutti gli altri erogatori accreditati con cui hanno stipulato un accordo di fornitura (quali strutture private accreditate, Aziende ospedaliere, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ecc.).
Le aziende verificano la completezza, la coerenza e l'affidabilità dei dati, anche confrontandoli con quanto a loro conoscenza da altre indagini e, se del caso, chiedono verifiche e conferme. Successivamente, avuta certezza dell'affidabilità dei dati, provvedono ad inviare gli stessi validati alla Regione.
- **Descrizione Azienda (DES_AZ):** Descrizione corrispondente al codice Azienda indicato.
- **Codice Regionale Distretto (COD_DISTR):** Codice corrispondente al distretto cui fa riferimento la struttura oggetto di rilevazione (vedi **Allegato 4**)
- **Descrizione Distretto (DES_DISTR):** Descrizione corrispondente al codice di distretto indicato nel campo (vedi **Allegato 4**)
- **Codice Struttura STS (COD_STR):** Codice corrispondente alla struttura oggetto di rilevazione assegnato dall'USL di appartenenza e utilizzato per la compilazione dell'STS11
- **Descrizione Struttura (DES_STR):** Descrizione corrispondente al codice di struttura indicato nel campo precedente

- **Codice prestazione aggregata (AGGR_PREST):** In questo campo va indicato il codice aggregativo delle prestazioni abbinato secondo l'**Allegato 2**. Le singole voci sono state così accorpate al fine di rispettare la comune logica di gestione delle liste d'attesa.
- **Numero agende totali per quell'aggregazione (NR_AGENDE_TOT):** In questo campo va indicato il numero di agende totali per quell'aggregazione in quella struttura. Per agenda s'intende lo strumento cartaceo o informatizzato utilizzato per la prenotazione della/e prestazioni di interesse.
- **Numero agende utilizzate per quell'aggregazione (NR_AGENDE_UTIL):** In questo campo va indicato il numero di agende utilizzate al momento della rilevazione per quell'aggregazione in quella struttura. Per agenda s'intende lo strumento cartaceo o informatizzato utilizzato per la prenotazione della/e prestazioni di interesse.
- **Numero prestazioni programmabili settimanali offerte (DISP_PROGR):** In questo campo va indicato il numero di posti disponibili nella settimana per effettuare quella prestazione complessivamente per l'intera struttura.
- **Numero prestazioni urgenti differibili settimanali offerte (DISP_DIFF):** In questo campo va indicato il numero di posti disponibili per le urgenze differibili nella settimana per effettuare quella prestazione complessivamente per l'intera struttura. Questo campo deve essere valorizzato con 0 nel caso in cui non sia prevista offerta per l'urgenza differibile oppure nel caso in cui il numero di posti disponibili non sia quantificabile. Quindi nel caso in cui l'azienda non offra le urgenze differibili il campo GEST_DIFF dovrà essere valorizzato con NO, mentre nel caso in cui non sia possibile quantificare un numero definito di posti disponibili riservati alle urgenze GEST_DIFF, ed eventualmente GEST_DIFF2, devono essere valorizzati con AD o CU o RD o PU.
- **Modalità di gestione delle urgenze (GEST_DIFF) (GEST_DIFF2) (GEST_24ORE) (GEST_24ORE2):** Sono previsti 4 campi riguardanti le modalità di gestione adottate; rispettivamente, i primi due per le urgenze differibili, mentre i secondi per le urgenze 24 ore. I valori che possono assumere sono:
 - AD - Accesso diretto: modalità organizzativa che non prevede la prenotazione (riguarda specifiche prestazioni individuate dall'azienda).
 - CU - Prenotazione a CUP: modalità di accesso che prevede l'utilizzo di un sistema di prenotazione informatizzato a valenza aziendale o sovraaziendale.
 - RD - Rapporto diretto con il professionista: modalità che prevede il contatto diretto tra prescrittore ed erogatore.
 - PU - Punto unico di gestione delle richieste: modalità di gestione che prevede un unico punto di riferimento della struttura che prende in carico la richiesta urgente o urgente differibile.
 - NO – nessuna offerta di prestazioni urgenti differibili: tale modalità di gestione viene utilizzata nel caso in cui l'azienda abbia valorizzato con 0 il campo DISP_DIFF e non offra/gestisca in alcun modo le prestazioni urgenti differibili.

Il campo GEST_DIFF2 può essere valorizzato solo nel caso in cui GEST_DIFF sia già valorizzato con una delle possibili modalità di gestione (AD o CU o RD o PU) non se GEST_DIFF è valorizzato con NO, ed il campo GEST_24ORE2 può essere valorizzato solo se è già valorizzato GEST_24ORE. Entrambi i campi GEST_DIFF2 e GEST_24ORE2 verranno, quindi, utilizzati qualora venga adottata più di una modalità di gestione delle prenotazioni delle urgenze differibili o delle urgenze 24 ore; nel caso in cui le modalità utilizzate coincidano non devono essere ripetute.
- **Numero pazienti in lista (LISTA):** è l'insieme di tutte le persone in attesa per la prestazione aggregata oggetto della rilevazione (esclusi i controlli e la libera professione intramuraria effettuata a favore dell'Azienda); si calcola all'inizio del primo

giorno della settimana indice (comprendendo anche i pazienti in lista per ricevere la prestazione in quella giornata), sommando tutte le persone presenti in tutte le agende della struttura e senza limiti ultimi (senza data di termine). Naturalmente, non devono essere inclusi nel conteggio gli utenti che si rivolgono alla struttura per fissare un nuovo appuntamento nei giorni della rilevazione.

- **Data di riferimento (DATA_RIF):** giorno con cui inizia la settimana prestabilita in cui si effettua la rilevazione per le prestazioni ambulatoriali a monitoraggio.

Descrizione dei campi presenti nel tracciato di dettaglio

- **Codice Azienda (COD_AZ), Codice Regionale Distretto (COD_DISTR), Codice Struttura STS (COD_STR), Codice prestazione aggregata (AGGR_PREST), Data di riferimento (DATA_RIF):** Si vedano le descrizioni degli stessi campi nel tracciato di testata.
- **Data contatto (DATA_CONT):** è la data nella quale il paziente si è presentato allo sportello per richiedere un appuntamento (Data di contatto), deve essere compresa nella settimana della rilevazione (settimana indice)
- **Codice prestazione Nomenclatore Regionale (COD_PREST):** codice corrispondente alla prestazione oggetto della rilevazione.
- **Codice disciplina (DISC):** codice corrispondente alla disciplina riferita alla visita oggetto della rilevazione (vedi colonna DISC dell'Allegato 2). Tale campo non deve essere valorizzato per le altre prestazioni.
- **Data appuntamento (DATA_APP):** data assegnata all'utente al momento della richiesta di appuntamento per l'effettuazione della prestazione oggetto della rilevazione. Tale informazione riguarda esclusivamente i pazienti che effettuano una prenotazione nella settimana indice (NB: non vengono più simulate le prenotazioni).
- **Tipo di priorità (PRIOR):** Tale informazione specifica il tipo di priorità assegnato all'agenda utilizzata per quella prenotazione. Tale campo potrà assumere i seguenti valori:
 - 0 – Prenotazione normale 1° accesso (programmabile)
 - 1 – Prenotazione urgenza differibile
 - 2 – Prenotazione urgenza 24 ore
- **Giorni di attesa previsti (GG_ATTESA):** Tempo, espresso in giorni, dato dalla differenza aritmetica tra la data dell'appuntamento (DATA_APP) e la data di contatto (DATA_CONT).
- **Entro standard regionale (ENTRO_STD):** Tale campo può assumere i seguenti valori:
 - 0 – Fuori standard regionale
 - 1 – Entro standard regionale

Si ricorda che gli standard regionali prevedono un tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per le visite ed ai 60 giorni per le prestazioni di diagnostica strumentale. Per quanto riguarda le urgenze differibili invece si considerano entro gli standard le prestazioni con un tempo di attesa inferiore o uguale ai 7 giorni.

Rilevazione tempi di attesa: prestazioni oggetto di monitoraggio

AGGR_P REST	DEN_AGGR	Prestazioni	COD_PREST	DISC
01	Visita Oculistica	Visita Oculistica	95.02	
02	Visita Urologica	Visita Urologica	89.7	043
03	Visita Fisiatrica	Visita Fisiatrica	89.7	056
04	Visita Endocrinologica	Visita Endocrinologica	89.7	019
05	Visita Neurologica	Visita Neurologica	89.13	
06	Visita Ortopedica	Visita Ortopedica	89.7	036
07	Visita Oncologica	Visita Oncologica	89.7	064
08	Visita Cardiologica	Visita Cardiologica	89.7	008
09	Colonscopia	Colonscopia	45.23	
		Sigmoidoscopia	45.24	
10	EMG	Elettromiografia semplice	93.08.1	
		Elettromiografia singola fibra	93.08.2	
		Elettromiografia di unità motoria	93.08.3	
		Risposte Riflesse	93.08.5	
11	Ecocolordoppler	Ecocolordoppler TSA	88.73.5	
		Ecocolordoppler arti	88.77.2	
		Ecocolordoppler grossi vasi add.	887621	
12	Ecografia Addome	Ecografia Addome Superiore	88.74.1	
		Ecografia Addome Inferiore	88.75.1	
		Ecografia Addome completo	88.76.1	
13	Gastrosopia	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	
		Esofagogastroduodenoscopia con biopsia	45.16	
14	TAC del Capo	TAC del Capo	87.03	
		TAC del Capo con MDC	87.03.1	
15	TAC Addome	TAC Addome Superiore	88.01.1	
		TAC Addome Superiore con MDC	88.01.2	
		TAC Addome Inferiore	88.01.3	
		TAC Addome Inferiore con MDC	88.01.4	
		TAC Addome Completo	88.01.5	
		TAC Addome Completo con MDC	88.01.6	
16	RMN Cerebrale	RMN del Cervello e del Tronco Encefalico	88.91.1	
		RMN del Cervello e del Tronco Encefalico con MDC	88.91.2	
17	RMN Addome	RMN Addome Superiore	88.95.1	
		RMN Addome Superiore con MDC	88.95.2	
		RMN Addome Inferiore e Scavo Pelvico	88.95.4	
		RMN Addome Inferiore e Scavo Pelvico con MDC	88.95.5	
18	RMN della Colonna	RMN della Colonna	88.93	
		RMN della Colonna con MDC	88.93.1	
19	Protesica	visita odontoiatrica	89.7	035
20	Ortodonzia	visita odontoiatrica	89.7	035
21	Odontoiatria conservativa	visita odontoiatrica	89.7	035

Campo	Tipo	Lunghezza	Descrizione
COD_AZ	CHAR	6	Codice Azienda (es. 080102)
DES_AZ	CHAR	35	Descrizione Azienda
COD_DISTR	CHAR	3	Codice Regionale Distretto (es. 001)
DES_DISTR	CHAR	35	Descrizione Distretto
COD_STR	CHAR	8	Codice Struttura STS (es. 111111, 08043271) (gli spazi vuoti non devono essere riempiti e il dato deve essere allineato a sinistra)
DES_STR	CHAR	35	Descrizione Struttura
AGGR_PREST	CHAR	2	Codice prestazione aggregata (sempre di 2 cifre come da tabella di riferimento) (es. 01, 02)
NR_AGENDE_TOT	N	2	Numero agende totali per quell'aggregazione
NR_AGENDE_UTIL	N	2	Numero agende utilizzate per quell'aggregazione
DISP_PROGR	N	3	Numero prestazioni "programmabili" settimanali offerte
DISP_DIFF	N	3	Numero prestazioni "urgenti differibili" settimanali offerte
GEST_DIFF	CHAR	2	Modalità di gestione delle urgenze differibili AD - Accesso Diretto CU - Prenotazione a CUP RD - Rapporto diretto con il professionista PU - Punto unico di gestione delle richieste NO- Non offerte
GEST_DIFF2	CHAR	2	Ulteriore modalità di gestione delle urgenze differibili AD - Accesso Diretto CU - Prenotazione a CUP RD - Rapporto diretto con il professionista PU - Punto unico di gestione delle richieste
GEST_24ORE	CHAR	2	Modalità di gestione delle urgenze entro 24 ore AD - Accesso Diretto CU - Prenotazione a CUP RD - Rapporto diretto con il professionista PU - Punto unico di gestione delle richieste
GEST_24ORE2	CHAR	2	Ulteriore modalità di gestione delle urgenze entro 24 ore AD - Accesso Diretto CU - Prenotazione a CUP RD - Rapporto diretto con il professionista PU - Punto unico di gestione delle richieste
LISTA	N	4	Numero pazienti in lista
DATA_RIF	DATA	8	Data di riferimento (primo giorno della settimana indice) - GGMMAAAA

NB: il formato del file di invio dei dati dovrà essere .txt (lunghezza fissa) e dovrà essere denominato nel seguente modo: codice azienda+t.txt (es. 080101t.txt)

Campo	Tipo	Lunghezza	Descrizione
COD_AZ	CHAR	6	Codice Azienda (es. 080102)
COD_DISTR	CHAR	3	Codice Regionale Distretto (es.001)
COD_STR	CHAR	8	Codice Struttura STS (es. 111111, 08043271) (gli spazi vuoti non devono essere riempiti e il dato deve essere allineato a sinistra)
AGGR_PREST	CHAR	2	Codice prestazione aggregata (sempre di 2 cifre come da tabella di riferimento) (es. 01, 02)
COD_PREST	CHAR	7	Codice prestazione Nomenclatore Regionale
DISC	CHAR	3	Codice disciplina (solo per le visite, sempre 3 cifre) (es. 043)
DATA_RIF	DATA	8	Data di riferimento (primo giorno della settimana indice) - GGMMAAAA
DATA_CONT	DATA	8	Data di contatto - GGMMAAAA
DATA_APP	DATA	8	Data appuntamento - GGMMAAAA
PRIOR	CHAR	1	Tipo di priorità
			0 - Prenotazione normale 1° accesso
			1 - Prenotazione urgenza differibile
			2 - Prenotazione urgenza 24 ore
GG_ATTESA	N	3	Giorni di attesa previsti (DATA_APP-DATA_CONT)
ENTRO_STD	N	1	Entro Standard regionale
			0 - Fuori standard regionale
			1 - Entro standard regionale

NB: il formato del file di invio dei dati dovrà essere .txt (lunghezza fissa) e dovrà essere denominato nel seguente modo: codice azienda+d.txt (es. 080101d.txt)