

REGIONE EMILIA ROMAGNA
CIRCOLARE N. 10 DEL 14/06/99

OGGETTO

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.

Bologna, 14 giugno 1999

Prot. n. 25341/BAS

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

CIRCOLARE N. 10

Al Commissario straordinario
Al Direttore Sanitario
dello II.OO.RR.

e,p.c. Ai Responsabili di Distretto

Ai Responsabili di Presidio Ospedaliero

Ai Referenti della Specialistica Ambulatoriale

OGGETTO: 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.

Con la direttiva n° 1296 del 31 agosto 1998 la Giunta regionale ha disciplinato i criteri per la determinazione del tempo massimo di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, in applicazione di quanto stabilito in materia dal D.Lgs n. 124/98, e ha indicato linee guida per la rimodulazione dell'attività del settore e per l'istituzione del sistema informativo.

I Direttori generali delle aziende sanitarie, come primo atto di attuazione della direttiva, hanno determinato con deliberazioni adottate a settembre '98 i tempi massimi di attesa (T.M.A.) per le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate presso le strutture aziendali. A livello regionale sono stati fissati gli standard di riferimento per i T.M.A. (30 giorni per le visite specialistiche e 60 giorni per le altre prestazioni, con l'eccezione delle urgenze e dell'attività programmata).

Il Piano delle Azioni per il 1999, per la specialistica ambulatoriale, indica tra l'altro come obiettivo per l'anno in corso il rientro dei T.M.A. entro gli standard stabiliti, sia per le prestazioni programmabili che per le urgenze.

Come previsto nello stesso Piano delle Azioni, a supporto dell'intero processo di riorganizzazione e per il monitoraggio delle attività, questo Assessorato ha provveduto all'attivazione di gruppi di lavoro, composti da funzionari dell'Assessorato e dell'Agenzia Sanitaria Regionale e da dirigenti delle Aziende sanitarie in qualità di referenti aziendali per la specialistica (v. elenco dei componenti negli allegati).

I gruppi hanno lavorato sulle seguenti tematiche, con il compito di elaborare i contributi apportati formulando specifiche indicazioni:

- 1) Gestione dei flussi informativi dell'attività specialistica ambulatoriale;
- 2) Gestione delle liste d'attesa; monitoraggio e revisione; modalità di determinazione dei tempi di attesa;
- 3) Percorsi di accesso e criteri per la definizione delle prestazioni urgenti, urgenti differibili e programmabili;
- 4) Protocolli e linee guida per prestazioni critiche; percorsi integrati;
- 5) Modello organizzativo: Centro Servizi Ambulatoriale, Punti di Accoglienza, presa in carico del paziente.

I gruppi 1 e 2 sono pervenuti a prime risultanze riportate nei documenti allegati alla presente circolare, di cui costituiscono parte integrante.

Gli altri gruppi hanno prodotto elaborazioni ancora parziali, che comportano la necessità di ridefinire obiettivi e modalità di lavoro in quanto si è evidenziata la necessità di coinvolgere i clinici, anche per il livello regionale, nel confronto su percorsi diagnostico terapeutici e su linee guida (gruppi 3 e 4) e di confrontare i modelli organizzativi in corso di adozione da parte delle aziende per i C.S.A e i P.d.A. (gruppo 5).

Sarà cura di questo Assessorato relazionare in una nota successiva su questi primi risultati e sulle modalità di prosecuzione dei lavori, anche alla luce del Piano Sanitario Regionale 1999-2001, che inserisce l'assistenza specialistica ambulatoriale all'interno dei programmi integrati di assistenza fra cure primarie e assistenza ospedaliera, insieme alla dimissione protetta.

1. SPECIFICHE PER IL SISTEMA INFORMATIVO E RILEVAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE.

Il primo documento “Specifiche per il sistema informativo della specialistica ambulatoriale” (in allegato: **Documento 1**) rappresenta il risultato del lavoro del gruppo composto dai referenti di Assessorato e di Agenzia Sanitaria e dai referenti aziendali per il sistema informativo, che ha disegnato il modello di riferimento per il sistema informativo delle Aziende, tenendo conto dei pre-standards europei e dell'interoperabilità tra aziende.

L'implementazione secondo il modello logico disegnato richiede alle aziende uno sforzo pluriennale.

Per colmare l'assenza di informazioni su un livello di assistenza rilevante, si è concordato tuttavia, nell'ambito del gruppo di lavoro, di attivare a partire dal 1999 una rilevazione di dati aggregati sulle prestazioni erogate, come è esplicitato nell'allegato B (v. pag. 22 e seguenti del Documento 1) .

Il **debito informativo** delle Aziende sanitarie **per il 1999** consiste nella trasmissione, secondo il tracciato record dell'allegato B, dei volumi produttivi dell'attività di specialistica ambulatoriale (prestazioni erogate). Tali volumi sono aggregati per struttura, codice prestazione (D.G.R. n. 410/97), codice disciplina, fascia d'età e sesso e residenza. Si intende esclusa, da questa prima rilevazione, l'attività svolta in regime di libera professione (ALP intramoenia), che viene in ogni caso rilevata per le prestazioni critiche, in relazione ai tempi di attesa.

Per quanto riguarda l'attività erogata dalle strutture private sarà compito dell'Azienda committente provvedere all'attivazione della rilevazione secondo il tracciato record dell'allegato B del documento, per poter disporre dei dati di attività e di consumo in modo il più possibile completo.

I dati, riguardanti il primo semestre 1999, dovranno pervenire all'Agenzia Sanitaria entro il 15 settembre 1999.

La trasmissione dei dati relativi ai volumi produttivi dell'attività di specialistica ambulatoriale (prestazioni erogate) del secondo semestre 1999 dovrà avvenire entro il 31/03/2000 secondo specifiche che verranno tempestivamente comunicate anche alla luce dell'esperienza del primo invio.

Per eventuali chiarimenti in merito alle modalità di compilazione ed invio del debito informativo i referenti regionali sono:

Giuseppina Lanciotti	051283327	glanciotti@asr.regione.emilia-romagna.it
Luca Cisbani	051283217	lcisbani@asr.regione.emilia-romagna.it
Cesare Borghi	051283143	cborghi@asr.regione.emilia-romagna.it

Per ulteriori specificazioni sulle modalità di trasmissione e sulle modalità di compilazione dei record si rimanda ancora all'allegato B del Documento 1.

2. INDICAZIONI SUI CRITERI DI RILEVAZIONE DELLE LISTE DI ATTESA E DEI RELATIVI TEMPI E SULLE MODALITÀ DI MONITORAGGIO.

Il secondo documento riguarda la **“Gestione delle liste di attesa, monitoraggio e revisione; modalità di determinazione dei tempi”** (in allegato: **Documento 2**).

I lavori del gruppo hanno preso l'avvio da un primo documento “Liste d'attesa - Proposte e suggerimenti”, elaborato nel settembre '98 a cura del dott. Francesco Taroni, in qualità di Direttore generale di questo Assessorato, focalizzando in particolare l'attenzione sulle evidenze disponibili, sui problemi di definizione e i criteri di gestione delle liste, sui programmi di intervento e sui problemi strategici collegati.

Le conclusioni del gruppo di lavoro, riportate nel Documento 2, sono finalizzate all'obiettivo identificato di garantire la gestione uniforme delle liste e dei tempi d'attesa in ambito regionale, tramite la definizione di criteri uniformi per la determinazione delle liste e dei tempi d'attesa e la costruzione di indicatori comuni per una lettura univoca dei fenomeni ed un corretto monitoraggio delle liste.

Già per la rilevazione dei tempi di attesa al 31 marzo 1999 è stato possibile utilizzare i criteri individuati e condivisi dal gruppo di lavoro regionale e costruire i primi indicatori identificati (v. nota del Servizio Distretti sanitari n. 24472 del 8 giugno u.s. e report allegati).

Il debito informativo delle Aziende sanitarie **per il 1999** relativo ai tempi di attesa consiste quindi nella trasmissione trimestrale (al primo giorno lavorativo utile di ogni trimestre; v. pag. 3 del Documento 2), per distretto (o per Azienda Ospedaliera) e per le sole prestazioni critiche delle seguenti informazioni (si rimanda, per le definizioni delle variabili indicate, alle pagg. 1-4 del citato Documento 2):

tempo di attesa in giorni; numero di pazienti in lista; numero di prestazioni offerte settimanalmente; numero delle agende; numero di prestazioni erogate

in ALP intramoenia.

Il volume di prestazioni critiche erogato sarà invece rilevato tramite il flusso informativo curato dall'Agenzia Sanitaria Regionale, di cui al punto 1..

Il monitoraggio delle liste e dei tempi di attesa è attuato nell'ambito delle attività di vigilanza e controllo di cui all'art. 32, comma 9, della Legge 449 e al punto 2.5.3 della direttiva regionale n. 1296/98.

3. MANCATA PRESENTAZIONE O PREANNUNCIO DELL'UTENTE IN CASO DI IMPOSSIBILITA' DI FRUIRE DELLE PRESTAZIONI PRENOTATE (art. 3, comma 15, del D.Lgs n. 124/98).

La direttiva n. 1296/98, al punto 2.3, ultime alinee, rinvia al 1 luglio 1999 l'avvio delle procedure per il recupero delle quote di partecipazione alla spesa, ai sensi del comma sopra citato, nei confronti dei cittadini, ove non esenti, che non si presentano ovvero non preannunciano l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata.

Da parte di diverse aziende è stata evidenziata la complessità delle procedure da mettere in atto per garantire la completa possibilità per il cittadino di accedere anche telefonicamente a punti sicuramente idonei a ricevere e a registrare la disdetta della prenotazione.

Si ritiene opportuno pertanto che le Aziende sanitarie, in sede di prima applicazione della norma in esame, provvedano ad informare tramite lettera i cittadini che non hanno fruito di prestazioni prenotate con i seguenti elementi:

- a) sanzioni previste dal D.Lgs n. 124/98;
- b) condizioni che determinano l'applicazione delle sanzioni;
- c) recapiti, anche telefonici, dell'azienda presso cui inviare/telefonare la disdetta della prenotazione;
- d) applicazione delle sanzioni previste solo dopo un adeguato periodo di verifica dell'accessibilità delle procedure individuate.

Nell'ambito del gruppo interaziendale dei referenti organizzativi per la specialistica ambulatoriale si procederà al riscontro di quanto attuato dalle aziende ai fini della definizione delle modalità di attuazione a regime del comma sopra citato.

Si trasmettono in allegato:

??Documento 1: Specifiche per il Sistema informativo della specialistica ambulatoriale, completo di Allegato A (File transfer fra Aziende sanitarie e l'Agencia Sanitaria Regionale), Allegato B (Tracciato record del flusso informativo) ed elenco dei componenti il gruppo di lavoro;

??Documento 2: Gestione delle liste di attesa, monitoraggio e revisione; modalità di determinazione dei tempi, completo con elenco dei componenti il gruppo di lavoro;

??Elenco dei referenti organizzativi ed informativi per la specialistica ambulatoriale.

Distinti saluti.

Il Direttore Generale Sanità
dr. Tiziano Carradori

Documento n°1

SPECIFICHE PER IL SISTEMA INFORMATIVO DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Premessa

Con la delibera di Giunta 27 luglio 1998, n. 1296, “Linee guida per la rimodulazione dell’attività specialistica ambulatoriale e per l’istituzione del sistema informativo”, l’Assessorato alla Sanità della Regione Emilia-Romagna, in collaborazione con l’Agenzia Sanitaria Regionale, ha istituito, tra l’altro, un gruppo di coordinamento dei responsabili del sistema informativo dell’attività specialistica ambulatoriale per approfondire gli aspetti progettuali del sistema informativo dell’attività di specialistica ambulatoriale, con l’obiettivo di standardizzare i vari sistemi informativi aziendali e garantire la massima interoperabilità fra gli stessi.

Per raggiungere l’obiettivo, il gruppo ha adottato la metodologia di progettazione del modello Entità-Relazione, prefiggendosi quindi un’analisi concettuale del sistema informativo delle attività di specialistica ambulatoriale di una Azienda sanitaria. L’analisi fornisce uno schema E-R di riferimento per tutte le Aziende della Regione Emilia-Romagna, che provvederanno con la necessaria gradualità e con le modalità implementative che riterranno più opportune ad adeguare i loro sistemi informativi. Occorre sottolineare, da questo punto di vista, che un sistema informativo complesso come quello proposto richiede risorse, ristrutturazioni organizzative e pianificazioni di medio periodo.

Il processo di uniformazione a uno stesso schema concettuale offre la garanzia di una forte interoperabilità fra i vari sistemi informativi aziendali e pone le basi per ulteriori sviluppi nello scambio dei dati fra aziende e Regione. Riteniamo, infatti, che il problema dell’interoperabilità dei sistemi informativi, allo stato attuale dell’evoluzione tecnologia, sia essenzialmente un problema logico, legato alla metodologia di progettazione, al disegno del sistema e alla semantica di attributi, entità e relazioni. L’integrazione delle varie basi di dati aziendali non richiede tanto una decisione su hardware, sistema operativo, protocollo di rete e DBMS, quanto un lavoro di coordinamento nella fase di progettazione concettuale per arrivare a modellare in maniera condivisa la realtà di riferimento costruendo un vocabolario comune.

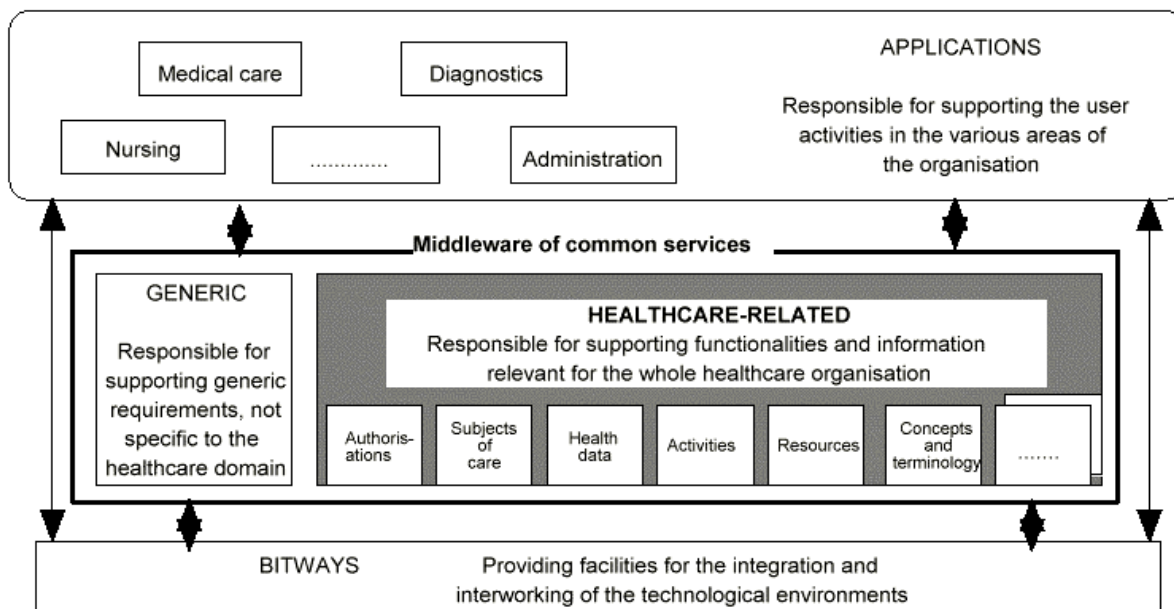
Il modello E-R schematizzato al punto 3 di questo documento non vuole esaurire le necessità informative aziendali su tutti gli aspetti connessi all’attività di erogazione e gestione della specialistica ambulatoriale, ma si prefigge di delineare completamente la parte di interesse regionale, ovvero l’insieme minimo di entità e relazioni che ogni sistema aziendale dovrebbe avere.

Come primo impegno per il processo di implementazione del sistema informativo, viene stabilito un debito informativo delle Aziende nei confronti della Regione con le modalità e i tempi fissati al punto 4 del presente documento.

1. Riferimenti normativi e requisiti generali

- ?? Decreto Lgs.vo 124/98 (“Sanitometro”)
- ?? Delibera Giunta Regionale Emilia-Romagna 27 luglio 1998, n. 1296
- ?? UNI ENV 12967-1, - 31-01-99 - Informatica medica - Architettura dei sistemi informativi sanitari - Piattaforma applicativa sanitaria (Codice ICS: 11.020 35.240.70)¹

Mentre il “Sanitometro” e la delibera di Giunta pongono alcuni vincoli sui contenuti del sistema informativo e sulle sue funzionalità, lo standard europeo² CEN/TC 251 (norma UNI ENV 12967), messo a punto dal gruppo che si occupa di interoperabilità, pone una serie di vincoli generali sul disegno dei sistemi informativi sanitari che riteniamo condivisibili per l’alto livello di astrazione raggiunto. Un punto di riferimento fortemente generalizzato è la migliore garanzia che il sistema informativo “regga” nel tempo e sia in grado di assorbire i cambiamenti. Riteniamo quindi che il sistema da modellare debba uniformarsi a tale standard. L’architettura generale del sistema sarà la seguente



La figura illustra i tre strati di ogni sistema informativo sanitario: a livello più alto ci saranno le applicazioni, indipendenti dagli strati sottostanti ma che usufruiscono dei servizi messi a disposizione dallo strato intermedio (*middleware*) e dall'infrastruttura (strato *bitways*) fisica e di rete.

Lo standard CEN non fissa criteri né per le applicazioni né per lo strato *bitways*, limitandosi a sottolineare che in un'architettura di rete le applicazioni corrispondono al livello più alto dell'architettura ISO/OSI.

¹ Malgrado il titolo, la versione ufficiale UNI della norma è in lingua inglese.

² Lo status giuridico dello standard è “norma europea sperimentale” entrata in vigore nel febbraio 1998 e “norma italiana sperimentale” in quanto recepita da UNI il 21 dicembre 1998. La sperimentaltà della norma significa che è in vigore per tre anni. Dopo i primi due anni di sperimentazione, verrà deciso se convertire definitivamente la norma in standard europeo. CEN/TC 251 è la sigla che identifica, all'interno del Comitato Europee per la Standardizzazione, il Comitato Tecnico che si occupa di informatica medica.

Lo strato intermedio deve fornire una serie di servizi comuni alle varie applicazioni.

Con una terminologia più approssimativa, possiamo dire che lo strato intermedio è costituito da funzioni a cui possono accedere tutte le applicazioni utilizzate nell'organizzazione sanitaria per recuperare o elaborare i dati direttamente gestiti da un dato servizio. Un servizio è un modulo che si occupa delle funzionalità di base sui propri dati e le mette a disposizione di varie applicazioni.

Il *middleware* si divide in servizi generici e in servizi sanitari. I servizi generici sono comuni a ogni sistema informativo (es. personale, buste paga, ecc.) mentre i servizi sanitari sono specifici del sistema informativo di un'organizzazione sanitaria e sono l'oggetto dello standard CEN/TC 251.

Fra i servizi sanitari modellati, quelli rilevanti per i nostri scopi sono il soggetto di cura (*subject of care*), il dato sanitario (*health characteristic, health data*) e l'attività (*activity*).

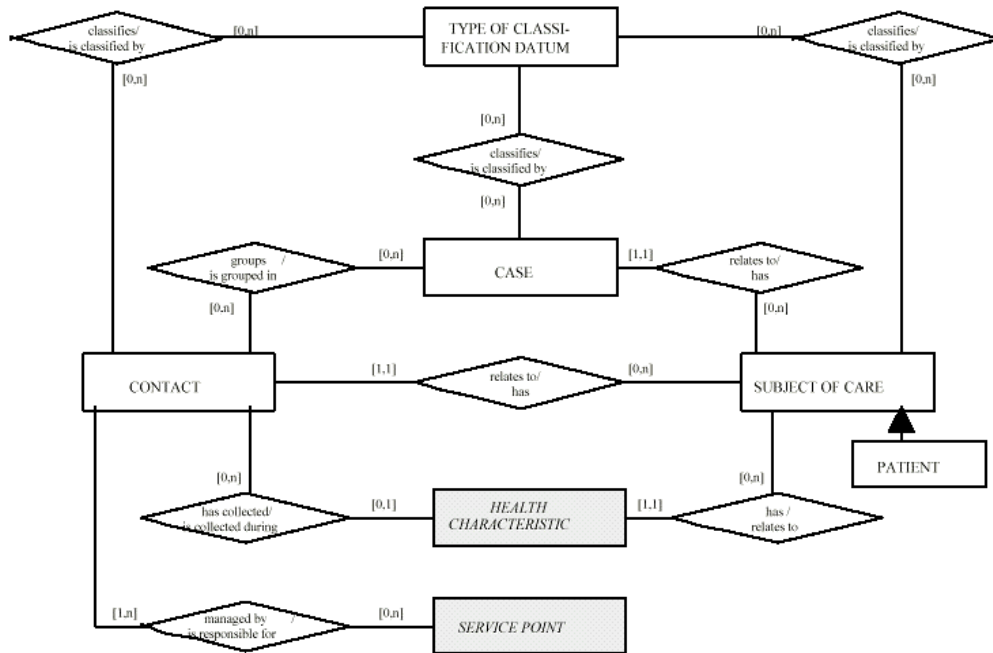
Prima di esaminare meglio questi servizi, vale la pena ricordare che lo standard raccomanda, per ogni istanza di ogni entità, i seguenti attributi:

- ?? un identificativo unico, permanente e immodificabile dell'istanza
- ?? un attributo di *time-stamp* generato automaticamente dal modulo che gestisce il servizio, visibile alle applicazioni e utilizzato dal servizio per garantire la consistenza e l'integrità degli aggiornamenti
- ?? un attributo generato automaticamente che contenga la data, l'orario e l'identificativo dell'operatore che ha inserito l'istanza
- ?? un attributo generato automaticamente che contenga la data, l'orario e l'identificativo dell'ultimo operatore che ha modificato l'istanza
- ?? un attributo capace di contenere testo libero per l'inserimento di eventuali commenti o altre osservazioni

Quest'ultimo requisito è particolarmente oneroso e riteniamo di condividerlo solo in casi selezionati dove possa essere effettivamente utile.

1. 1 Soggetto di cura. Lo schema E-R è il seguente³. Per la definizione delle entità, delle relazioni e per i loro attributi, si rimanda, ove non specificato, al testo dello standard.

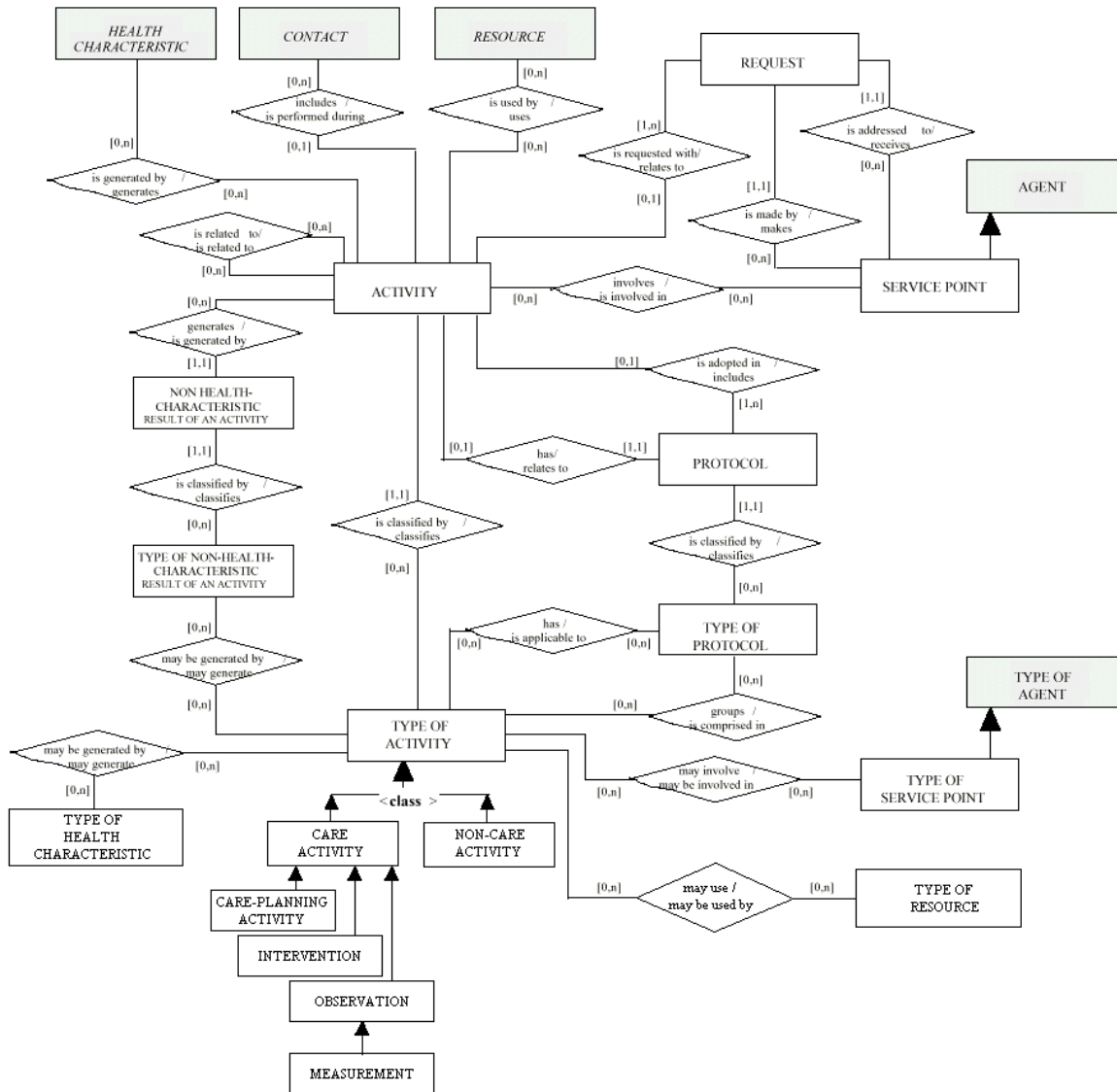
³ Nei diagrammi che seguono, le entità in grigio costituiscono il punto di contatto fra i vari schemi.



Il soggetto di cura è una generalizzazione del paziente nel senso che per soggetto di cura si possono intendere anche gruppi di pazienti (es. terapia di gruppo). Poiché esula dai nostri scopi la modellizzazione dettagliata di questa entità, ci limitiamo a rilevare che il soggetto di cura andrà costruito associandolo a un’anagrafica degli assistibili storicizzata. Nel proseguo ci riferiremo prevalentemente a pazienti.

In questo schema l’entità CONTATTO è di particolare interesse perché prevista anche dalla delibera regionale. Il contatto è definito dallo standard come un periodo di tempo nel quale il soggetto di cura è attivamente seguito dall’organizzazione sanitaria, e uno o più contatti racchiudono un caso clinico. La precisa definizione dell’intervallo di tempo che definisce il contatto è demandata alle esigenze locali. Nella sua generalità il contatto può includere anche l’assistenza domiciliare. Il gruppo di lavoro sul sistema informativo della specialistica ambulatoriale ha convenuto di definire il contatto come l’insieme delle prestazioni prenotate da un soggetto di cura in un accesso al centro di prenotazione. Tradotto nella terminologia dello standard, un contatto è l’intervallo di tempo fra l’erogazione della prima e dell’ultima prestazione che siano state prenotate nel medesimo accesso al centro di prenotazione – incluse le eventuali prestazioni aggiuntive prescritte dallo specialista nel contatto e che non richiedono un ulteriore accesso al centro di prenotazione. Tale definizione poggia sull’assunto che nella maggior parte dei casi le prestazioni prenotate nello stesso momento rispondano a uno stesso quesito diagnostico e che il contatto permetta almeno in buona approssimazione la ricostruzione dei percorsi diagnostici e la definizione di “pacchetti di prestazioni”.

1. 2 Attività. Lo standard sostituisce al concetto di prestazione, il concetto di attività. Tale spostamento concettuale è sicuramente utile per una puntuale rilevazione dei costi e per un’organizzazione basata su processi. Inoltre, spostare il focus sull’attività permette di descrivere accuratamente prestazioni complesse che si risolvono in una molteplicità di attività e di vedere l’esecuzione di una prestazione come un processo che può assumere vari stati. Lo schema è il seguente



Occorre rilevare che l'entità SERVICE POINT di questo schema corrisponde a un'unità operativa dell'azienda sanitaria, pertanto l'entità RICHIESTA non può corrispondere alla prescrizione/proposta (ricetta) del medico di base o del pediatra che tanta parte ha nell'organizzazione italiana degli accessi all'attività ambulatoriale. Come mostrano le cardinalità, la richiesta deve obbligatoriamente provenire da ed essere indirizzata a una unità operativa. Comunque l'entità RICHIESTA è fondamentale perché si riferisce ad aspetti molto importanti dell'organizzazione del lavoro delle unità operative, ad esempio alla richiesta di consulenze. E' tale entità che permette, nell'attività ambulatoriale e nel pronto soccorso, un corretto ribaltamento dei costi in quanto tiene traccia di chi ha "ordinato" una certa prestazione. E' sufficiente attribuire all'unità operativa richiedente il relativo centro di costo per sapere immediatamente a chi deve essere imputato il costo dell'attività erogata.

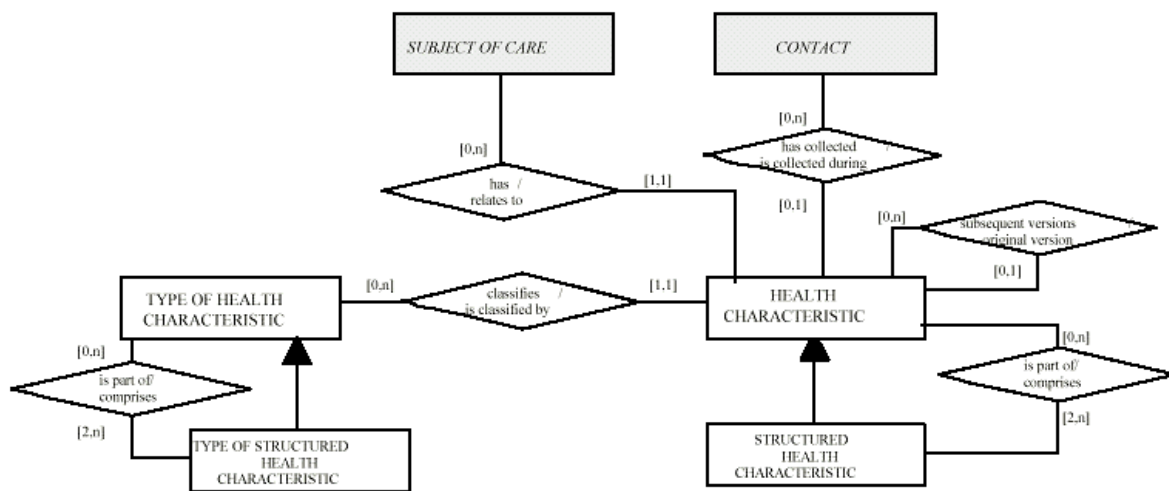
Il concetto di protocollo è altrettanto importante in quanto, nella sua generalità, può includere anche "pacchetti di prestazioni" definiti in base a linee guida o protocolli sanitari o a qualsiasi altra forma di aggregazione delle prestazioni in base a criteri clinici o gestionali.

E' dubbio, invece, che questo schema possa includere tutta l'attività legata alla gestione delle prenotazioni delle prestazioni.

L'attività produce due tipi di output: dati sanitari e dati non sanitari – ovvero dati che riguardano la salute del soggetto di cura e dati che non riguardano la salute, ma che sono rilevanti per l'azienda o per il processo.

E' da notare che solo le attività sono direttamente legate alle risorse – le unità erogatrici lo sono solo indirettamente e in quanto coinvolte in un'attività. L'entità AGENTE (individuo, componente software) presente nello schema entra in gioco non in quanto risorsa, ma per il sistema delle autorizzazioni – oggetto di un altro servizio dello strato intermedio che qui non esamineremo. Viceversa, solo le attività consumano risorse.

1.3 Il dato sanitario. Si intende con “dato sanitario” una qualsiasi informazione sullo stato di salute di un soggetto di cura. L'informazione può essere il risultato di un'attività diagnostico/terapeutica dell'azienda sanitaria oppure derivare da qualche altra fonte informativa di carattere sanitario (es. medico di base, altre organizzazioni sanitarie).



In questo schema il dato sanitario è associato sia al contatto che al soggetto di cura perché potremmo disporre di dati sanitari che riguardano un soggetto che non ha ancora avuto contatti con l'organizzazione sanitaria. Le due relazioni ci permettono di ottenere direttamente l'elenco dei dati sanitari che riguardano un certo soggetto di cura per un certo contatto o in generale, ovvero tutti i dati sanitari che lo riguardano. Il dato sanitario può essere elementare (un singolo valore) o strutturato (composto da più dati sanitari elementari). Nel caso della specialistica ambulatoriale sono dati sanitari strutturati tutte le forme di referto (del laboratorio, dello specialista, ecc.). Di grande interesse è anche la relazione ricorsiva fra le successive versioni del dato sanitario.

2. Requisiti specifici

Per quanto il sistema informativo della specialistica ambulatoriale debba essere conforme all'architettura generale disegnata dallo standard CEN/TC 251, non si può dire – e lo standard non pretende di dirlo – che l'attività ambulatoriale, così come è strutturata dalla legislazione vigente e dalla pratica clinica regionale, sia completamente concettualizzata negli schemi sopra riportati.

Nei paragrafi seguenti cercheremo di elencare tutti gli aspetti rilevanti dell'attività ambulatoriale ai fini del sistema informativo.

1) Nella delibera sopra citata si fa riferimento all'attività specialistica per ambulanti, tuttavia si ritiene che un buon sistema informativo aziendale debba rilevare tutta l'attività specialistica svolta per (i) pazienti ambulanti (comprese le prestazioni di pronto soccorso che si risolvono nel rinvio del paziente al proprio domicilio), (ii) pazienti ricoverati, (iii) pazienti ambulanti in continuità di ricovero (prestazioni pre e post ricovero). Tale esaustività della rilevazione è indispensabile per una corretta ripartizione dei costi e per il controllo di gestione.

Questa esigenza informativa comporta la specificazione di un dato contatto secondo i tre tipi di pazienti elencati sopra.

2) L'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale può avvenire tramite prenotazione presso uno sportello CUP fuori dall'azienda, prenotazione presso l'Azienda oppure per accesso diretto (all'ambulatorio oppure al pronto soccorso). Le prenotazioni sono strutturate in Agende che prefigurano un piano di lavoro per un certo giorno, un certo lasso di tempo e una certa équipe (unità operativa) che appartiene a una certa disciplina. Un'Agenda è composta da appuntamenti.

E' un obbligo legislativo la tenuta di un Registro delle prenotazioni (vedi delibera) da parte delle aziende sanitarie. Le Agende devono servire da supporto per il monitoraggio periodico delle liste d'attesa. La definizione esatta del concetto di lista d'attesa e del relativo flusso informativo regionale è oggetto di un apposito gruppo di lavoro regionale. Senza entrare nel merito dell'organizzazione delle Agende, di ogni prenotazione vogliamo raffigurare almeno:

- ?? **Data della prenotazione**
- ?? **Dati anagrafici del paziente**
- ?? **Codice della disciplina della prestazione**
- ?? **Codice della prestazione prenotata secondo il Nomenclatore tariffario**
- ?? **Quantità della prestazione**
- ?? **Codice di precedenza (urgente, urgente differibile, programmabile)**
- ?? **Appuntamenti (una singola prenotazione può comportare n appuntamenti)**

Per ogni appuntamento vogliamo raffigurare almeno:

- ?? **Data e ora dell'appuntamento**
- ?? **Unità operativa prevista**
- ?? **Status dell'appuntamento (valido, annullato, ecc.)**
- ?? **Testo libero per eventuali annotazioni**

3) Tranne che nel caso di accesso diretto, l'accesso alle prestazioni ambulatoriali avviene con una prescrizione/proposta del medico di base, del pediatra o di un medico specialista. Per ogni singola prescrizione/proposta, le prestazioni prescritte ed erogate, unite alla tipologia del paziente nei confronti del ticket, determinano l'importo dell'eventuale ticket. Il pagamento del ticket è previsto anche per alcuni casi ad accesso diretto.

Di ogni prescrizione/proposta vogliamo raffigurare almeno:

- ?? **Numero della prescrizione/proposta (codice a barre)**
- ?? **Data della prescrizione/proposta**
- ?? **Codice medico proponente (codice fiscale o regionale)**
- ?? **Tipologia medico richiedente (medico di base, pediatra, specialista)**
- ?? **Dati anagrafici del paziente**
- ?? **Tutte le singole prescrizioni**
- ?? **Importo dovuto (ticket o altro)**

4) L'attività di erogazione consiste nell'esecuzione delle prestazioni (prenotate e non), in un processo che può assumere vari stati. Una prestazione è identificata dal suo codice del Nomenclatore Tariffario e dal codice della disciplina di riferimento (cfr. Allegato A). La disciplina è indispensabile per la corretta individuazione del tipo di visita e di altre prestazioni che, pur avendo un unico codice, possono appartenere a branche diverse. Data questa esigenza, e date le varie possibilità di associazione fra prestazione e disciplina, si ritiene preferibile caratterizzare le prestazioni con la disciplina dell'erogatore. Ciò non richiede grandi mutamenti rispetto all'attuale organizzazione, se non in casi particolari come le unità operative di cardiologia che possono svolgere anche prestazioni di medicina sportiva. In questi casi occorrerà sdoppiare l'unità operativa in modo da distinguere le due discipline.

Per le esigenze informative regionali, inoltre, occorre che ogni attività sia riconducibile a un centro di costo identificato secondo le specifiche regionali. Rispetto alle indicazioni contenute nella delibera regionale, il gruppo di lavoro sul sistema informativo della specialistica ambulatoriale ha convenuto che l'entità unità operativa (*service point*) non possa essere utilizzata a livello di analisi regionale in quanto non definibile in un modo che permetta raffronti regionali. Ai fini dei flussi informativi dalle Aziende verso la Regione i centri di costo sostituiscono le unità erogatrici.

5) Le prestazioni erogate devono essere "spuntate" dalle prestazioni prenotate per un corretto calcolo dell'importo da addebitare al soggetto di cura e per un corretto monitoraggio delle liste d'attesa. Il "Sanitometro" prevede che a partire dal 1 luglio 1999 i cittadini che non si presentano all'appuntamento siano tenuti comunque al pagamento del ticket sulle prestazioni che hanno prenotato e non hanno disdetto.

6) Ogni attività è erogata in base a un contratto esplicito o implicito (normativa del sistema sanitario nazionale o regionale) che determina sia l'ammontare dell'eventuale somma che il soggetto di cura deve pagare sia l'ammontare e il destinatario dell'addebito non imputabile al soggetto di cura (mobilità infra ed extra-regionale, rapporti fra strutture pubbliche e private, libera professione e quant'altro).

7) L'erogazione di una o più prestazioni dà luogo a un referto firmato da uno o più medici specialisti. Il referto è un documento ufficiale con valenza medico-legale, una volta firmato e convalidato non può più essere modificato e deve essere tenuto dall'azienda per molti anni.

2.1 Principali funzionalità del sistema

In questa astrazione non è possibile stimare i carichi di lavoro delle varie operazioni perché dipendono dalle dimensioni dell'azienda. Non ci occuperemo, inoltre, delle operazioni di routine – peraltro elencate ai paragrafi 14 e 15 dello standard CEN/TC 251- e metteremo l'accento solo sulle funzionalità direttamente attinenti all'organizzazione dell'attività di erogazione della specialistica ambulatoriale.

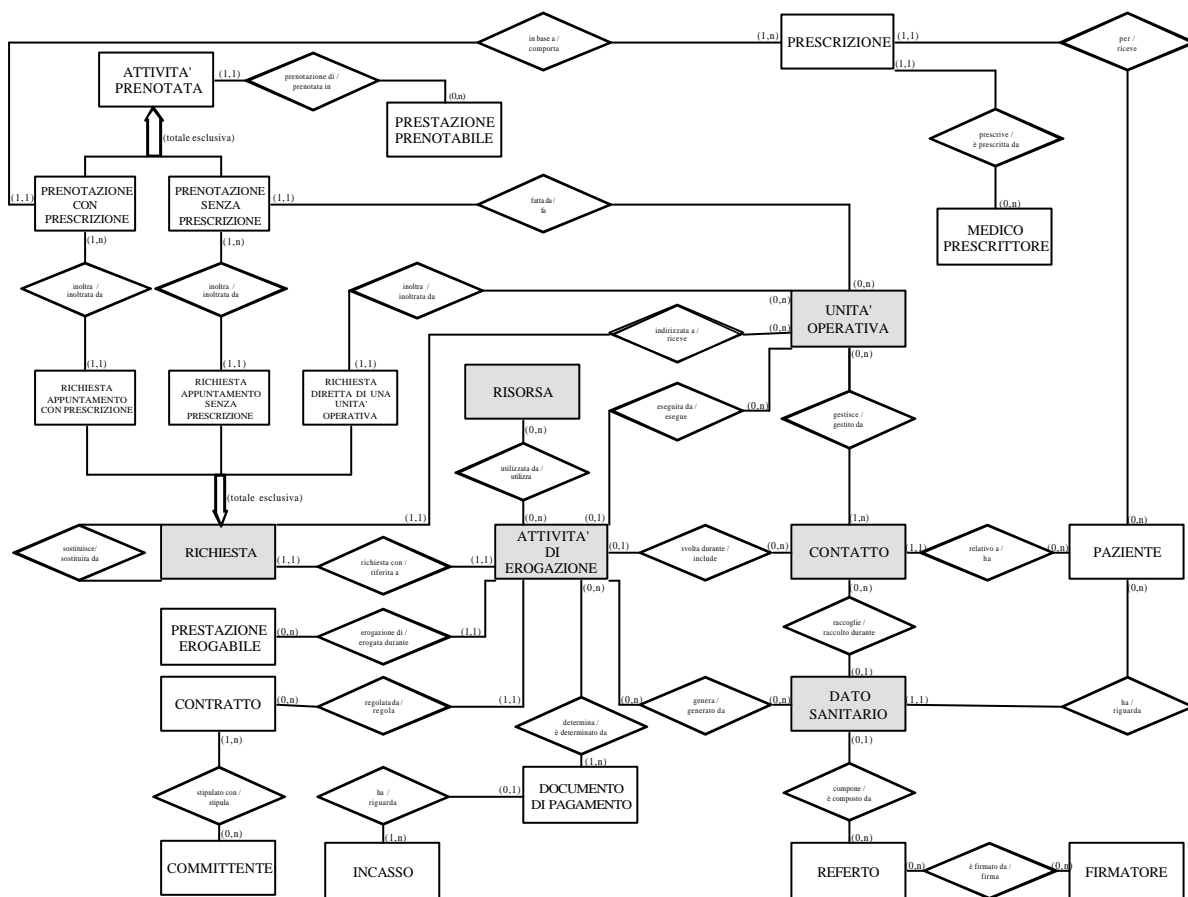
- 1) Gestione e stampa dei piani di lavoro delle unità erogatrici.
- 2) Stampa e ristampa conforme dei referti.
- 3) Stampa dei dati che riguardano una certa prenotazione e una certa lista d'attesa a fronte di richieste di chiarimento da parte di cittadini o istituzioni.

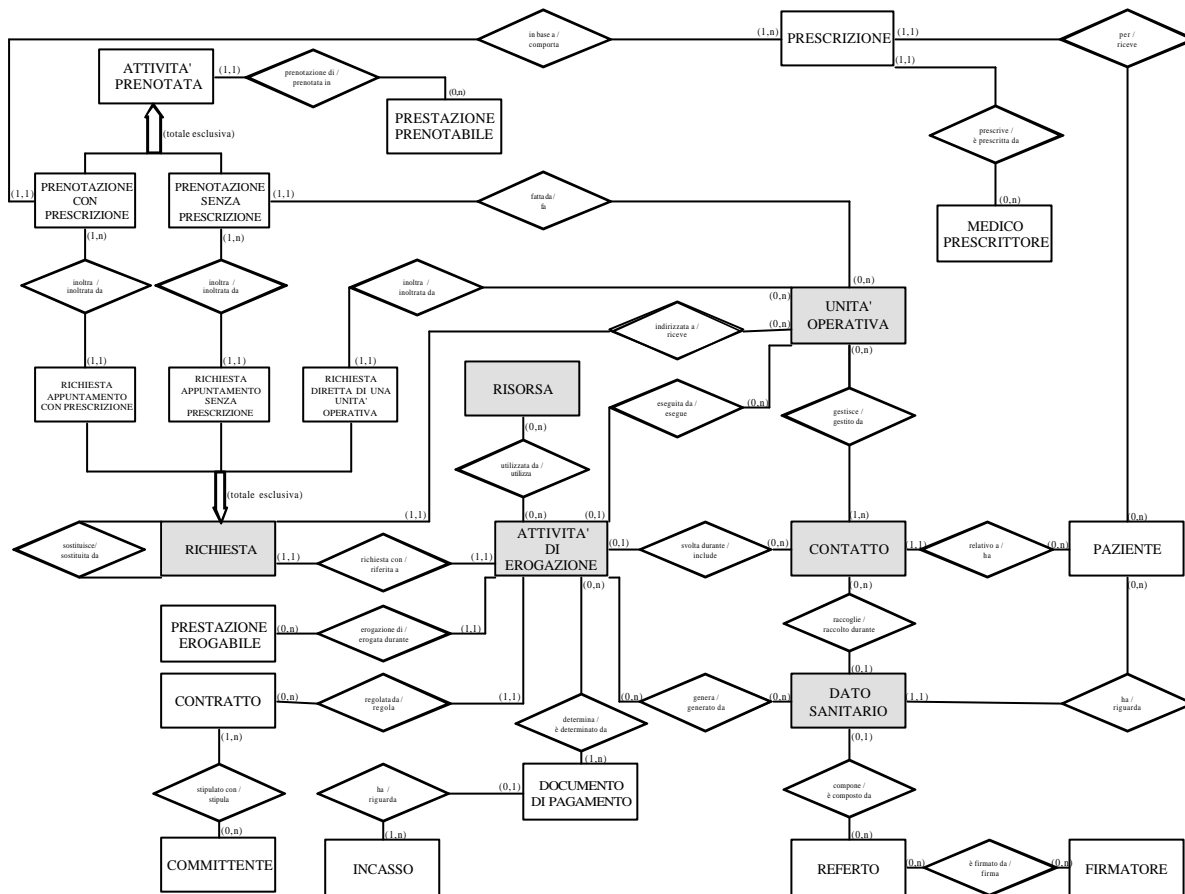
4) Nelle organizzazioni non completamente informatizzate, occorre prevedere la stampa di un pre-referto che accompagni il soggetto di cura dal momento in cui accede alla struttura fino al momento della firma del referto vero e proprio. Tale documento conterrà le informazioni già disponibili al momento dell'accesso e avrà degli spazi bianchi in cui lo specialista o gli

specialisti potranno spuntare le prestazioni erogate, riportare eventuali altre prestazioni aggiuntive e scrivere il referto per il medico inviante.

3 Schema concettuale

Nel quadro generale dello standard CEN/TC 251, il seguente schema fissa i confini della realtà di riferimento per gli scopi enunciati in premessa, ovvero l'insieme minimo di informazioni e di relazioni relative all'attività specialistica ambulatoriale che consentono da un lato la soddisfazione delle esigenze conoscitive del livello di governo regionale e dall'altro l'integrazione, qualora se ne presentasse la necessità, di basi di dati provenienti da aziende diverse. Non viene schematizzato il concetto di Agenda. Le entità in grigio rappresentano i punti di contatto con lo standard.





In questo schema sono state effettuate due scelte fondamentali: (i) non può esserci attività di erogazione senza una richiesta specifica proveniente da un'unità operativa o da una prescrizione – benché nello standard la richiesta sia opzionale, l'attività di specialistica ambulatoriale deve avere necessariamente un richiedente, nel caso limite di accessi diretti agli ambulatori sarà lo specialista o il professionista sanitario a richiedere a sé stesso l'erogazione di una particolare attività; (ii) nonostante i benefici della rappresentazione dell'attività sanitaria come processo, nel modello l'attività coincide con l'erogazione di una prestazione – in tal modo si facilita l'implementazione del modello senza escludere che le realtà più avanzate possano aderire da subito al concetto originario di attività con pochi aggiustamenti.

Il principale vantaggio di aver reso obbligatoria la RICHIESTA consiste nella relazione diretta fra i vari tipi di richiesta e l'attività di erogazione, ciò ci consente di verificare immediatamente quanta attività prenotata diventa erogata. Gli svantaggi sono due, entrambi legati all'eventualità che il paziente non si presenti all'appuntamento: (i) anche l'attività non erogata diventa un'attività – e questo può sembrare una forzatura del concetto di attività, ma occorre considerare che anche un'attività non erogata generalmente produce dati; (ii) occorre introdurre la relazione tra paziente e prescrizione (apparentemente ridondante) perché altrimenti, in assenza di contatto, non saremmo in grado di risalire al paziente se questo non si presenta all'appuntamento.

3.1 Principali entità coinvolte

Poiché per motivi di leggibilità non era possibile inserire gli attributi direttamente nello schema, e fermo restando quanto richiesto dallo standard per ogni istanza di entità, elenchiamo di seguito i principali attributi delle entità e le definizioni relative alla specialistica ambulatoriale delle principali entità coinvolte.

Nella definizione di attributi e entità seguiremo una divisione netta fra ciò che ha rilevanza regionale e ciò che è consigliato in quanto previsto dallo standard, ma che non rientra fra i dati di interesse per il livello regionale. Vogliamo sottolineare in questo modo la differenza fra ciò che ogni Azienda deve avere per rispondere ai debiti informativi regionali e nazionali e ciò che dovrebbe avere per conformarsi allo standard (evidenziato graficamente in corsivo).

3.1.1 Entità : MEDICO PRESCRITTORE

Definizione : Il medico che firma la prescrizione/proposta

Attributi principali:

?? Codice fiscale

?? Codice regionale

?? Tipologia del medico (medico di base, pediatra, specialista, ...)

In relazione con :

PRESCRIZIONE

Relazione : prescrive [0,n] Specifica chi prescrive una determinata prescrizione
--

3.1.2 Entità : PRESCRIZIONE

Definizione : La prescrizione/proposta di prestazioni diagnostico-strumentali ambulatoriali per un paziente. Chiamata anche ricetta.

Attributi principali:

?? Identificativo prescrizione

?? Codice a barre per i ricettari del SSN

?? Data della prescrizione

?? Importo dovuto

In relazione con :

PAZIENTE

Relazione : per [1,1] Specifica il paziente di una determinata prescrizione

MEDICO PRESCRITTORE

Relazione : è prescritta da [1,1] Specifica il medico che firma la prescrizione

ATTIVITA' PRENOTATA (se specificata come PRENOTAZIONE CON

Relazione : comporta [1,n] Specifica le prestazioni prenotate in base a una

PRESCRIZIONE)

| prescrizione

3.1.3 Entità : ATTIVITA' PRENOTATA

Definizione : Generalizzazione del concetto di prestazione prenotata (inclusa nel Nomenclatore tariffario).

Sotto-entità	PRENOTAZIONE CON PRESCRIZIONE	Prestazione prenotata con una prescrizione
	PRENOTAZIONE SENZA PRESCRIZIONE	Prestazione prenotata in seguito a una richiesta di una unità operativa

Attributi principali:

- ?? Identificativo attività prenotata
- ?? Data e orario di prenotazione (autogenerati dal sistema)
- ?? Quantità
- ?? Codice di precedenza (001 = urgente , 002 = urgente differibile, 003 = programmabile)

In relazione con :

PRESTAZIONE PRENOTABILE	Relazione : prenotazione di [1,1] Specifica la singola prestazione prenotabile del Nomenclatore Tariffario
RICHIESTA (se specificata come RICHIESTA APPUNTAMENTO CON PRESCRIZIONE o come RICHIESTA APPUNTAMENTO SENZA PRESCRIZIONE)	Relazione: inoltra [1, n] Richiesta di appuntamento (con o senza prescrizione). Una attività prenotata specificata come prenotazione con prescrizione inoltra solo ed esclusivamente una richiesta di appuntamento con prescrizione e una attività prenotata specificata come prenotazione senza prescrizione inoltra solo ed esclusivamente una richiesta di appuntamento senza prescrizione
UNITA' OPERATIVA	Relazione: fatta da [1,1] Specifica, se applicabile, l'unità operativa che fa una prenotazione senza rimandare il paziente dal medico di medicina generale
PRESCRIZIONE	Relazione : in base a [1,1] Specifica, se applicabile, la prescrizione da cui deriva

3.1.4 Entità : PRESTAZIONE PRENOTABILE

Definizione : Prestazione di specialistica ambulatoriale inclusa nel Nomenclatore tariffario regionale offerta dall'organizzazione sanitaria e quindi prenotabile.

Attributi principali:

- ?? Codice prestazione
- ?? Descrizione
- ?? Prezzo (storicizzato)

In relazione con :

ATTIVITÀ PRENOTATA

Relazione : prenotata in [0,n]
Specifica le prestazioni prenotate

3.1.5 Entità : RICHIESTA

Definizione : Comunicazione derivante da prenotazione o da una unità operativa che richiede l'esecuzione di una attività in un certa data e ora.

Sotto-entità	RICHIESTA APPUNTAMENTO CON PRESCRIZIONE	Deriva da una prenotazione con prescrizione
	RICHIESTA APPUNTAMENTO SENZA PRESCRIZIONE	Deriva da una prenotazione senza prescrizione
	RICHIESTA DIRETTA DI UNA UNITÀ OPERATIVA	Deriva da una unità operativa (da un professionista sanitario) senza passare dal sistema di prenotazione

Attributi principali:

- ?? *Identificativo di richiesta*
- ?? *Data e orario della richiesta*
- ?? *Comunicazione testuale relativa alla richiesta*
- ?? *Informazioni sul paziente rilevanti per la richiesta*
- ?? *Data e orario previsti per l'erogazione dell'attività (appuntamento, nel caso di prenotazione)*
- ?? *Informazioni organizzative relative alla richiesta*
- ?? *Codice del professionista sanitario richiedente*

In relazione con :

UNITÀ OPERATIVA

Relazione: inoltrata da [1,1]
Specifica, se la richiesta è specificata come richiesta diretta di una unità operativa, l'unità operativa che inoltra una richiesta senza prenotazione

ATTIVITÀ PRENOTATA

Relazione: inoltrata da [1,1]

	Specifica, se la richiesta è specificata come richiesta appuntamento con prescrizione, l'attività di prenotazione specificata come prenotazione con prescrizione da cui deriva la richiesta. Oppure, se la richiesta è specificata come richiesta appuntamento senza prescrizione, l'attività di prenotazione specificata come prenotazione senza prescrizione da cui deriva la richiesta
UNITÀ OPERATIVA	Relazione : indirizzata a [1,1] Specifica l'unità operativa a cui è indirizzata la richiesta
ATTIVITÀ DI EROGAZIONE	Relazione : riferita a [1,1] Specifica l'attività che viene richiesta per l'erogazione
RICHIESTA	Relazione : sostituisce [0,1] Specifica la richiesta che sostituisce una richiesta precedente
RICHIESTA	Relazione: sostituita da [0,1] Specifica la richiesta che è sostituita da una nuova richiesta

3.1.6 Entità : PAZIENTE

Definizione : Specializzazione del concetto di soggetto di cura

Attributi principali:

- ?? Identificativo paziente (un progressivo necessario sia per gli individui per i quali non si dispone del codice fiscale sia per i casi in cui occorre rispettare la normativa sulla privacy)
- ?? Codice fiscale
- ?? Cognome
- ?? Nome
- ?? Comune di nascita (Codice Istat – per i nati all'estero “999” + Codice Istat stato di nascita)
- ?? Data di nascita
- ?? Sesso
- ?? Comune di residenza (Codice Istat - – per i residenti all'estero “999” + Codice Istat stato di residenza)
- ?? Cittadinanza (Codice Istat)
- ?? Tipo paziente rispetto al pagamento del ticket
- ?? *Data di morte*
- ?? *Indirizzo*
- ?? *Recapito telefonico (attributo utile nella gestione dei rapporti con il paziente per tutto quello che riguarda le prenotazioni)*

In relazione con :

PRESCRIZIONE	Relazione : riceve [0,n] Specifica le prescrizioni ricevute
CONTATTO	Relazione : ha [0,n] Specifica i contatti avuti dal paziente
DATO SANITARIO	Relazione : ha [0,n] Specifica i dati sanitari disponibili nel sistema informativo sanitario che riguardano il paziente

3.1.7 Entità : UNITÀ OPERATIVA

Definizione : Aggregazione funzionale di agenti dell'organizzazione sanitaria finalizzata allo svolgimento di un insieme di attività programmabili.

Attributi principali:

- ?? Identificativo dell'unità operativa
- ?? Descrizione dell'unità operativa
- ?? Codice della struttura (ospedaliera o territoriale)
- ?? Centro di costo cui afferisce l'unità operativa
- ?? Codice della disciplina (vedi allegato A) cui afferisce l'unità operativa

In relazione con :

ATTIVITÀ PRENOTATA (se specificata come PRENOTAZIONE SENZA PRESCRIZIONE)	Relazione : fa [0,n] Specifica, se applicabile, le attività prenotate senza prescrizione durante un contatto con una unità operativa
RICHIESTA (se specificata come RICHIESTA DIRETTA DI UNA UNITÀ OPERATIVA)	Relazione : inoltra [0,n] Specifica, se applicabile, le richieste di erogazione di attività da unità operativa a unità operativa che non originano alcuna prenotazione. Il caso limite è rappresentato da una richiesta di attività inoltrata da una unità operativa a sé stessa.
RICHIESTA	Relazione : riceve [0,n] Specifica le richieste indirizzate all'unità operativa
ATTIVITÀ DI EROGAZIONE	Relazione : esegue [0,n] Specifica le attività erogate dall'unità operativa
CONTATTO	Relazione : gestisce [0,n] Specifica quali unità operative hanno trattato il paziente in un contatto

3.1.8 Entità : RISORSA

Definizione : Elemento impiegato per lo svolgimento della singola attività

Attributi principali:

- ?? *Identificativo della risorsa*
- ?? *Descrizione della risorsa*
- ?? *Costo di utilizzo*
- ?? *status di disponibilità*

In relazione con :

ATTIVITÀ DI EROGAZIONE

Relazione : utilizzata da [0,n]
 Specifica l'eventuale impiego di una risorsa
Attributi: *quantità pianificata, quantità effettivamente utilizzata, data e ora di inizio di utilizzazione, data e ora in cui l'utilizzo della risorsa si è concluso*

3.1.9 Entità : ATTIVITÀ DI EROGAZIONE

Definizione : Generalizzazione del concetto di erogazione di una prestazione inclusa nel Nomenclatore tariffario.

Attributi principali:

- ?? *Identificativo dell'attività*
- ?? *Status dell'attività (in preparazione, in corso, ...)*
- ?? **Data e orario di inizio nell'esecuzione dell'attività**
- ?? **Data e orario di conclusione dell'esecuzione dell'attività**
- ?? **Codice di chi ha eseguito l'attività**
- ?? **Costo effettivo dell'esecuzione**
- ?? **Motivo dell'esecuzione dell'attività**
- ?? **Flag di attività non erogata**
- ?? **Motivo della non esecuzione dell'attività**

Mancano alcuni attributi previsti dallo standard che sono stati inseriti nella RICHIESTA data l'associazione 1, 1 tra richiesta e attività di erogazione.

In relazione con :

RISORSA

Relazione : utilizza [0,n]
 Specifica l'eventuale impiego di risorse
Attributi: *quantità pianificata, quantità effettivamente utilizzata, data e ora di inizio di utilizzazione, data e ora in cui l'utilizzo della risorsa si è concluso*

RICHIESTA

Relazione : richiesta con [1,1]
 Specifica la richiesta che determina l'erogazione di un'attività. Il caso limite è rappresentato dall'attività di non erogazione

PRESTAZIONE EROGABILE	Relazione :erogazione di [1,1] Specifica la prestazione erogata
CONTRATTO	Relazione : regolata da [1,1] Specifica il contratto (implicito o esplicito) che regola l'erogazione di una attività
DOCUMENTO DI PAGAMENTO	Relazione : determina [0,n] Specifica gli eventuali documenti emessi a vario titolo per la riscossione dell'importo delle prestazioni erogate
DATO SANITARIO	Relazione : genera [0,n] Specifica l'output sanitario relativo al paziente generato durante lo svolgimento di una attività di erogazione
CONTATTO	Relazione : svolta durante [0,1] Specifica il contatto durante il quale viene erogata una attività
UNITÀ OPERATIVA	Relazione : eseguita da [0,1] Specifica l'unità operativa che ha eseguito l'attività.

3.1.10 Entità : PRESTAZIONE EROGABILE

Definizione : Prestazione di specialistica ambulatoriale inclusa nel Nomenclatore tariffario regionale erogabile dall'organizzazione sanitaria.

Attributi principali:

- ?? Codice prestazione
- ?? Descrizione prestazione
- ?? Prezzo (storicizzato)

In relazione con :

ATTIVITÀ DI EROGAZIONE	Relazione :erogata durante [0,n] Specifica le eventuali prestazioni erogate
------------------------	---

3.1.11 Entità : CONTRATTO

Definizione : Documento che regola i termini economici dell'attività di erogazione tra uno o più committenti e l'organizzazione sanitaria

Poiché questa entità è di stretto interesse gestionale, la sua articolazione viene demandata alle aziende.

In relazione con :

ATTIVITÀ DI EROGAZIONE	Relazione : regola [0,n] Specifica l'attività che rientra nei termini di un contratto
COMMITTENTE	Relazione : stipulato con [1,n] Specifica il/i committente/i

3.1.12 Entità : COMMITTENTE

Definizione : Il soggetto giuridico controparte di un contratto a cui intestare l'eventuale fattura.

Poiché questa entità è di stretto interesse gestionale, la sua articolazione viene demandata alle aziende.

In relazione con :

CONTRATTO	Relazione : stipula [0,n] Specifica le eventuali controparti di un contratto stipulato dall'organizzazione sanitaria. Il caso limite è rappresentato dal committente Servizio sanitario nazionale.
-----------	--

3.1.13 Entità : DOCUMENTO DI PAGAMENTO

Definizione : Generalizzazione di vari concetti. Un qualsiasi documento emesso per la riscossione dell'importo dell'attività erogata.

Poiché questa entità è di stretto interesse gestionale, la sua articolazione viene demandata alle aziende.

In relazione con :

ATTIVITÀ DI EROGAZIONE	Relazione : è determinato da [1,n] Specifica le attività per le quali si richiede il pagamento
INCASSO	Relazione : ha [0,1] Specifica l'eventuale incasso dell'importo relativo al documento

3.1.14 Entità : INCASSO

Definizione :

Poiché questa entità è di stretto interesse gestionale, la sua articolazione viene demandata alle aziende.

In relazione con :

DOCUMENTO DI PAGAMENTO

Relazione : riguarda [1,n]
 Specifica il documento cui si riferisce
 l'avvenuta riscossione

3.1.15 Entità : CONTATTO

Definizione : Intervallo di tempo definito per particolari scopi gestionali e/o clinici, durante il quale l'organizzazione sanitaria si fa carico dello stato di salute di un paziente. Ai fini del sistema informativo della specialistica ambulatoriale l'intervallo sotto osservazione è definito al punto 1.1 del presente documento.

Attributi principali:

- ?? Codice contatto
- ?? Data e orario inizio contatto
- ?? *Motivo del contatto*
- ?? Data o orario di fine contatto
- ?? *Motivo fine contatto*
- ?? Tipo di contatto(contatto di pronto soccorso, ambulatoriale, ambulatoriale in continuità di ricovero, ricovero, ...)
- ?? *Codice del professionista sanitario che ha richiesto il contatto*
- ?? *Codice del professionista sanitario che ha terminato il contatto*

In relazione con :

UNITÀ OPERATIVA	Relazione : gestito da [1,n] Specifica le unità operative che hanno gestito il contatto
ATTIVITÀ DI EROGAZIONE	Relazione : include [0,n] Specifica le attività afferenti ad uno stesso contatto
DATO SANITARIO	Relazione : raccoglie [0,n] Esplicita l'insieme dei dati sanitari raccolti durante il contatto
PAZIENTE	Relazione : relativo a [1,1] Specifica il paziente che ha avuto il contatto

3.1.16 Entità : DATO SANITARIO

Definizione : Informazioni rilevanti, codificate o meno, che descrivono aspetti dello stato di salute di un paziente. Nell'ambito della specialistica ambulatoriale si considerano rilevanti tutte le informazioni che concorrono alla formulazione della diagnosi e alla terapia.

Attributi principali:

- ?? Identificativo del dato sanitario
- ?? *stato del dato sanitario (preliminare, validato, annullato, ...)*
- ?? *data e orario di inizio dell'evento durante il quale il dato sanitario è stato generato o raccolto*

- ?? Codice del professionista sanitario che ha generato o raccolto il dato sanitario
- ?? data e orario di inizio dell'evento durante il quale il dato sanitario è stato definitivamente validato
- ?? Codice del professionista sanitario che definitivamente validato il dato sanitario
- ?? Valore (codice o descrizione testuale)

In relazione con :

CONTATTO	Relazione : raccolto durante [0,1] Specifica il contatto durante il quale il dato sanitario è stato raccolto
ATTIVITÀ DI EROGAZIONE	Relazione : generato da [0,n] Specifica le attività di erogazione che hanno generato il dato sanitario
REFERTO	Relazione : compone [0,1] Specifica l'eventuale referto su cui viene riportato il dato sanitario
PAZIENTE	Relazione : riguarda [1,1] Specifica il paziente cui si riferisce il dato sanitario

3.1.17 Entità : REFERTO

Definizione : Documento a valenza medico-legale. Referto sanitario.

Questa entità è un obbligo aziendale sancito da norme, ma non si ritiene opportuno fornire ulteriori specificazioni.

In relazione con:

DATO SANITARIO	Relazione : è composto da [0,n] Specifica quali dati sanitari compongono il referto
FIRMATORE	Relazione : è firmato da [0,n] Identifica chi firma un referto

3.1.18 Entità : FIRMATORE

Definizione : Professionista sanitario che può firmare referti.

Trattandosi essenzialmente di un'anagrafica dei professionisti sanitari che hanno un rapporto di lavoro con l'organizzazione sanitaria, non si ritiene opportuno fornire ulteriori specificazioni.

In relazione con :

REFERTO

Relazione : firma [0,n]

Specifica quali referti sono stati firmati dai vari professionisti

4 Flusso informativo per il 1999

Il debito informativo delle Aziende sanitarie per il 1999 consiste nella trasmissione, secondo il tracciato record dell'Allegato B, dei volumi produttivi dell'attività di specialistica ambulatoriale (prestazioni erogate). Tali volumi sono aggregati per struttura, codice prestazione (D.G. 410/97), codice disciplina, fascia d'età e sesso e residenza.

I dati, riguardanti il primo semestre 1999, dovranno pervenire all'Agenzia Sanitaria entro il 15 settembre 1999.

La trasmissione dati relativi ai volumi produttivi dell'attività di specialistica ambulatoriale (prestazioni erogate) del secondo semestre 1999 dovrà avvenire entro il 31/03/2000 secondo specifiche che verranno tempestivamente comunicate anche alla luce dell'esperienza del primo invio.

Per eventuali chiarimenti in merito alle modalità di compilazione ed invio del debito informativo i referenti regionali sono:

Giuseppina Lanciotti	051283327	glanciotti@asr.regione.emilia-romagna.it
Luca Cisbani	051283217	lcisbani@asr.regione.emilia-romagna.it
Cesare Borghi	051283143	cborghi@asr.regione.emilia-romagna.it

Per ulteriori specificazioni sulle modalità di trasmissione e sulle modalità di compilazione dei record si rimanda all'Allegato B.

Allegato A

Elenco delle discipline: Codice e descrizione.

001	ALLERGOLOGIA	049	TERAPIA INTENSIVA
003	ANATOMIA ED ISTO. PATOL.	050	UNITA' CORONARICA
005	ANGIOLOGIA	052	DERMATOLOGIA
006	CARDIOCHIRURGIA PEDIATR.	054	EMODIALISI
007	CARDIOCHIRURGIA	056	RECUPERO E RIABILITAZIONE
008	CARDIOLOGIA	057	FISIOPATOL. RIPROD. UMANA
009	CHIRURGIA GENERALE	058	GASTROENTEROLOGIA
010	CHIRURGIA MAXILLO-FACCIA.	061	MEDICINA NUCLEARE
011	CHIRURGIA PEDIATRICA	062	NEONATOLOGIA
012	CHIRURGIA PLASTICA	064	ONCOLOGIA
013	CHIRURGIA TORACICA	065	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA
014	CHIRURGIA VASCOLARE	066	ONCOEMATOLOGIA
015	MEDICINA SPORTIVA	068	PNEUMOLOGIA - FISIOPAT. RESP. - TISIOLOGIA
018	EMATOLOGIA, IMMUNOEMATOL.	069	RADIOLOGIA
019	MAL.ENDOCRINE/DIABETOLOG.	070	RADIOTERAPIA
020	IMMUNOLOGIA	071	REUMATOLOGIA
021	GERIATRIA	073	TERAPIA INTENSIVA NEONAT.
024	MAL. INFETTIVE E TROPIC.	075	NEURORIABILITAZIONE
025	MEDICINA DEL LAVORO	076	NEUROCHIRURGIA PEDIATR.
026	MEDICINA GENERALE	077	NEFROLOGIA PEDIATRICA
028	UNITA' SPINALE	078	UROLOGIA PEDIATRICA
029	NEFROLOGIA	082	ANESTESIA E RIANIMAZIONE
030	NEUROCHIRURGIA	100	LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE
032	NEUROLOGIA	101	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA
033	NEUROPSICHIATRIA INFANT.	102	CENTRO TRASFUSIONALE IMMUNOEMATOLOGIA
034	OCULISTICA	103	RADIODIAGNOSTICA
035	ODONTOIATRIA E STOMATOL.	104	NEURORADIOLOGIA
036	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	106	PRONTO SOCCORSO
037	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		
038	OTORINOLARINGOIATRIA		
039	PEDIATRIA		
040	PSICHIATRIA		
042	TOSSICOLOGIA		
043	UROLOGIA		
048	NEFROLOGIA		

Allegato B

Modalità di trasmissione del flusso informativo "Volumi produttivi specialistica ambulatoriale"

Ogni record riassume il numero di prestazioni erogate nel periodo di riferimento da una struttura, per una determinata disciplina, un dato codice di prestazione e per residenza dei pazienti (indicando l'azienda USL di residenza per i residenti della Regione Emilia Romagna e il generico codice '000' per i residenti di una regione diversa dall'Emilia Romagna e gli stranieri), suddivise per sesso e classe (quinquennale) di età dei pazienti. Nel singolo record è previsto anche un numero totale di prestazioni in cui conteggiare, oltre ai totali parziali delle fasce di età e sesso anche i casi di dubbia attribuzione. Per ogni disciplina, si deve compilare un record per ogni singolo codice di prestazione e per ogni codice di residenza previsto.

Per evitare che una stessa prestazione venga conteggiata più volte, si attribuisce la prestazione solo all'erogatore. Ad esempio, fra le prestazioni da attribuire al Pronto Soccorso (disciplina 106) vanno escluse tutte le consulenze richieste ad altre unità operative. Nelle sedi di Pronto Soccorso di maggiori dimensioni, con servizi di Radiologia e Laboratori dedicati e specialisti che operano all'interno, tutte le prestazioni direttamente erogate si intendono codificate come prestazioni di Pronto Soccorso e non di consulenza esterna.

L'attività di rilevazione si riferisce alle prestazioni erogate nei primi sei mesi del 1999 a pazienti ambulatori (D.G. 1296/98); dal computo vanno escluse le prestazioni erogate a pazienti ricoverati e le prestazioni a queste assimilabili (pre e post ricovero, prestazioni erogate a pazienti in Pronto Soccorso e che non si risolvono con l'invio del paziente al proprio domicilio).

La trasmissione avverrà via FTP secondo quanto di seguito indicato.

File transfer fra Aziende sanitarie e l'Agazia Sanitaria Regionale

È stato predisposto il sistema per il file transfer dei dati fra le Aziende ed il server dell'Agazia Sanitaria Regionale. Sono state definite le seguenti utenze (le *password* di accesso verranno comunicate con modalità da concordare con i referenti delle Aziende per il sistema informativo della specialistica ambulatoriale).

codice	Azienda	USER-ID	Nome file da trasmettere
101	Azienda USL Piacenza	AUSL_PC	A_101_1S.zip
102	Azienda USL Parma	AUSL_PR	A_102_1S.zip
103	Azienda USL Reggio Emilia	AUSL_RE	A_103_1S.zip
104	Azienda USL Modena	AUSL_MO	A_104_1S.zip
105	Azienda USL Bologna Sud	AUSL_BS	A_105_1S.zip
106	Azienda USL Imola	AUSL_IM	A_106_1S.zip
107	Azienda USL Bologna Nord	AUSL_BN	A_107_1S.zip
108	Azienda USL Bologna città	AUSL_BC	A_108_1S.zip
109	Azienda USL Ferrara	AUSL_FE	A_109_1S.zip
110	Azienda USL Ravenna	AUSL_RA	A_110_1S.zip
111	Azienda USL Forlì	AUSL_FO	A_111_1S.zip
112	Azienda USL Cesena	AUSL_CE	A_112_1S.zip
113	Azienda USL Rimini	AUSL_RN	A_113_1S.zip
902	Azienda Ospedaliera Parma	AOSP_PR	A_902_1S.zip
903	Azienda Ospedaliera Reggio Emilia	AOSP_RE	A_903_1S.zip
904	Azienda Ospedaliera Modena	AOSP_MO	A_904_1S.zip
908	Azienda Ospedaliera Bologna	AOSP_SO	A_908_1S.zip
909	Azienda Ospedaliera Ferrara	AOSP_FE	A_909_1S.zip
960	Istituti Ortopedici Rizzoli	IIOO_RR	A_960_1S.zip

Il sito FTP dell'Agazia Sanitaria ha indirizzo TCP/IP: 193.43.193.200.

I file devono essere in formato ASCII a lunghezza fissa, compressi (ZIP) ed il nome del file deve avere la forma A_yyy_nS.ZIP: dove yyy = codice della azienda, n= 1 / 2 (semestre).

L'orario di trasferimento è dalle 8.00 alle 22.00 (entro tale ora l'operazione deve essere completata).

Segue tracciato record.

Tracciato record del flusso informativo "Volumi produttivi specialistica ambulatoriale per classi di età e sesso"

Pos.	Campo	Tip o	Lungh.	Note
1-3	AZIENDA	A	3	Codice Azienda USL o Ospedaliera
4-11	CODICE STRUTTURA	A	8	Codice HSP11 per gli ospedali (comprensivo di eventuale sub-codice stabilimento). Codice STS11 per le strutture extra-ospedaliere
12-14	CODICE DISCIPLINA	A	3	Codice della disciplina (cfr. Allegato A) dell'erogatore (sempre 3 cifre)
15-21	CODICE PRESTAZIONE	A	7	Codice della prestazione secondo il Nomenclatore Tariffario Regionale (Del. 410/97) comprensivo dei punti di separazione delle cifre tranne che per i 4 codici 870341, 811111, 871121 e 876231
22-26	NxF0	N	5	Numero di prestazioni erogate per Femmine della classe di età 0 anni
27-31	NxF1-4	N	5	Numero di prestazioni erogate per Femmine della classe di età 1-4 anni
32-36	NxF5-9	N	5	Numero di prestazioni erogate per Femmine della classe di età 5-9 anni
37-41	NxF10-14	N	5	Numero di prestazioni erogate per Femmine della classe di età 10-14 anni
42-46	NxF15-19	N	5	Numero di prestazioni erogate per Femmine della classe di età 15-19 anni
47-51	NxF20-24	N	5	Numero di prestazioni erogate per Femmine della classe di età 20-24 anni
52-56	NxF25-29	N	5	Numero di prestazioni erogate per Femmine della classe di età 25-29 anni
57-61	NxF30-34	N	5	Numero di prestazioni erogate per Femmine della classe di età 30-34 anni
62-66	NxF35-39	N	5	Numero di prestazioni erogate per Femmine della classe di età 35-39 anni
67-71	NxF40-44	N	5	Numero di prestazioni erogate per Femmine della classe di età 40-44 anni
72-76	NxF45-49	N	5	Numero di prestazioni erogate per Femmine della classe di età 45-49 anni
77-81	NxF50-54	N	5	Numero di prestazioni erogate per Femmine della classe di età 50-54 anni
82-86	NxF55-59	N	5	Numero di prestazioni erogate per Femmine della classe di età 55-59 anni
87-91	NxF60-64	N	5	Numero di prestazioni erogate per Femmine della classe di età 60-64 anni
92-96	NxF65-69	N	5	Numero di prestazioni erogate per Femmine della classe di età 65-69 anni
97-101	NxF70-74	N	5	Numero di prestazioni erogate per Femmine della classe di età 70-74 anni
102-106	NxF75-...	N	5	Numero di prestazioni erogate per Femmine della classe di età dai 75 anni in poi
107-111	NxM0	N	5	Numero di prestazioni erogate per Maschi della classe di età 0 anni
112-116	NxM1-4	N	5	Numero di prestazioni erogate per Maschi della classe di età 1-4 anni
117-121	NxM5-9	N	5	Numero di prestazioni erogate per Maschi della classe di età 5-9 anni
122-126	NxM10-14	N	5	Numero di prestazioni erogate per Maschi della classe di età 10-14 anni
127-131	NxM15-19	N	5	Numero di prestazioni erogate per Maschi della classe di età 15-19 anni
132-136	NxM20-24	N	5	Numero di prestazioni erogate per Maschi della classe di età 20-24 anni
137-141	NxM25-29	N	5	Numero di prestazioni erogate per Maschi della classe di età 25-29 anni
142-146	NxM30-34	N	5	Numero di prestazioni erogate per Maschi della classe di età 30-34 anni
147-151	NxM35-39	N	5	Numero di prestazioni erogate per Maschi della classe di età 35-39 anni
152-156	NxM40-44	N	5	Numero di prestazioni erogate per Maschi della classe di età 40-44 anni
157-161	NxM45-49	N	5	Numero di prestazioni erogate per Maschi della classe di età 45-49 anni
162-166	NxM50-54	N	5	Numero di prestazioni erogate per Maschi della classe di età 50-54 anni
167-171	NxM55-59	N	5	Numero di prestazioni erogate per Maschi della classe di età 55-59 anni
172-176	NxM60-64	N	5	Numero di prestazioni erogate per Maschi della classe di età 60-64 anni

177-181	NxM65-69	N	5	Numero di prestazioni erogate per Maschi della classe di età 65-69 anni
182-186	NxM70-74	N	5	Numero di prestazioni erogate per Maschi della classe di età 70-74 anni
187-191	NxM75-...	N	5	Numero di prestazioni erogate per Maschi della classe di età dai 75 anni in poi
192-198	TOTALE PRESTAZIONE	N	7	Numero totale di prestazioni erogate (incluse le prestazioni non classificabili nei precedenti raggruppamenti per sesso e classe di età)
199-201	AZIENDA DI RESIDENZA	A	3	Per i residenti nella Regione Emilia-Romagna indicare il codice dell'Azienda USL di residenza, i residenti fuori regione vengono raggruppati tutti in un'unica classe con codice 000
202-204	PERIODO DI RIFERIMENTO	A	3	Codifica del periodo di riferimento: 01S (primo semestre) 02S (secondo semestre) 01T (primo trimestre) 02T (secondo trimestre) 03T (terzo trimestre) 04T (quarto trimestre)
205-208	ANNO DI RIFERIMENTO	A	4	Anno di riferimento (es. 1999)

I campi alfanumerici devono essere allineati a sinistra e riempiti con spazi. I campi numerici devono essere allineati a destra e riempiti con zeri.

Documento n°2

Gestione delle liste di attesa, monitoraggio e revisione; modalità di determinazione dei tempi

Il gruppo di lavoro ha fissato in via preliminare gli obiettivi

OBIETTIVI

1. **Individuare** criteri omogenei di rilevazione delle liste di attesa e dei relativi tempi al fine di governare il sistema in maniera uniforme sia a livello Regionale sia a livello Aziendale.
2. **Suggerire** alle Aziende alcune modalità per il monitoraggio delle liste attraverso l'uso di indicatori comuni che consentano una lettura univoca dei fenomeni e, conseguentemente, l'adozione di tutti quei provvedimenti organizzativi necessari alla riduzione dei tempi d'attesa ed al mantenimento dei tempi massimi di attesa dichiarati.

1 - DESCRIZIONE DELLE LISTE DI ATTESA.

Al fine di raggiungere gli obiettivi di cui sopra é necessario definire in modo uniforme tutti gli elementi che compongono le liste di attesa così come indicato nella direttiva.

1 a) LE PRESTAZIONI

Le prestazioni **programmabili** da **includere** nelle liste che sono oggetto della presente direttiva sono qui di seguito sintetizzate:

- ? Visite specialistiche, (codici prime visite 89.7, 89.13, 89.26, 94.09, 94.19.1, 95.02)
- ? Prestazioni di laboratorio (**Prelievo**).
- ? Prestazioni di diagnostica strumentale
- ? Prestazioni terapeutiche

In questo contesto **non sono comprese** tra le prestazioni programmabili quelle riferite a:

- ?? Programmi di screening (neoplasie della mammella e del collo dell'utero),
- ?? Prestazioni di 2^a e 3^a livello, complesse, ad elevata tecnologia ed erogate in discipline con bacino d'utenza extra - provinciale, quali le visite e le prestazioni afferenti alle discipline di chirurgia maxillo facciale, cardiocirurgia, ortopedia pediatrica, chirurgia del rachide ecc.
- ?? Prestazioni di pre e post ricovero (si ricorda che la loro remunerazione rientra nella tariffa del Drg attribuito a quell'episodio di ricovero).
- ?? Visite di controllo successive alla prima e le altre prestazioni successive al primo contatto (codici 89.01, 94.12.1).

Per consentire alle Aziende la determinazione di liste di attesa "distinte" si mutua la **definizione di controllo** dal nomenclatore tariffario. " la visita successiva o di controllo rappresenta la visita in cui un problema già noto viene rivalutato e la documentazione scritta esistente viene aggiornata o modificata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita".

Sono considerate prime visite solo quelle effettuate nei confronti di pazienti noti, affetti da malattie croniche, che presentino una fase di riacutizzazione ovvero un nuovo problema tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva e un riaggiustamento della terapia.

Per alcune patologie croniche la Regione potrà predisporre delle linee guida ma saranno soprattutto le Aziende che dovranno individuare con i MMG e con gli Specialisti i percorsi diagnostico terapeutici per facilitare l'accesso ai pazienti affetti da patologie croniche.

La rilevazione delle prestazioni da includere nella lista dovrà avvenire utilizzando un linguaggio comune che é quello derivante dal nomenclatore tariffario e dalla DGR 410/97 e successive istruzioni di codifica dell'apposito gruppo regionale; ovvero le liste dovranno essere costruite a partire dalla/e prestazione/i, identificata/e con il codice regionale, a cui é associata un'agenda o calendario.

Esempio all'interno dell'agenda gestita dall'unità erogante "angiologia" possono essere inclusi i codici 88.73.5 – Eco(color)doppler TSA e 88.77.2 – Eco(color)doppler degli arti superiori o inferiori, per cui il tempo di attesa sarà riferito alla prestazione di eco(color)doppler.

1 b) I SOGGETTI EROGATORI

Nella descrizione delle liste, al fine di monitorare il sistema degli accessi e delle attese, é indispensabile individuare i diversi soggetti erogatori.

Essi sono rappresentati dalle strutture di produzione pubbliche (comprese le Aziende Ospedaliere) e dai soggetti privati provvisoriamente accreditati.

A livello locale può essere utile una rilevazione puntuale anche per punti di erogazione su base distrettuale.

1 c) I TEMPI DI ATTESA.

Tempo di attesa effettivo.

Al fine di uniformare la rilevazione dei tempi di attesa, si é convenuto che il tempo da indicare in sede di monitoraggio venga calcolato nel seguente modo:

Considerata una prestazione a cui é associata un'agenda o calendario, il tempo di attesa effettivo é rappresentato dalla prima disponibilità utile ad eseguire la prestazione, seguita da una o più disponibilità nei successivi tre giorni di erogazione della prestazione considerata.

Esempio:

Agenda Eco(color)doppler

1/3/99 1 rossi 2 verdi 3	2/3/99 1 ada 2 isa 3 ugo	3/3/99 1 ida 2 eva 3 rosa	4/3/99 1 2 3	5/3/99 1 Blu... 2..... 3.....	6/3/99 1 bian.. 2 3	8/3/99 1 2 3
---	-----------------------------------	------------------------------------	---	--	--	---

N.B. la prima disponibilità utile é quella del giorno 4 Marzo e non quella del 01-Marzo

In presenza di più unità eroganti la stessa prestazione, il tempo effettivo da considerare é quello dell'agenda che presenta il tempo inferiore nell'ambito di ciascun Distretto.

La scelta si fonda sul presupposto che il cittadino abbia l'opportunità di scegliere la struttura erogatrice con il tempo di attesa inferiore.

La corretta lettura del tempo di attesa non può prescindere dal confronto con l'indice di performance (descritto a pag.5) rilevato in ambito distrettuale per quell'azienda.

Un primo valore di riferimento, in attesa di consolidare le valutazioni fatte all'interno dei gruppi di lavoro, a cui deve attestarsi l'indice di performance distrettuale, è stato indicato nel 20-30 % delle agende eroganti la prestazione considerata.

Tempo massimo di attesa

Rappresenta il tempo "... che può intercorrere tra la data della richiesta delle prestazioni (prenotazione) e l'erogazione della stessa. Questo é un tempo fissato dai Direttori Generali in considerazione dell'impegno assunto nei confronti dei cittadini. "(cfr. comma 10 art. 3 D.Lgs 29.4.98, n. 124)

I criteri utilizzati per la definizione del tempo massimo aziendale sono analoghi a quelli utilizzati per la definizione del tempo di attesa effettivo.

1 d) IL NUMERO DEI PAZIENTI IN LISTA DI ATTESA.

Rappresenta il numero di pazienti prenotati in agenda alla data della rilevazione.

La rilevazione dovrà tenere conto dei vincoli posti dalla deliberazione della G.R. 27/07/98 n°1296 sulla gestione delle liste d'attesa, che sono:

- La revisione periodica delle agende,
- L'overbooking,
- Il superamento della chiusura periodica delle agende.

1 e) LA DISPONIBILITA'/ OFFERTA.

E' il numero di prestazioni **erogabili** settimanalmente per le discipline considerate.

Il periodismo concordato per la rilevazione e l'invio dei dati è quello del primo giorno di ogni trimestre. Qualora questo venisse a cadere in una giornata festiva o prefestiva si considera il primo giorno lavorativo utile.

Esempio:

4 Gennaio 1999

1 Aprile 1999

1 Luglio 1999

1 Ottobre 1999

2-INDICATORI DI VALUTAZIONE DELL'ATTIVITA' SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Definizione:

Il D.M. Sanità 24/07/1995 così recita:

“Gli indicatori sono delle informazioni selezionate allo scopo di misurare i cambiamenti che si verificano nei fenomeni osservati e, conseguentemente, di orientare i processi decisionali dei diversi livelli istituzionali.

Essi rappresentano uno strumento ordinario e sistematico per l'autovalutazione e la verifica dell'efficienza gestionale e dei risultati conseguiti nell'esercizio delle attività sanitarie”.

Nel riconfermare i contenuti della deliberazione della G.R. 27/07/98 n°1296 a proposito della gestione delle liste d'attesa (revisione periodica delle agende, Overbooking, superamento della chiusura periodica delle agende) il gruppo di lavoro ha suggerito l'uso di alcuni indicatori per la valutazione dell'attività specialistica ambulatoriale e dei relativi tempi:

- 2a Indice di performance (I.P.)
- 2b Indice di pressione esterna (I.P.E.)
- 2c Indice di consumo (I.C.)
- 2d Indice di saturazione (I.S.)
- 2e Incidenza libera professione (L.P.)

La costruzione dei suddetti indicatori richiede il seguente **set di informazioni**:

- 1 - **TA** = Totale agende (intendendo per agenda la o le prestazioni associata/e al calendario degli appuntamenti);
- 2 - **NA** = N° Agende (Totali e/o di una branca specialistica) con tempi di attesa ? 30 gg (visite) o ? 60 gg (prestazioni di diagnostica);
- 3 - **PzL** = N° pazienti in lista di attesa ad una determinata data;
- 4 - **Ds** = (Disponibilità settimanale) rappresenta il n° di visite (o prestazioni specialistiche), individuate per codifica ministeriale, settimanalmente prenotabili;
- 5 - **PE** = N° prestazioni totali effettuate in Azienda in un determinato periodo;
- 5a - **PA** = N° prestazioni effettuate in mobilità attiva;
- 5b - **PP** = N° prestazioni effettuate in mobilità passiva;
- 6 - **PLP** = N° prestazioni erogate in libera professione

? ? 2 a) *Indice di Performance (I.P.)*

E' un indice che può essere utilizzato per fotografare la situazione esistente, circa i tempi di attesa, a livello aziendale o distrettuale per ogni singola disciplina specialistica.

Questo indice permette di quantificare il numero delle agende che presentano tempi di attesa inferiori (o uguali) alla soglia oltre la quale si sono definite critiche le prestazioni (per le visite specialistiche è 30 giorni, per le altre prestazioni di diagnostica 60 giorni) rispetto alla totalità delle agende.

$$I.P. = NA / TA * 100 \quad \text{dove}$$

NA = N° Agende (Totali di una branca specialistica) con tempi di attesa
? 30 gg (visite) o ? 60 gg (prestazioni di diagnostica)

TA = Totale agende.

Esempio:

L'Azienda X ha 6 agende per la prenotazione delle visite oculistiche, di queste agende solo 2 sono sotto i 30 giorni, il suo indice di performance sarà pari al 33 %.

Più elevato è l'indice di performance maggiore è il numero delle agende al di sotto della soglia critica.

Una valutazione più completa di questo indice necessita del numero di pazienti inseriti nelle singole agende.

?? 2 b) Indice di pressione esterna (I.P.E.) ad un determinato momento per prestazione offerta

E' un indice di valutazione del funzionamento del Distretto/Azienda in relazione al numero di utenti in attesa per prestazione offerta, valutata in un preciso momento.

Si ottiene dal rapporto tra i pazienti in lista di attesa, per quella prestazione, ad una certa data, con la disponibilità settimanale di visite o di prestazioni specialistiche.

$$\text{I.P.E.} = \text{PzL} / \text{Ds}$$

PzL = N° pazienti in lista di attesa ad una certa data

Ds = Disponibilità settimanale = n° visite (o prestazioni specialistiche) settimanalmente prenotabili

Esempio:

Se per un ecografia dell'addome superiore l'Azienda X ha, al 31/12/98, 54 pazienti in lista d'attesa ed eroga 13 prestazioni alla settimana il suo indice di pressione esterna settimanale sarà:

$$\text{I.P.E.} = 54 / 13 \approx 4$$

Risulta da ciò che per ogni utente che, per quella settimana, riceve la prestazione 4 pazienti restano in lista di attesa.

?? 2 c) Indice di Consumo (I. C.)

Indica il n° di prestazioni fruito da parte di ciascun utente (residente e non) che si rivolge ad un'Azienda rapportate alla sua popolazione residente (per mille abitanti).

$$\text{I.C. generico} = \text{PE} / \text{PR} \text{ ‰ abitanti.}$$

PE = N° prestazioni totali effettuate in Azienda,

PR = Popolazione residente nell'ambito territoriale dell'azienda,

E' l'indice il cui confronto appare meno significativo, in quanto il numeratore comprende tutte le persone che hanno usufruito di prestazioni (residenti e non); un'idea sarebbe quella di considerare una popolazione standard (ad esempio quella della stessa nostra regione).

L'indice di consumo può essere definito **specifico** quando il numero di prestazioni fruite dalla popolazione residente nel territorio dell'Azienda è rapportato alla sua popolazione residente (per mille abitanti).

$$\text{I.C. specifico} = \frac{(PE - PA) + PP}{PR} * 1000$$

PE = N° prestazioni totali effettuate in Azienda

PA = N° prestazioni effettuate in mobilità attiva

PP = N° prestazioni effettuate in mobilità passiva

PR = Popolazione residente nell'ambito territoriale dell'azienda

Quest'indice è calcolabile solo quando si rendono disponibili tutti i dati relativi alla mobilità.

2 e) (I.S.) Indice di Saturazione

E' uno strumento utile nell'ambito della programmazione Aziendale

E' un indice che mette a confronto le prestazioni erogate con l'offerta potenziale.

Si ottiene dal rapporto percentuale tra il numero di prestazioni effettuate, nel periodo considerato, con il numero prestazioni teoriche.

Queste ultime sono il prodotto dell'offerta di prestazioni settimanali nelle 23 settimane del semestre (considerando una riduzione annuale dell'offerta di 6 settimane).

L'indice uguale al 100% rappresenta l'offerta completamente "utilizzata".

Per un semestre avremo:

$$\text{(I.S.)} = PE / OS * 100$$

PE = N° di prestazioni effettuate

OS = Offerta settimanale * 23 settimane

Esempio:

L'Azienda Y nel primo semestre dell'anno precedente ha effettuato 4218 prestazioni di EMG, ha una disponibilità settimanale di 282 prestazioni e di conseguenza le prestazioni teoriche dei prossimi 6 mesi saranno pari a 6486.

Il suo indice di saturazione della lista sarà del 65% ovvero l'offerta non è stata completamente utilizzata .

?? 2 d) Incidenza Libera Professione (L.P.)

E' un indicatore che monitorizza l'andamento della libera professione in rapporto con l'attività istituzionale.

Rappresenta la proporzione percentuale delle prestazioni erogate in libera professione sul totale prestazioni.

$$\text{L.P.} = \text{PLP} / \text{TP} * 100$$

PLP = N° Prestazioni erogate in libera professione

TP = Totale Prestazioni (prestazioni attività istituzionale + prestazioni in libera professione)

Esempio :

L'Azienda y eroga in un semestre 2972 prestazioni di oculistica in attività istituzionale e 328 in attività libero professionale.

L'incidenza della libera professione per quanto riguarda l'oculistica sarà

$$\text{L.P.} = 328 / (2972 + 328) \times 100 = 9,9 \%$$

Il D.M. del Ministero della Sanità del 28/02/97 "Attività libero - professionale e incompatibilità del personale della dirigenza sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale" all'art.4 così recita" Gli spazi utilizzabili per l'attività libero – professionale, individuati anche come disponibilità temporale degli stessi, non possono essere inferiori al 10% e superiori al 20% di quelli destinati all'attività istituzionale.....".

La Circolare Regionale n° 27 del /22/07/1997 stabilisce inoltre che "L'attività libero – professionale non può in ogni caso comportare, per ciascun soggetto, un volume di attività superiore a quello assicurato dal medesimo per i compiti d'istituto".

Si segnala infine come strumento di pianificazione interna per le Aziende il calcolo del **Tempo di Attesa Teorico (Tat)**

Il calcolo del tempo d'attesa teorico consente, anche in via indicativa, di pianificare l'attività ambulatoriale confrontando le seguenti variabili::

1. **numero di pazienti in lista (a),**
2. **tempo di attesa,**

3. **volume di attività (b)** da erogare per garantire il tempo d'attesa predeterminato,
4. **unità di tempo (t)** a cui è riferito il volume di attività b

n.b. il volume di attività è rappresentato dal numero delle prestazioni semestrali “teoriche” e non effettive.

Le variabili indicate sono da considerare congiuntamente perché interdipendenti ed il calcolo del tempo d'attesa teorico avviene nel seguente modo:

$$a : b = Tat : t \quad \text{da cui } Tat = a/b * t$$

Esempio :

un'Azienda che al 05/3/99 ha per le visite oculistiche:

1. *pazienti in lista 76*
2. *disponibilità settimanale di 32 visite (32 x 23=736 in un semestre),*
3. *unità di tempo il semestre (23 settimane)*

Il Tempo di attesa teorico sarà il seguente:

$$76 : 736 = Tat : 23$$

da cui il Tat = 76 x 23 / 736 = 2,375 (settimane) x 7 (giorni) = 17 gg è il tempo di attesa teorico.

Analogamente è possibile calcolare quale dovrebbe essere il volume di attività del servizio perché il tempo di attesa possa essere contenuto entro un valore predefinito.

Esempio:

Se quell'Azienda ha la necessità di ridurre a 14gg (2 settimane) il numero dei giorni dovrà aumentare le prestazioni della seguente quantità:

$$76 : X = 2 : 23$$

da cui X = 874

pertanto quell'azienda dovrà aumentare il numero di prestazioni di un valore pari a 138 (874 – 736) in più nel semestre.

Uguale a 6 prestazioni in più alla settimana.

N.B. si considerano 23 settimane in un semestre (in virtù di un'ipotetica riduzione annuale dell'offerta di 6 settimane).

Hanno collaborato alla stesura del presente documento:

L.Cioni (Coordinatrice del Gruppo di lavoro)

Azienda Ospedaliera di Parma

L. Favero	Azienda Ospedaliera di Bologna
E. Carlini	Azienda Ospedaliera di Ferrara
G. Govoni	Azienda Ospedaliera di Parma
L. Rizzo	Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
M. Pinotti	Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
M. Sanza	Azienda USL di Bologna Città
L. Grazia	Azienda USL di Bologna Nord
R. Negrini	Azienda USL di Bologna Nord
C. Fini	Azienda USL di Bologna Sud
B. Benini	Azienda USL di Cesena
G. Cicognani	Azienda USL di Cesena
E. Patroncini	Azienda USL di Ferrara
M.A. Fidone	Azienda USL di Ferrara
P. Conforti	Azienda USL di Ferrara
A. Baldoni	Azienda USL di Forlì
G. Degli Esposti	Azienda USL di Modena
M.L. De Luca	Azienda USL di Modena
R. Emanuele	Azienda USL di Parma
R. Spinola	Azienda USL di Piacenza
A. Folli	Azienda USL di Ravenna
M.R. Oriani	Azienda USL di Ravenna
M. Grossi	Azienda USL di Reggio Emilia
A. Cingolani	Azienda USL di Rimini
A.M. Sale	Azienda USL di Rimini
A. Giordano	Istituti Ortopedici Rizzoli
M. Rolli	Istituti Ortopedici Rizzoli

Rappresentanti Regionali :

M. Lazzarato
A. Paganelli
A. Fadda
L. Cisbani
A. Todeschini