

LANDESPLAN ZUR EINDÄMMUNG DER VORMERKZEITEN FÜR FACHÄRZTLICHE LEISTUNGEN

(gültig für den Zeitraum 01.07.2011 – 31.12.2013)

Einführung

1. DIE HÖCHSTVORMERKZEITEN

- Die Leistungen des Landesplanes
 - Die ambulanten Leistungen
 - Die Leistungen im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes

2. ALLGEMEINE GRUNDSÄTZE

- Die Einteilung der ambulanten Leistungen
- Die Einteilung der Krankenhausaufenthalte
- Sicherheiten für die Bürger
- Die diagnostisch-therapeutischen Betreuungspfade im Bereich der Herzgefäß-Erkrankungen und auf dem onkologischen Gebiet
- Zusatzleistungen im Sinne der Tätigkeit außerhalb der Arbeitszeit

3. DIE ÜBERWACHUNG DER LEISTUNGEN

4. KORRIGIERENDE MASSNAHMEN

5. KOMMUNIKATION – INFORMATION UND ROLLE DER ALLGEMEINMEDIZIN

Einführung

Vereinbarung zwischen der Regierung, den Regionen und den Autonomen Provinzen von Trient und Bozen im Hinblick auf den Nationalen Plan zur Steuerung der Wartelisten für das Triennium 2009-2011, gemäß Artikel 1, Absatz 280 des Staatsgesetzes vom 23. Dezember 2005, Nr. 266.

Das Phänomen der Wartelisten stellt eine besondere Herausforderung für die Organisation des Staatlichen Gesundheitsdienstes dar. Die Lösung des Problems der Wartelisten kann jedoch nicht nur in einem mengenmäßigen Angebot und Produktionsvolumen bestehen, sie muss vielmehr das Recht des Bürgers berücksichtigen und zwar mittels geeigneter Strategien der Verwaltung der Nachfrage, welche den rigorosen Kriterien der Angemessenheit sowie der Dringlichkeit der Leistungen Rechnung tragen.

Die Verwaltung der Wartelisten ist stark an die Maßnahmen der Informatisierung der Schritte „Verschreibung-Vormerkung-Befundung“ gekoppelt, mit einem besonderen Augenmerk auf die Dringlichkeitsstufen, bis hin zur digitalen Wiedergabe der genannten Dokumente.

Die Verwaltung der Wartelisten kann zudem besser in Angriff genommen werden, wenn es gelingt, die Mittel und Kommunikationsformen ausfindig zu machen, die hierfür notwendig sind, und zwar mit der Namhaftmachung der verschiedenen Ansprechpartner im System, sei es jener die für die Verschreibungen verantwortlich zeichnen, wie auch für jene, die für die diagnostische Abklärung zuständig sind.

Das Hauptziel besteht darin, den effektiven Gesundheitsbedarf festzustellen, die Unangemessenheit zu vermindern und die zur Verfügung stehenden Ressourcen in Einklang mit den möglichen, zu garantierenden Betreuungsstandards zu bringen.

Kernpunkte des landesweiten Planes zur Eindämmung der Vormerkzeiten für fachärztliche Leistungen sind:

- die Informatisierung des Zyklus „Verschreibung-Vormerkung-Befundung“;
- Nutzung des Prioritätensystems für die Verschreibung von Visiten und von fachärztlichen Untersuchungen;
- Programmierung der Leistungsvolumen von Seiten der Leistungserbringer.

Inhalte dieses Planes:

1. die Zielsetzung des vorliegenden Planes ist jene, einen angemessenen Zugang zu den Leistungen des Landesgesundheitsdienstes zu garantieren, für welche die Höchstvormerkzeiten bestimmt werden.
2. Als vorrangig wurden die kardio-vaskulären und onkologischen Gebiete in der Entwicklung der diagnostisch-therapeutischen Behandlungspfade festgelegt.
3. Es werden Mittel der Überwachung der Vormerkzeiten für die ambulanten Leistungen mit der Vorgangsweise „ex-ante“, parallel zur Informatisierung des Systems, mit der Vorgangsweise „ex-post“ (Informationsfluss, wie dieser durch den Artikel 50 des Gesetzes Nr. 326/2003) vorgesehen ist, wie auch der Krankenhausaufenthalte über den Informationsfluss SDO erhoben.
4. Es werden Ziel führende Maßnahmen für die Umsetzung und die Entwicklung der Einheitlichen Vormerkstelle als Mittel zur Überwachung sowie der Verwaltung der Wartelisten vorangetrieben.
5. Es werden spezifische Verbesserungsmaßnahmen für die Angemessenheit der Verschreibungen durch die hierfür zuständigen Ärzte gefördert.
6. Förderung der freiberuflichen Tätigkeit als ergänzendes, sowie zusätzliches Mittel für die Steuerung der Nachfrage an fachärztlichen Leistungen.
7. Es werden Überwachungsmaßnahmen im Hinblick auf die Tätigkeiten der Leistungserbringer eingeführt.

Allgemeine sicherzustellende Anweisungen von Seiten der Autonomen Provinz Bozen für die Verwaltung der Wartelisten:

- A) Die Überprüfung jener Leistungen, welche bereits erfolgt, wird beibehalten, auch wenn diese nicht explizit von der neuen Überwachung vorgesehen ist.
- B) Steuerung der Nachfrage über einen angemessenen Zugang zu Leistungen und Tätigkeiten des Landesgesundheitsdienstes, mit der Nutzung von Mitteln, unter anderem über die Berücksichtigung von Dringlichkeitsstufen, sei es auf der Verbraucherseite, wie auch auf der Seite der Leistungsanbieter. Die Anwendungsmaßnahmen der klinischen Dringlichkeiten und die Festlegung der verschiedenen Pathologien, welche in diesem Zusammenhang stehen, müssen homogen auf einheitliche Art und Weise landesweit von den Gesundheitseinrichtungen veranschaulicht werden.
- C) Die systematische Nutzung der zentralen Vormerkungsformen als optimales Bindeglied zwischen der sanitären Organisation und dem Leistungsangebot. Diesbezüglich werden während der Laufzeit und der Gültigkeit dieses Planes, alle notwendigen Maßnahmen ergriffen um die Umsetzung einer landesweiten Vormerkstelle zu garantieren.
- D) Organisation, Überprüfung, wie auch Kontrolle der freiberuflichen Tätigkeit für Leistungen, die eine besondere kritische Dringlichkeit aufweist und über bestimmte Vorgaben bei der Vormerkung sowie bei den klinischen Zugängen, die je nach institutionellen Vorgaben, gestaffelt werden.
- E) Es werden spezifische Projekte in die Wege geleitet, um Initiativen auf den Gebieten der Informatisierung und der Autorisierung voranzutreiben, welche den Zyklus „Verschreibung-Vormerkung-Befundung, digitale Aufbereitung von Dokumenten, Informationsaustausch und Nutzung der Telemedizin“, verfolgen.
- F) Es werden strukturierte Vorgangsweisen auf den Gebieten der Kommunikation und der Bürgerinformation über die bestehenden verfügbaren Möglichkeiten (Internet, Informationskampagnen, Ämter für Beziehungen mit dem Publikum, Charta der Gesundheitsdienste) vorgesehen, welche die Teilnahme, sowie das Einverständnis der Verbraucherschützer und der interessierten Selbsthilfegruppen fördern.
- G) Rationalisierung und Optimierung des Leistungsangebotes über eine Auflistung der Stützpunkte für fachärztliche Leistungen in den Gesundheitseinrichtungen des Sanitätsbetriebes und Feedback an die Verschreiber.
- H) Aktivierung von Überprüfungsmechanismen im Hinblick auf die Angemessenheit der Verschreibung unter Berücksichtigung der verschiedenen Dringlichkeitsstufen.
- I) Der Südtiroler Sanitätsbetrieb wird im Hinblick auf die festgelegten Höchstvormerkzeiten für fachärztliche Leistungen, mit Berücksichtigung der dringenden und der vorrangigen Leistungen, eine Programmierung veranlassen, welche sich auf die Bedürfnisse der betroffenen Einzugsgebiete stützen.

1. DIE HÖCHSTVORMERKZEITEN

Auflistung der zu überwachenden Leistungen

Die zu überwachenden Leistungen beziehen sich auf die verpflichtend durchzuführende Probephase von Seiten der Agentur „Agenas“ in Anwendung der Staat-Regionen-Vereinbarung vom 28. März 2006.

Darin enthalten sind jene Leistungen:

- welche keine besonderen Probleme bei den Vormerkzeiten im Großteil der Gesundheitseinrichtungen aufweisen;
- die in sehr reduzierten Leistungsvolumen erbracht werden;
- die nicht einfach feststellbar sind und zwar aufgrund bestehender Kodifizierungsprobleme;
- die nicht in der vorgesehenen Form erbracht wurden (ambulant, Day-Hospital, ordentlicher Aufenthalt).

Nicht als Bestandteil des vorliegenden Planes gelten jene Leistungen, die im Rahmen regionaler Vorhaben im Präventionsbereich gewährleistet werden und für welche ein aktives Leistungsangebot mit der Festlegung klarer Termine vorgesehen ist.

Es wurden jedoch einige Leistungen aufgenommen, die als „kritisch“ anzusehen sind und die als „funktionell“ bei einer umfangreichen Überprüfung definiert werden können.

DIE AMBULANTEN LEISTUNGEN DES LANDESPLANES

Auf der Grundlage des Nationalen Planes sind 22 Typologien von fachärztlichen Visiten und 43 weitere Leistungen bestimmt worden.

FACHÄRZTLICHE VISITEN

Nummer	Leistung	Kodex Leistungsverzeichnis	Codice Disciplina
1	Kardiologische Visite	89.7	8
2	Gefäßchirurgische Visite	89.7	14
3	Endokrinologische Visite	89.7	19
4	Neurologische Visite	89.13	32
5	Augenvisite	95.02	34
6	Orthopädische Visite	89.7	36
7	Gynäkologische Visite	89.26	37
8	HNO-Visite	89.7	38
9	Urologische Visite	89.7	43
10	Dermatologische Visite	89.7	52
11	Physiatische Visite	89.7	56
12	Gastroenterologische Visite	89.7	58
13	Onkologische Visite	89.7	64
14	Pneumologische Visite	89.7	68
15	Neurochirurgische Visite	89.7	30
16	Diabetologische Visite	89.7	99
17	Diätologische Visite	89.7	79
18	Hämatologische Visite	89.7	99
19	Internistische Visite	89.7	99
20	Visite im Bereich Infektionskrankheiten	89.7	99
21	Nefrologische Visite	89.7	29
22	Visite Allgemein Chirurgie	89.7	9

Die anderen Leistungen, welche überwacht werden, sind:

LEISTUNGEN DER INSTRUMENTALDIAGNOSTIK

Nummer	Leistung	Kodex Leistungsverzeichnis
23	Mammographie	87.37.1 – 87.37.2
24	Thorax-CT mit und ohne Kontrastmittel	87.41 – 87.41.1
25	Abdomen-CT und ohne Kontrastmittel	88.01.2, 88.01.1, 88.01.4, 88.01.3, 88.01.6, 88.01.5
26	Kopf/Schädel-CT mit und ohne Kontrastmittel	87.03, 87.03.1
27	Rückgrat-CT (Wirbelsäule und des Wirbelkanals) mit und ohne Kontrastmittel	88.38.2, 88.38.1
28	Becken-CT mit und ohne Kontrastmittel	88.38.5
29	Magnetresonanz Gehirn und Hirnstamm	88.91.1, 88.91.2
30	Magnetresonanz Becken, Prostata und Harnblase	88.95.4, 88.95.5
31	Magnetresonanz der Muskeln und des Skelettes	88.94.1, 88.94.2
32	Magnetresonanz Wirbelsäule	88.93, 88.93.1
33	Ultraschall des Kopfes und des Halses	88.71.4
34	Farb-Doppler-Echokardiographie	88.72.3
35	Farb-Doppler-Echographie der supraaortalen Gefäße	88.73.5
36	Farb-Doppler-Echographie der peripheren Gefäße	88.77.2
37	Echographie Abdomen	88.74.1, 88.75.1
38	Echographie Brust	88.73.1, 88.73.2
39	Echographie Geburtshilfe/Gynäkologie	88.78, 88.78.2

Weitere fachärztliche Untersuchungen:

40	Kolonskopie	45.23. 45.25 – 45.42
41	Sigmoidoskopie mit flexiblen Endoskop	45.24
42	Ösophago-Gastroduodenoskopie	45.13, 45.16
43	Elektrokardiogramm	89.52
44	Dynamisches Elektrokardiogramm (Holter)	89.50

45	Belastungs- Elektrokardiogramm	89.41 – 89.43
46	Audiometrie	95.41.1
47	Spirometrie	89.37.1, 89.37.
48	Fundusuntersuchung	95.09.1
49	Elektromyographie	93.08.1

LEISTUNGEN IM RAHMEN VON KRANKENHAUSAUFENTHALTEN (ordentliche und programmierte Tagesaufenthalte für Akut-Patienten)

Es handelt sich um 6 Leistungen, die hauptsächlich in Form des Tagesaufenthaltes und um 10 Leistungen, die in Form eines ordentlichen Krankenhausaufenthaltes erbracht werden.

Leistungen im Day Hospital/Day Surgery

50	Chemotherapie	99.25
51	Koronarographie	88.55, 88.56
52	Perkutane Biopsie der Leber	50.11
53	Hämorrhoidektomie	49.46, 49.49
54	Wiederherstellung Leistenbruch	53.0X – 53.IX
55	Eingriff Katarakt	13.41, 13.42-13.69

LEISTUNGEN IM RAHMEN VON ORDENTLICHEN KRANKENHAUSAUFENTHALTEN

56	Chirurgische Eingriffe Brustkrebs	85.4
57	Chirurgische Eingriffe Prostata	60.5
58	Chirurgische Eingriffe Kolon-Rektum	45.7 x – 45.8, 48.5 – 48.6
59	Chirurgische Eingriffe Gebärmutter	68.3 - 68.9
60	Bypass	Unterkategorie 36.IX
61	Koronare Angioplastik	00.66 - 36.09
62	Karotide Endarteriektomie	38.12
63	Eingriff Hüftprothese	81.51 -81.52, 81.73 – 00.70 00.71 – 00.72
64	Chirurgische Eingriffe bei Lungentumoren	32.3 - 32.4 - 32.5 - 32.9
65	Tonsillektomie	28.2 – 28.3

60	By pass aortocoronarico	Sottocategoria 36.IX	
61	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66 - 36.09	
62	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
63	Intervento protesi d'anca	81.51 - 81.52 - 81.53 00.70 - 00.71 - 00.72 00.73 - 00.70	
64	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.3 - 32.4 - 32.5 - 32.9	162
65	Tonsillectomia	28.2 - 28.3	

Im Rahmen des Programms für die klinischen Dringlichkeiten im Hinblick auf den Zugang zu fachärztlichen Leistungen müssen auf der Grundlage des nationalen Planes für die Eindämmung der Vormerkzeiten bei den Krankenhausaufenthalten die programmierten, nicht dringenden Krankenhausaufnahmen in Betracht gezogen werden.

Um eine höhere Transparenz, nicht zuletzt auch zu statistischen Zwecken zu garantieren, müssen die Vormerkzeiten für nicht dringende Aufenthalte bimestral erhoben werden.

Auch diese Erhebung muss von der zuständigen Vormerkstelle sichergestellt werden, soweit diese zur Verfügung steht, und zwar mittels aller hierfür vorgesehenen Informationen, gemäß bestimmten Vorgaben des Südtiroler Sanitätsbetriebes.

Bei Nichtvorhandensein einer Vormerkstelle, ist die zuständige Gesundheitseinrichtung verpflichtet, alternative Modelle der Erhebung gemäß dem vorliegenden Maßnahmenpaket, auch unter Beachtung des „SDO-Datenflusses“ anzuwenden.

2. ALLGEMEINE GRUNDSÄTZE SOWIE EINTEILUNG DER AMBULANTEN LEISTUNGEN

Es wird die nachfolgende Einteilung der klinischen Dringlichkeiten bestätigt:

- U (Urgente/Dringend), innerhalb von 24 Stunden ab Zeitpunkt der ärztlichen Anfrage;
- B (Breve/Prioritär-Vorrangig), innerhalb von 8 Tagen ab Zeitpunkt der ärztlichen Anfrage;
- D (Differibile/Aufschiebbar), innerhalb von 60 Tagen für fachärztliche Visiten und für Abklärungen, die in einer spezifischen Auflistung aufscheinen (Ausnahmeregelung bis zu 120 Tage für bestimmte Fachbereiche);
- P (Programmiert): Leistung, welche ausschließlich vom Facharzt verschrieben und vorgemerkt wird. *¹

Die Verschreibung muss die Angabe der Höchstvormerkzeit, welche im Einklang mit dem effektiv festgestellten Gesundheitsbedarf des Betroffenen, stehen muss, vorsehen.

Konkret unterscheidet man folgende Vorgangsweise:

1. Stufe: DRINGENDE LEISTUNG

So schnell wie möglich durchzuführende Leistung und zwar im Laufe desselben Tages.

Zugangskriterien: der Patient gelangt zur Krankenhausstruktur nach vorausgegangener Verschreibung eines Arztes (Allgemeinmediziner, Facharzt). Der Arzt muss auf der Verschreibung das Problem oder den diagnostischen Verdacht anführen, der für die Überstellung des Patienten verantwortlich zeichnet, versehen mit dem Vermerk „DRINGEND“.

Kriterien für die Leistungserbringung: über die Erste Hilfe oder über den direkten Zugang durch den Leistungserbringer. Die jeweiligen Zugangskriterien des Patienten zu den verschiedenen Diensten müssen über ein internes Reglement definiert werden, welches von der Sanitätsdirektion des Sanitätsbetriebes ausgearbeitet werden muss.

2. Stufe: PRIORITÄRE VORRANGIGE LEISTUNG

Es handelt sich um eine Leistung, welche innerhalb von 8 Tagen erbracht werden muss.

Zugangskriterien: der Patient, der eine Krankenhaus- oder Sprengelstruktur für eine prioritäre vorrangige Leistung aufsucht, muss über eine ärztliche Verschreibung mit dem Vermerk „PRIOR“ verfügen.

Modalitäten für die Leistungserbringung: die Vormerkung erfolgt ausschließlich über die Einheitliche Vormerkungsstelle „CUP“ (soweit vorhanden). Für jede fachärztliche Leistung

¹ Für eine korrekte Wiedergabe der Einstufung der Vormerkzeit, ist es notwendig, dass jede ärztliche Verschreibung einen spezifischen klinischen Verdachtsfall anführt oder auch einen diagnostischen Verdacht und für die so genannten prioritären, vorrangigen Leistungen müssen die genaue Pathologie und der diagnostische Verdacht auf der Grundlage der zwischen den Krankenhausfachärzten und den Allgemeinmedizinern vereinbarten Vormerkzeit hierfür (im Rahmen der „RAO-Richtlinien“) angegeben werden. Sollte diese Anforderung fehlen, wird die Vormerkung dennoch über die zuständige Vormerkstelle vorgenommen.

wird die Höchstzeit, innerhalb welcher die jeweilige Leistung erbracht werden muss, definiert, die nicht höher als 8 Tage sein darf. Über die RAO-Richtlinien für die einzelnen Fachbereiche wird genau festgehalten, welche Leistungen in den Prior-Bereich fallen.

Leistungen, die innerhalb von 8 Tagen erbracht werden müssen („PRIOR“):

Für diese Leistungen verweist man auf den Beschluss der Landesregierung Nr. 2.360/2007. Nachfolgend werden die Bereiche aufgelistet, innerhalb jener bestimmte Krankheitsbilder definiert wurden, die innerhalb von 8 Tagen, ab Verschreibung, Anrecht auf die benötigte Leistung, geben.

Es sind dies folg.:

- Onkologische Visite;
- Kardiologische Visite;
- Orthopädische Visite;
- Neurochirurgische Visite;
- Psychiatrische Visite;
- Gynäkologische Visite;
- Neurologische Visite;
- Gefäßchirurgische Visite;
- Dermatologische Visite;
- Diabetes-Visite;
- Diätologische Visite;
- Hämatologische Visite;
- Gastroenterologische Visite;
- Internistische Visite;
- Visite Infektionskrankheiten;
- Endokrinologische Visite;
- Nephrologische Visite;
- Pneumologische Visite;
- Augenvisite;
- Urologische Visite;
- HNO-Visite;
- Chirurgische Visite;
- Computertomographie Schädel;
- Magnetresonanz Lendenachse;
- Mammographie;
- Abdomen-Echographie;
- EGDskopie;
- Ecocolordoppler TSA;
- Arteriöse Ecocolordoppler der unteren und oberen Glieder;
- Elektromiographie.

3. Stufe: AUFSCHIEBBARE LEISTUNG

Leistung, die in der Norm innerhalb von 60 Tagen ab dem Zeitpunkt der Anfrage durchgeführt werden muss (Ausnahmeregelung: bis zu 120 Tage).

Zugangskriterien:

Vormerkung, nach erfolgter ärztlicher Indikation.

Kriterien für die Durchführung:

alle Listen werden regelmäßig vom zuständigen Gesundheitsbezirk überwacht und überprüft.

In Berücksichtigung sämtlicher oben genannter Zeiten, werden für alle Listen, welche Vormerkzeiten über 60 Tage aufweisen, mit Ausnahme jener bestimmter Fachärzte (Namenslisten gewünschter Ärzte - freie Arztwahl), spezifische Projekte eingeleitet, um die Gründe der Probleme hierfür zu erfassen und die Vormerkzeiten einzudämmen.

Es ist möglich, dass in enger Absprache zwischen der Landesabteilung Gesundheitswesen und dem Südtiroler Sanitätsbetrieb für bestimmte Bereiche ein Zeitfenster für diese Art von Leistungen von bis zu 120 Tagen, ab dem Zeitpunkt der Anfrage, gewährt wird. Es wird betont, dass es sich hier nur um klinische Erstvisiten handelt. Kontrollvisiten werden grundsätzlich vom Facharzt verschrieben.

Die Gesundheitsbezirke leiten zur Reduzierung der Vormerkzeiten, welche die vorgesehenen Grenzen überschreiten, Maßnahmen ein, die eine Erhöhung des Leistungsangebotes zur Folge haben und zwar mittels:

1. Umstrukturierung der krankenhausinternen-organisatorischen Aktivitäten (soweit dies möglich ist) in den Abteilungen um die zur Verfügung stehenden Kapazitäten der ambulanten Tätigkeit besser zu nutzen;
2. Erwerb von fachärztlichen Leistungen von Seiten interner oder externer akkreditierter Leistungserbringer, auch über die Anwendung hierfür notwendiger Vertragsmechanismen;
3. indirekte Krankenhausbetreuung/indirekte Krankenhausvergütung bei Nicht-Greifen anderer Initiativen. Die jeweiligen Rückvergütungssätze werden von der Landesregierung festgesetzt.

4. Stufe: PROGRAMMIERTE LEISTUNG

Ausschließlich vom Facharzt, das heißt vom zuständigen verschreibenden Arzt festgelegter Termin (dieser Termin ist von der Erhebung dann ausgenommen, wenn er die genannten Höchstvormerkzeiten überschreitet, analog zu jenen Fällen in welchen der Patient selbst für bestimmte Leistungen mit der Folge anderer, aufschiebbarer Termine durch den Landesgesundheitsdienst optiert).

ALLGEMEINE RICHTLINIEN IM ZUSAMMENHANG MIT DER VORMERKUNG VON AMBULANTEN LEISTUNGEN

Eine korrekte Vormerkung setzt eine Verschreibung voraus, die als so genannte „Erstvisite“ eingestuft wird. Zudem ist es notwendig, dass die Verschreibung in unverkennbarer Art und Weise ausgestellt wird. Zu diesem Zwecke ist es erforderlich, dass der Verschreiber stets den Kodex des Leistungsverzeichnisses angibt und natürlich die Beschreibung der durchzuführenden Visite vorlegt.

Sollte dies nicht sein, wird die zuständige Vormerkstelle auf jeden Fall eine Erst-Visite vormerken.

Für eine korrekte Wiedergabe der Einstufung der Vormerkzeit, ist es notwendig, dass jede ärztliche Verschreibung einen spezifischen klinischen Verdachtsfall anführt oder auch einen diagnostischen Verdacht und für die so genannten prioritären, vorrangigen Leistungen müssen die genaue Pathologie und der diagnostische Verdacht auf der Grundlage der zwischen den Krankenhausfachärzten und den Allgemeinmediziner*innen vereinbarten Vormerkzeit hierfür (im Rahmen der „RAO-Richtlinien“) angegeben werden. Sollte diese Anforderung fehlen, wird die Vormerkung dennoch über die zuständige Vormerkstelle vorgenommen.

Es ist vorgesehen, dass eine Überprüfung der Wiedervormerkungen vorgenommen wird (Verlegungen von Patienten aufgrund von Absagen in den Ambulatorien), mit zweimonatlicher Erhebung, bei der bestimmte Indikatoren zur Überprüfung für die einzelnen fachärztlichen Einheiten festgelegt werden.

Bei Inbetriebnahme einer landesweiten einheitlichen Vormerkstelle wird eine Überwachung hinsichtlich des ersten verfügbaren Termins für eine fachärztliche Visite in den verschiedenen Gesundheitsbezirken veranlasst, und eine entsprechende Überprüfung garantiert, auch dann wenn der Patient den angebotenen Termin nicht annimmt oder diesen woanders innerhalb oder außerhalb des Südtiroler Sanitätsbetriebes erhält.

Jeder Gesundheitsbezirk wird ersucht, sich einer informatisierten und zentralen Vormerkstelle, mit einer einheitlichen Telefonnummer für die Vormerkungen zu bedienen. Sollte keine einheitliche Vormerkstelle vorhanden sein, muss es aber möglich sein die Überprüfung der Datenflüsse und die Kontrolle betreffend die Einhaltung der Vormerkzeiten zu garantieren.

EINTEILUNG DER KRANKENHAUSAUFENTHALTE

Die Krankenhausaufenthalte werden in folgende Klassen unterteilt:

Klasse A: Krankenhausaufenthalt, der innerhalb von 30 Tagen erfolgen muss und zwar aufgrund seiner klinischen Entwicklung, die sich unter Umständen schnell verschlechtern und sich zu einer Dringlichkeit zuspitzen kann oder für die Prognosestellung erhebliche Nachteile mit sich bringt.

Klasse B: Krankenhausaufenthalt, der innerhalb von 60 Tagen erfolgen muss. Es handelt sich um klinische Fälle, die zwar intensiven Schmerz oder starke Funktionsstörungen bzw. Beeinträchtigungen hervorrufen, aber nicht die Tendenz aufweisen, sich derart zu verschlimmern, dass sie zu einer Dringlichkeit werden und durch die Vormerkzeit für die Prognosestellung Nachteile mit sich bringen.

Klasse C: Krankenhausaufenthalt, der innerhalb von 180 Tagen erfolgen muss. Es handelt sich um klinische Fälle, die minimalen Schmerz, Funktionsstörungen oder Beeinträchtigungen hervorrufen und nicht die Tendenz aufweisen, sich derart zu verschlechtern, dass sie zu einer Dringlichkeit werden und für die Prognosestellung Nachteile mit sich bringen.

Klasse D: Krankenhausaufenthalte ohne Höchstvormerkzeiten für klinische Fälle, welche keinen Schmerz, Funktionsstörungen oder Beeinträchtigung hervorrufen. Diese Fälle müssen jedoch innerhalb von 12 Monaten behandelt werden. Diese Einteilung, die

ursprünglich für chirurgische Eingriffe gedacht war, kann auch als Anhaltspunkt für medizinische Krankenhausaufenthalte angesehen werden.

Diese Unterteilung, die ursprünglich nur für chirurgische Eingriffe gedacht war, soll nun auch für Aufenthalte angewandt werden.

Um eine höhere Transparenz auch zu statistischen Zwecken ermöglichen zu können, müssen die Vormerkzeiten der Vormerklisten für nicht dringende Krankenhausaufenthalte regelmäßig überwacht werden und zwar zumindest zweimonatlich, über den Datenfluss der „SDO“.

Die Höchstvormerkzeit wird vom Facharzt bei der Vormerkung der vom Patienten benötigten Leistung, aufgrund einer klaren klinischen Priorität festgelegt.

Als Auflage für die Gesundheitsplanung in der Autonomen Provinz Bozen gelten folgende Zielsetzungen, die mit der Genehmigung dieses Planes, spezifisch für Krankenhausaufenthalte für Patienten, die in Südtirol ansässig und im Südtiroler Gesundheitsdienst eingeschrieben sind, zusammenhängen.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb ist verpflichtet, vorrangig die nachfolgenden Höchstvormerkzeiten für die Südtiroler Bevölkerung, ab 01.01.2012, sicherzustellen.

Höchstvormerkzeiten bei folgenden Leistungen für 50 % der Patienten:

1. Eingriffe Katarakt:	90 Tage
2. Eingriffe Hüftprothese:	120 Tage
3. Eingriffe Koronarographie:	60 Tage

Höchstvormerkzeiten bei folgenden Leistungen für 90 % der Patienten:

1. Eingriffe Katarakt:	180 Tage
2. Eingriffe Hüftprothese:	180 Tage
3. Eingriffe Koronarographie:	120 Tage

SICHERHEITEN FÜR DIE PATIENTEN:

Die Verpflichtungen für den Südtiroler Sanitätsbetrieb bestehen konkret darin:

- die fachärztlichen Leistungen, vorrangig für die Südtiroler Bevölkerung in angemessenen Zeiten sicherzustellen, wie diese mit dem vorliegenden Dokument definiert werden, zu garantieren;
- die Zielsetzungen auch im Rahmen der fachärztlichen Leistungen sicherzustellen und zu garantieren, sodass Patienten mit bestimmten Pathologien, die Betreuung durch Fachleute mit spezifischen Kompetenzen erhalten;
- die so genannten „geschlossenen Listen“ abzuschaffen;
- nur im Rahmen des Möglichen die Wahl eines bestimmten Facharztes zu gewährleisten (ausgenommen sind jene, die bereits über das System der freiberuflichen Tätigkeit verfügbar sind);

- zu einer realen Programmierung der Vormerklisten zu gelangen. Es muss von den jeweiligen Abteilungen die effektive Zeit gemessen werden, ausgenommen sind die Leerläufe (beispielsweise aufgrund von Kaffeepausen und Sitzungen). Des Weiteren ist eine Erhebung der Verspätungen des Personals notwendig. In diesem Sinne muss der Arzt, der Verspätungen verursacht, die Oberschwester über die Gründe hierfür in Kenntnis setzen. Diese muss die Patienten über die in Kauf zu nehmenden Unannehmlichkeiten aufklären;
- die Höchstvormerkzeiten für die Ausstellung der Befunde festzulegen (es sollte die generelle Verpflichtung sein, Befunde innerhalb von 7 Tagen bereitzustellen, eingehalten werden);
- es müssen Vorkehrungsmaßnahmen zur Vermeidung von „Ausfällen“ ergriffen werden, wie beispielsweise durch die Verwendung von SMS-Mitteilungen;
- es muss eine Überprüfung mit den einzelnen Fachärzten erfolgen, um die möglichen Rahmen für Verbesserungen der verschiedenen Stufen der Produktivität zu beurteilen. In Berücksichtigung der bestehenden Gesetzeslage und der gültigen Arbeitsverträge, ist es erforderlich, Modalitäten und Formen zur Steigerung des Angebots in den meist betroffenen, problematischen Fachbereichen, zu individualisieren;
- im Rahmen der Führungspolitik des Personals müssen die notwendigen vorrangigen Zielsetzungen im Zusammenhang mit Neuanstellungen von ÄrztenInnen auf bestimmte Zeit oder andere Facetten des Einbezugs von Fachwissen anderer Gesundheitsbetriebe, die mit den bestehenden gesetzlichen und finanziellen Vorgaben vereinbar sind, formuliert werden;
- es müssen die Abkommen zwischen dem Südtiroler Sanitätsbetrieb und den privaten Anbietern für die Bereitstellung von fachärztlichen Leistungen, in Berücksichtigung der bereits definierten Ausgabengrenzen auf den neuesten Stand gebracht werden, und hier vor allem im Hinblick auf die Bedürfnisse, die sich aus den problematischen Bereichen ergeben, aber immer im Einklang mit den verfügbaren Ressourcen, die für diesen Zweck zum Einsatz gelangen können.
- Es müssen alle anderen Maßnahmen definiert werden, welche die Landesabteilung Gesundheitswesen und der Südtiroler Sanitätsbetrieb als zweckmäßig erachten um die Vorhaben des Landesplanes realisieren;
- außerordentliche Maßnahmen zu ergreifen und zwar bei Nicht-Einhaltung der festgelegten Vorgaben durch den genannten Plan. Hier werden Leistungen durch eine freiberuflich tätige Equipe oder durch ebenso wirkende Einzelpersonen zu vereinbarten Tarifsätzen, vollständig zu Lasten des Landesgesundheitsdienstes in Betracht gezogen;
- für die Sicherstellung der jährlich zu garantierenden Leistungsvolumen in den verschiedenen Gesundheitsstrukturen zu sorgen.

DIAGNOSTISCHE THERAPEUTISCHE BETREUUNGSPFADE AUF DEM KARDIOVASKULÄREN UND DEM ONKOLOGISCHEN GEBIET

- Die Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems und die Tumorerkrankungen stellen seit vielen Jahren die Haupt-Todesursachen in unserem Land dar. Ein Teil dieser Todesfälle könnten mit konkreten Maßnahmen der Primär- und Sekundärprävention vermieden werden, und zwar durch zeitlich den Bedürfnissen entsprechenden

Initiativen im diagnostischen und kurativen Bereich, über angemessene diagnostische therapeutische Betreuungspfade.

- Es ist ein Zeitablauf der Abwicklung der fachärztlichen Leistungen vorgesehen, welche jedem Patienten die Gewissheit gibt, in angemessenen Zeiten diagnostische therapeutische Leistungen aufgrund definierter Betreuungspfade hierfür zu erhalten, sowie Formen der Kommunikation wie auch der Information des Patienten und seiner Familienangehöriger im Hinblick auf diagnostisch-therapeutische Betreuungspfade mit den entsprechenden Zeiten für deren Erbringung.
- Sei es im kardio-vaskulären, wie auch im onkologischen Bereich wird die Landesabteilung Gesundheitswesen spezifische ambulante Leistungspakete (PAC) festlegen, um dem Auftrag der angemessenen Erbringung von Angeboten im Zusammenhang mit den diagnostisch-therapeutischen Pfaden nachzukommen und zudem auch organisatorisch gesehen das „Day-Service“ verstärken.

Die Bedeutung von Richtlinien für diagnostisch-therapeutische Betreuungspfade:

Die Landesabteilung Gesundheitswesen und der Südtiroler Sanitätsbetrieb werden über die Anwendung der so genannten „diagnostisch-therapeutischen Betreuungspfade“ und über die Ergebnisse, die sich aus der Auswertung der Umsetzung festgelegter Indikatoren sowie der Berücksichtigung von wissenschaftlich fundierten Richtlinien, ergeben, eine konkrete Überwachungstätigkeit sicherstellen, vor allem mit dem Ziel einer Effizienzsteigerung der fachärztlichen Dienste wie auch der zu garantierenden Gesundheitsleistungen.

Hierfür ist eine kontinuierliche Überprüfung der Angemessenheit der Verschreibungen vonnöten, um Verbesserungspotenziale ausfindig zu machen. Es sollten Verschreibungsformen, die nicht mitgetragen werden ersichtlich gemacht werden. Des Weiteren gilt es Sektoren aufzuzeigen, welche einer Neuausrichtung bedürfen und zwar über die Einbindung und die Mithilfe der verschreibenden Ärzte, auch um folgende Schritte zu entwickeln beziehungsweise zu fördern:

- Übereinstimmung der klinischen Vorgaben, die in der Verschreibung mit bestimmten medizinischen Angaben, welche sich auf das Handbuch der so genannten „RAO-Verzeichnisse“ stützen.
- Angemessenheit der Zeiten hinsichtlich der klinischen Indikation für die betroffenen Patienten (Zuweisung der Kodexe „RAO“ durch den Facharzt).

Zusatzleistungen im Sinne der Tätigkeit außerhalb der Arbeitszeit:

Neben der freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit der Fachärzte im Krankenhaus, verbunden mit der freien Arztwahl, besteht zusätzlich die Möglichkeit, dass der Südtiroler Sanitätsbetrieb intern Leistungspakete mit seinen Fachärzten vereinbart, damit es dort wo Höchstvormerkzeiten überschritten werden, zu Verbesserungen kommt. Diese freiberufliche Tätigkeit auf Betriebsebene, muss also mit den Fachärzten abgestimmt und wirtschaftlich gesehen vom Südtiroler Sanitätsbetrieb mitgetragen werden, unter Berücksichtigung der Kostenmitbeteiligung (Ticket) durch die Bürger.

3. DIE ÜBERWACHUNG DER LEISTUNGEN

DIE ÜBERWACHUNG DER VORMERKZEITEN UMFASST:

- die Erstvisiten;
- die diagnostisch-therapeutischen Leistungen;
- Über den Informationsfluss gemäß Artikel 50 des Gesetzes 326/2003 werden die Daten monatlich im Neuen Nationalen Informationssystem (NSIS); erhoben.
- In den Betriebsplänen für die einbezogenen Strukturen werden jeweils:
 - die einzelnen, erbrachten Leistungen, je nach Altersgruppe, die Anzahl der erbrachten Leistungen, welche über eine Datenbank benötigt werden, die jeweiligen Vormerkzeiten, der Anteil der erbrachten Leistungen, mit einer Vormerkzeit, die über den Höchstgrenzen liegt, erhoben.
 - die Erläuterung für die Leistungen der jeweiligen Fachbereiche, mit dem Hinweis auf die hierfür vorgesehenen Einrichtungen, in denen die HöchstVormerkzeiten für diese nicht überschritten werden (es wird darauf hingewiesen werden, dass Leistungen von geringerer Komplexität auch in den Gesundheitssprengeln angeboten werden, komplexe fachärztliche Behandlungen hingegen sollten nur in den öffentlichen Krankenhäusern des Sanitätsbetriebes garantiert werden).

FÜR LEISTUNGEN IM RAHMEN EINES KRANKENHAUSAUFENTHALTES SIND FOLGENDE ERHEBUNGSFORMEN VORGESEHEN:

- Eine periodische Überprüfung der Vormerkzeiten über den entsprechenden Informationsfluss „SDO“.
- Um eine Garantie hinsichtlich der Vormerkung des Krankenhausaufenthaltes zu erhalten, ist es notwendig, so genannte „Vormerkkalender“ für die Erfassung der Krankenhausaufenthalte zu aktivieren, so wie dies durch nationale Bestimmungen vorgesehen ist.

4. KORRIGIERENDE MASSNAHMEN

Wo das angesprochene Überwachungssystem die nicht erfolgte Einhaltung der Zielsetzung, 90 % der Leistungen für Patienten, die in Südtirol ansässig und im Südtiroler Gesundheitsdienst eingeschrieben sind, innerhalb der festgelegten Zeitrahmen zu garantieren, evidenziert, muss der Südtiroler Sanitätsbetrieb Korrekturen am System vornehmen oder Alternativen vorschlagen, um eine bessere Wirksamkeit im Hinblick auf die Angemessenheit der Zeiten und der zu erwartenden Ergebnisse, zu erreichen.

Das Maßnahmenpaket muss vorab der Landesabteilung Gesundheitswesen unterbreitet werden und gilt als angenommen, wenn innerhalb von 30 Tagen ab Erhalt der Dokumentation, keine Einwände erfolgen.

Für fachärztliche ambulante und diagnostische Leistungen gilt:

- eine Ausgeglichenheit beim Zugang zu den Leistungen ist wichtig und zwar über eine Neuorientierung der verfügbaren menschlichen und instrumentellen Ressourcen, vor allem dort wo für die gleiche Fachrichtung Angebote mit einer weitläufigen Deckungsspanne im Verhältnis zu den vordefinierten Zeiten im Vergleich zu jenen Sektoren, die einen diesbezüglichen Mangel aufweisen, bestehen. Diese Beurteilung erfolgt in Berücksichtigung der in den einzelnen territorialen Bereichen vorliegenden kritischen Sektoren, auch um eine Ausgewogenheit zwischen der homogenen Verbreitung des territorialen Angebotes und den Bedürfnissen im Hinblick auf die Kasuistik, welche den Fachrichtungen zugute kommt, zu erreichen.

Für Leistungen der Krankenhausbetreuung bei verschiedenen Formen der Krankenhausaufenthalte, gilt hingegen:

- Umwandlung des Betreuungsnetzes bei den Krankenhausaufenthalten;
- wenn nötig Anpassung der Abkommen zwischen dem Südtiroler Sanitätsbetrieb und den privaten Leistungserbringern für die Bereitstellung von Leistungen der Krankenhausbetreuung, so wie von diesem Plan vorgesehen, in Anbetracht der vereinbarten Kostengrenzen und im Einklang mit den Ressourcen, die zu diesem Zwecke verfügbar sind, zugunsten der am meisten betroffenen und problematischen Sektoren.
- Verbesserung der Angemessenheit und Organisation, auch aufgrund von hierfür geplanter Fortbildungsangebote für das betroffene Personal.

5. KOMMUNIKATION - INFORMATION UND ROLLE DER ALLGEMEINMEDIZIN

Um das Phänomen und die Entwicklung der Wartezeiten besser verstehen zu können, ist es notwendig, eine statistische sowie informatisierte Rückmeldung zu den erbrachten Leistungen zu erhalten, und zwar über:

1) AUS-, FORT- UND WEITERBILDUNG DER ÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN IN ZUSAMMENARBEIT MIT DEM KRANKENHAUS

Von Seiten der ärztlichen Leitung und der Direktionen auf Sprengelenebene werden jährlich Fort- und Weiterbildungsinitiativen zwischen Hausärzten und Krankenhausfachärzten angeboten, mit Hauptaugenmerk auf jene Bereiche, wo es Schwierigkeiten wegen langer Vormerkzeiten gibt (z.B.: Orthopädie, Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohren, Dermatologie, Gastroenterologie, Rehabilitation).

Bereichsübergreifende Arbeitsgruppen zwischen dem Krankenhaus und der Allgemeinmedizin vereinbaren diagnostisch-therapeutische Pfade zu spezifischen Pathologien, die einen erheblichen Einfluss auf das System haben:

2) ENTWICKLUNG DER INFORMATIONSTÄTIGKEIT FÜR HAUSÄRZTE

In Abstimmung, wie auch in Vereinbarung mit den Gewerkschaften und den wissenschaftlichen Gesellschaften wird Folgendes vereinbart:

- Verbindungen mit den Vormerkstellen, zukünftig mit der Einheitlichen Vormerkstelle im Hinblick auf die direkten Vormerkungen von fachärztlichen Visiten;
- Verbindung zu den Ausgabestellen für Labor-Befunden;
- Verbindung zu den Ausgabestellen für radiologische Untersuchungen;
- Verbesserung der Verbindungen zum Bereich Telemedizin

3) SEMESTRALE ÜBERWACHUNG DER PRIOR-VERSCHREIBUNGEN UND BÜRGERINFORMATION

Regelmäßige Überwachung der Allgemeinmediziner hinsichtlich der diagnostischen Verdachtsfälle.

Um eine verantwortungsvolle Einbindung der Bevölkerung auf dem Gebiet der Wartezeiten, welches für das Gesundheitssystem von größter Bedeutung ist, sicherstellen zu können, wird von Seiten der Landesabteilung Gesundheitswesen und vom Südtiroler Sanitätsbetrieb die Informationstätigkeit und die Kommunikation verstärkt, auch um gewisse notwendige Entscheidungen verständlicher machen und nötige Informationen zu Verbesserungspotentialen vorlegen zu können. Es geht auch darum einen objektiven Überblick zu den bestehenden Wartelisten zu geben und effektiv Verbesserungsvorschläge zu unterbreiten.

Zu diesem Zwecke werden von der Landesabteilung Gesundheitswesen und vom Südtiroler Sanitätsbetrieb einheitliche, spezifische Projekte hierfür, mit koordinierten Maßnahmen vorgebracht. Eine entsprechende interdisziplinäre Arbeitsgruppe mit Fachleuten in den verschiedenen Gebieten wird sich deshalb regelmäßig im Amt für

Krankenhäuser treffen. Zudem werden die Vertreten der Patienten und Selbsthilfegruppen in dafür vorgesehenen Konferenzen miteingebunden.

PIANO PROVINCIALE PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI PRENOTAZIONE PER PRESTAZIONI SPECIALISTICHE MEDICHE

(valido dal 01/07/2011 – 31/12/2013)

Premessa

1. I TEMPI MASSIMI DI PRENOTAZIONE

- le prestazioni del Piano Provinciale
 - prestazioni ambulatoriali
 - prestazioni di ricovero

2. PRINCIPI GENERALI

- classificazione delle prestazioni ambulatoriali
- classificazione dei ricoveri
- garanzie per l'utenza
- i percorsi diagnostico-terapeutici in ambito cardiovascolare ed oncologico
- Prestazioni aggiuntive al di fuori dell'orario di lavoro

3. IL MONITORAGGIO DELLE PRESTAZIONI

4. AZIONI CORRETTIVE

5. COMUNICAZIONE - INFORMAZIONE E RUOLO DELLA MEDICINA DI BASE

Premessa

Schema d'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di prenotazione per il triennio 2009-2011, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266.

Il fenomeno delle liste di prenotazione riveste particolare importanza per l'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale. La soluzione al problema delle liste di prenotazione non può essere meramente quantitativa sul versante dell'organizzazione dell'offerta e dei volumi della produzione, ma deve coniugare il diritto del cittadino con adeguate strategie di governo della domanda che tengano conto della applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza che di priorità delle prestazioni.

Il governo delle liste d'prenotazione è fortemente connesso alle iniziative finalizzate all'informatizzazione del ciclo prescrizione-prenotazione-referto, con particolare attenzione alle classi di priorità, fino alla digitalizzazione dei documenti stessi.

La gestione delle liste di prenotazione può essere meglio affrontata se si individuano strumenti e modalità di comunicazione con i diversi attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo che quelli responsabili del processo di definizione diagnostica.

L'obiettivo prioritario è di intercettare il reale bisogno di salute, ridurre l'inappropriatezza e rendere compatibili le risorse disponibili con la garanzia dei livelli di assistenza.

Costituiscono punti cardine del Piano Nazionale per il Governo delle liste di prenotazione i seguenti ambiti:

- l'informatizzazione del ciclo prescrizione-prenotazione-refertazione;
- utilizzo del sistema delle priorità per la prescrizione di visite ed esami specialistici;
- programmazione dei volumi di prestazioni da parte dei soggetti erogatori.

Principali contenuti del Piano:

1. La finalità del presente Piano e' di garantire un accesso appropriato alle prestazioni del Servizio Sanitario Provinciale, per le quali vengono fissati i tempi massimi di prenotazione.
2. Sono individuate come prioritarie le aree cardiovascolare ed oncologica nello sviluppo di percorsi diagnostico-terapeutici.
3. Vengono individuati strumenti di monitoraggio dei tempi di prenotazione per le prestazioni ambulatoriali con modalità ex-ante, parallelamente allo sviluppo dell'informatizzazione del sistema, con modalità ex-post (flusso informativo previsto dall'art. 50 della L. 326/2003), nonché dei ricoveri ospedalieri attraverso il flusso informativo SDO.
4. Vengono incentivate le misure finalizzate alla realizzazione ed allo sviluppo dei Centri unificati di prenotazione come strumento per il monitoraggio ed il governo delle liste di prenotazione.
5. Promozione delle iniziative mirate al miglioramento dell'appropriatezza prescrittivi.
6. Promozione della libera professione intramuraria quale strumento integrativo e complementare per il governo della domanda.
7. Saranno implementati meccanismi di controllo in merito alle attività degli erogatori.

Linee generali di intervento garantite dalla Provincia Autonoma di Bolzano per il governo delle liste di prenotazione

A) Le restanti prestazioni vengono mantenute; se non previsto anche per il monitoraggio.

B) Governo della domanda attraverso il ricorso appropriato alle prestazioni ed attività del Sistema sanitario provinciale con l'utilizzo di strumenti tra i quali l'utilizzo delle classi di priorità sia in fase prescrittiva che nell'organizzazione dell'offerta. Le modalità di utilizzo delle classi di priorità e la definizione dei quadri patologici ad esse collegati dovrà progressivamente essere resi omogenei a livello delle strutture erogatrici aziendali.

C) L'utilizzo sistematico di modalità centralizzate di prenotazione né quale interfaccia ottimale tra organizzazione sanitaria e domanda di prestazioni.

A tale riguardo, nel periodo di vigenza del presente Piano, saranno promosse iniziative finalizzate alla realizzazione di un CUP provinciale.

D) Organizzazione, verifica e controllo delle attività in libera professione intramuraria per prestazioni caratterizzate da particolare criticità anche attraverso l'attivazione di percorsi di prenotazione ed erogazione differenziati rispetto al regime istituzionale.

E) Vengono promossi ed incentivati progetti mirati allo sviluppo di iniziative di informatizzazione ed automatizzazione del ciclo prescrizione-prenotazione-refertazione, digitalizzazione dei documenti, scambio di informazioni e uso della telemedicina.

F) Sono previste modalità strutturate di comunicazione ed informazione dell'utenza attraverso i canali disponibili (siti web, campagne informative, URP, carta dei servizi), promuovendo la partecipazione e condivisione delle iniziative da parte delle associazioni di tutela.

G) Razionalizzazione ed ottimizzazione dell'offerta di prestazioni da realizzarsi attraverso la mappatura dei siti di erogazione di prestazioni specialistiche nelle strutture aziendali e feedback ai prescrittori.

H) Attivazione di procedure di verifica dell'appropriatezza prescrittiva in riferimento all'utilizzo delle classi di priorità.

I) L'Azienda Sanitaria in relazione al rispetto dei tempi di prenotazione massimi stabiliti per le prestazioni specialistiche, ivi compresi gli accessi per prestazioni prioritarie, effettua la programmazione avendo come riferimento il proprio bacino d'utenza.

1. TEMPI MASSIMI DI PRENOTAZIONE

Elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio

Le prestazioni sono individuate a partire dall'esperienza sperimentale di monitoraggio dei tempi di prenotazione svolte dall'Agenas in attuazione dell'Intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006.

Sono escluse le prestazioni:

- che non presentano particolari problemi di prenotazione nella maggior parte delle strutture,
- che sono erogate in volumi molto ridotti,
- che non sono identificabili in modo univoco per problematiche di codifica,
- che non sono state erogate nel setting previsto (ambulatoriale, day hospital, ricovero ordinario).

Sono da intendersi non incluse nel presente Piano le prestazioni erogate nell'ambito dei piani regionali della prevenzione attiva per le quali i medesimi piani regionali abbiano previsto modalità di offerta attiva e di fissazione degli appuntamenti.

Sono state invece incluse alcune prestazioni che sono risultate critiche o che sono funzionali ad una visione completa nell'ambito osservato.

PRESTAZIONI AMBULATORIALI DEL PIANO PROVINCIALE

Secondo il nuovo Piano Nazionale sono oggetto di monitoraggio 22 tipologie di visite specialistiche ed altre 43 prestazioni.

VISITE SPECIALISTICHE

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Disciplina
1	Visita cardiologica	89.7	8
2	Visita chirurgia vascolare	89.7	14
3	Visita endocrinologica	89.7	19
4	Visita neurologica	89.13	32
5	Visita oculistica	95.02	34
6	Visita ortopedica	89.7	36
7	Visita ginecologica	89.26	37
8	Visita otorinolaringoiatrica	89.7	38
9	Visita urologica	89.7	43
10	Visita dermatologica	89.7	52
11	Visita fisiatrica	89.7	56
12	Visita gastroenterologica	89.7	58
13	Visita oncologica	89.7	64
14	Visita pneumologica	89.7	68
15	Visita neurochirurgica	89.7	30
16	Visita diabetologica	89.7	99
17	Visita dietologica	89.7	79
18	Visita ematologica	89.7	99
19	Visita internistica	89.7	99
20	Visita malattie infettive	89.7	99
21	Visita nefrologica	89.7	29
22	Visita chirurgia generale	89.7	9

Le altre prestazioni da monitorare sono:

PRESTAZIONI STRUMENTALI

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore
Diagnostica per Immagini		
23	Mammografia	87.37.1 - 87.37.2
24	TC senza e con contrasto Torace	87.41 - 87.41.1
25	TC senza e con contrasto Addome	88.01.2 - 88.01.1
		88.01.4 - 88.01.3
		88.01.6 - 88.01.5
26	TC senza e con contrasto Capo	87.03 - 87.03.1
27	TC senza e con contrasto Rachide e vertebrale	88.38.2 - 88.38.1
28	TC senza e con contrasto Bacino	88.38.5
29	RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2
30	RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4 - 88.95.5
31	RMN Muscoloscheletrica	88.94.1 - 88.94.2
32	RMN Colonna vertebrale	88.93 - 88.93.1
33	Ecografia Capo e collo	88.71.4
34	Ecocolordoppler cardiaco	88.72.3
35	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73.5
36	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77.2
37	Ecografia Addome	88.74.1 - 88.75.1 -
38	Ecografia Mammella	88.73.1 - 88.73.2
39	Ecografia Ostetrica - Ginecologica	88.78 - 88.78.2
Altri esami specialistici		
40	Colonscopia	45.23 - 45.25 - 45.42
41	Sigmoidoscopia con endoscopio	45.24
42	Esofagogastroduodenoscopia	45.13 - 45.16
43	Elettrocardiogramma	89.52
44	Elettrocardiogramma dinamico (Ho lter)	89.50
45	Elettrocardiogramma da sforzo	89.41 - 89.43
46	Audiometria	95.41.1
47	Spirometria	89.37.1 - 89.37.2
48	Fondo Oculare	95.09.1
49	Elettromiografia	93.08.1

PRESTAZIONI DI RICOVERO DEL PIANO PROVINCIALE (regime ordinario e diurno programmato per pazienti acuti):

Si tratta di sei prestazioni erogate prevalentemente in regime di ricovero diurno e dieci in regime in ricovero ordinario.

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL/DAY SURGERY

50	Chemioterapia	99.25
51	Coronarografia	88.55 - 88.56 88.57
52	Biopsia percutanea del fegato	50.11
53	Emorroidectomia	49.46 - 49.49
54	Riparazione ernia inguinale	53.0X - 53.IX
55	Intervento per cataratta	13.41 - 13.42 - 13.69

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO

56	Interventi chirurgici tumore Mammella	Categoria 85.4
57	Interventi chirurgici tumore Prostata	60.5
58	Interventi chirurgici tumore colon retto	45.7x - 45.8; 48.5 - 48.6
59	Interventi chirurgici tumori dell'utero	Da 68.3 a 68.9
60	Bypass aortocoronarico	Sottocategoria 36.IX
61	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66 - 36.09
62	Endoarteriectomia carotidea	38.12
63	Intervento protesi d'anca	81.51 - 81.52 - 81.53 00.70 - 00.71 - 00.72 00.73 - 00.70
64	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.3 - 32.4 - 32.5 - 32.9
65	Tonsillectomia	28.2 - 28.3

Nel programma di priorità clinica per l'accesso alle prestazioni specialistiche secondo il nuovo piano nazionale delle liste di prenotazione in regime di ricovero devono essere presi in considerazione i ricoveri per acuti in regime programmato (non urgenti).

Per garantire una maggiore trasparenza ed anche a fini statistici, i tempi di prenotazione delle agende di prenotazione dei ricoveri non urgenti sottoposte a monitoraggio, vengono rilevati con periodicità almeno bimensile.

Anche tale rilevazione va attuata, quando presente, dal CUP al quale dovranno confluire i dati secondo modalità stabilite presso l'Azienda Sanitaria. In assenza del CUP la Direzione Sanitaria competente definisce delle modalità alternative di rilevazione secondo i principi del presente provvedimento anche utilizzando il flusso dati SDO.

2. PRINCIPI GENERALI, CLASSIFICAZIONE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

In Provincia di Bolzano si conferma la seguente definizione dei tempi di prenotazione:

- U (Urgente) entro 24 ore dalla richiesta; ¹
- B (Breve), da eseguire entro 8 giorni dalla richiesta;
- D (Differibile), da eseguire entro 60 giorni per le visite e per gli accertamenti individuati in apposito elenco (eccezione: fino a 120 giorni per determinate branche);
- P (Programmata), prestazioni che esclusivamente vengono prescritte e prenotate dallo specialista.

Concretamente si procede come segue:

1° livello: prestazione urgente

Prestazione da erogare nel più breve tempo possibile e in ogni caso entro 24 ore.

Modalità di accesso: Il paziente accede al servizio ospedaliero previa prescrizione di un medico (medico di medicina generale, medico specialista). Il sanitario deve riportare sulla richiesta medica il quesito o il sospetto diagnostico che ha comportato l'invio del paziente per l'erogazione di una prestazione urgente e la dicitura "URGENTE".

Modalità di erogazione: tramite Pronto Soccorso o per accesso diretto all'erogatore. Le modalità per l'accesso diretto del paziente ai vari servizi sono da identificare mediante regolamento interno, che dovrà essere elaborato dalla Direzione Sanitaria dell' Azienda. I pazienti con richiesta di prestazioni urgenti accedono direttamente alla Struttura Ospedaliera senza il tramite del Centro Unico di Prenotazione e sono tenuti, ove previsto, al pagamento del ticket.

2° livello: prestazione prioritaria

Prestazione da erogare entro un tempo massimo di 8 giorni.

Modalità di accesso: il paziente che accede alla struttura ospedaliera o distrettuale per una prestazione prioritaria deve essere munito di richiesta medica riportante la dicitura "PRIOR".

Modalità di erogazione: la prenotazione avviene esclusivamente tramite CUP (quando presente).

Per ogni prestazione specialistica viene identificato e definito il limite massimo di tempo entro cui erogare la prestazione stessa, comunque non superiore ad 8 giorni. Le prestazioni PRIOR vengono definite tramite le linee guida "RAO"

¹ Per un corretto inserimento nel raggruppamento di prenotazione, ogni richiesta medica deve riportare un quesito clinico/sospetto diagnostico e per le richieste prioritarie, la patologia o sospetto diagnostico in base alla lista concordata tra medici ospedalieri e MMG e/o pediatri di base (nell'ambito del progetto "RAO"). In assenza di tale requisito il CUP procederà comunque alla prenotazione.

Prestazioni che devono essere erogate entro un tempo massimo di 8 giorni qualora prescritte con modalità “prior”:

Per le prestazioni di cui sopra si fa riferimento a quanto previsto dalla delibera della Giunta Provinciale n. 2.360/2007.

Si riporta l’elenco delle visite, nell’ambito delle quali sono stati definiti specifici quadri clinici, per i quali devono essere assicurati, per le strutture erogatrici entro 8 giorni dalla prescrizione le relative prestazioni:

- Visita oncologica;
- Visita cardiologia;
- Visita ortopedica;
- Visita neurochirurgia;
- Visita fisiatrica;
- Visita ginecologica;
- Visita neurologica;
- Visita chirurgia vascolare;
- Visita dermatologica;
- Visita diabetologica;
- Visita dietologica;
- Visita ematologia;
- Visita gastroenterologica;
- Visita internistica;
- Visita infettivologica;
- Visita endocrinologica;
- Visita nefrologica;
- Visita pneumologica;
- Visita oculistica;
- Visita urologia;
- Visita ORL;
- Visita chirurgica.

3° livello: Prestazione differibile

Prestazione che di norma deve essere erogata entro 60 giorni per le visite e per gli accertamenti (eccezione: fino a 120 giorni per determinate branche). Per le prestazioni di cui sopra, viene posto l'obiettivo di garantire il 90 % delle prestazioni oggetto di monitoraggio entro i tempi previsti, qualora non riferite a situazioni di priorità, e quale obiettivo tendenziale nel periodo di vigenza del presente piano.

Modalità di accesso: Prenotazione con inserimento, previo rilascio di prescrizione medica.

Modalità di erogazione: Tutte le agende vengono monitorate con regolarità da parte della struttura erogatrice. Pur nel rispetto dei tempi sopra descritti, per le agende i cui tempi di prenotazione superano i 60 giorni, ad esclusione di quelle nominative, verranno avviati specifici progetti finalizzati allo studio delle cause ed al contenimento di suddetti tempi. In caso di necessità sarà comunque possibile per motivazioni evidenti, garantire un arco temporale fino a 120 giorni dal momento della richiesta. Questo provvedimento deve essere concordato esplicitamente in stretta collaborazione dalla Ripartizione Sanità con l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige. In ogni caso si tratta di visite di primo accesso e non di visite di controllo. Le visite di controllo saranno prescritte principalmente dal medico specialista.

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, per ridurre i tempi d'prenotazione delle prestazioni che superano i limiti sopraesposti mettono in atto i seguenti provvedimenti correttivi:

1. Riorganizzazione delle attività organizzative-ospedaliere, ove possibile, delle attività di reparto al fine di incrementare il contingente di ore dedicate all'attività ambulatoriale;
2. Integrazione dei volumi di prestazioni specialistiche anche ricorrendo a erogatori interni (prestazioni aggiuntive, libera professione intramuraria) o esterni accreditati, attraverso l'attivazione di appositi meccanismi contrattuali;
3. Assistenza indiretta laddove ritenuto necessario ed in mancanza di altre iniziative. Le rispettive tariffe di rimborso vengono stabilite dalla Giunta Provinciale.

4° livello: Prestazione programmata

Il tempo di prenotazione per la prestazione programmata individuato esclusivamente dallo specialista/medico prescrittore responsabile della prestazione (è escluso dalla rilevazione quando supera i tempi massimi di cui sopra, analogamente ai casi di scelta discrezionale del paziente che opta per date di fruizione dilazionate rispetto alle disponibilità del Servizio Sanitario Provinciale).

Oltre al nuovo elenco delle prestazioni da monitorare si mantiene anche la classificazione di ricoveri sulla base della delibera n. 2360/2007.

PRINCIPI GENERALI IN RIFERIMENTO ALLA PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Per una corretta prenotazione di una prestazione individuata come prima prestazione, è necessario che la prescrizione medica sia compilata in modo inconfondibile. A tale scopo è necessario che il prescrittore indichi sempre il codice del nomenclatore tariffario oltre alla descrizione della visita.

Se lo stesso non fosse presente il CUP provvede a prenotare sempre una prima visita.

Le visite di controllo per quelle specialità che accedono al Servizio Sanitario Provinciale

senza richiesta medica, ossia le prestazioni di odontoiatria, ostetricia e ginecologia, pediatria, psichiatria e neuropsichiatria infantile ed oculistica (limitatamente alla misurazione della vista) vengono prenotate sempre in base alla codifica accanto alla visita prescritta. In caso di mancata presenza della codifica, viene prenotata una prima visita.

Per un corretto inserimento nel raggruppamento di prenotazione, ogni richiesta medica deve riportare un quesito clinico/sospetto diagnostico e per le richieste prioritarie, la patologia o sospetto diagnostico in base alla lista concordata tra medici ospedalieri e MMG e/o pediatri di base (nell'ambito del progetto "RAO"). In assenza di tale requisito il CUP procederà comunque alla prenotazione.

E' previsto il monitoraggio delle riprenotazioni (spostamento dei pazienti a causa di disdette di ambulatori) con frequenza bimensile individuando appositi indicatori verifica per le unità operative specialistiche.

Una volta attivato il CUP aziendale viene previsto il monitoraggio della prima disponibilità offerta al paziente a livello Aziendale, anche se non accettata dall'utente, qualora lo stesso desideri effettuare la prestazione presso altro erogatore all'interno dell'Azienda.

Ad ogni Comprensorio sanitario e' richiesto di dotarsi, nel periodo di vigenza del presente Piano, di un CUP informatizzato e centralizzato e di un sistema telefonico con numero di accesso dedicato per le prenotazioni. In assenza di CUP centralizzato, le funzionalità del sistema informatico in uso devono consentire il monitoraggio ed il flusso delle informazioni previste.

CLASSIFICAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO

I ricoveri si suddividono nelle seguenti classi:

Classe A: ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi. In tale classe sono compresi gli interventi chirurgici per patologia oncologica e i ricoveri per trattamenti radio/chemioterapici.

Classe B: ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'prenotazione ricevere grave pregiudizio alla prognosi.

Classe C: ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'prenotazione ricevere gravi pregiudizi alla prognosi.

Classe D: ricovero senza prenotazione massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Questa categorizzazione, nata per i ricoveri chirurgici, può essere di riferimento anche per i ricoveri di tipo medico.

Per garantire una maggiore trasparenza ed anche a fini statistici, i tempi di prenotazione

delle agende di prenotazione dei ricoveri non urgenti sottoposte a monitoraggio vengono rilevati con periodicità bimensile attraverso il flusso informativo SDO.

Viene mantenuta anche la classificazione dei ricoveri sulla base della Del. G.P. n. 2360/2007 (Approvazione del piano provinciale per il contenimento dei tempi di prenotazione per le prestazioni mediche specialistiche, valido per il triennio 2007-2009).

Il tempo massimo di prenotazione viene stabilito dal medico specialista al momento della prenotazione del paziente tramite la definizione della classe di priorità.

Rappresenta un impegno della programmazione sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano, garantire con l'approvazione del piano in oggetto i seguenti obiettivi, riferiti a prestazioni di ricovero da erogarsi ai pazienti residenti / iscritti al Servizio Sanitario Provinciale.

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige è tenuta a garantire, a partire dal 01/01/2012 i seguenti tempi, da erogare in via prioritaria alla popolazione locale:

Tempo massimo di prenotazione per il 50 % dei pazienti:

1. intervento per cataratta: 90 giorni
2. intervento di protesi d'anca: 120 giorni
3. coronarografia: 60 giorni

Tempo massimo d'prenotazione per il 90 % dei pazienti:

1. intervento per cataratta: 180 giorni
2. intervento di protesi d'anca: 180 giorni
3. coronarografia: 120 giorni

GARANZIE PER L'UTENZA

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige è tenuta:

- a garantire le prestazioni specialistiche con i termini ed i tempi indicati nel presente provvedimento;
- a perseguire gli obiettivi anche nell'assistenza specialistica e quindi a garantire che il paziente con particolari patologie sia seguito da specialisti con specifica competenza nelle strutture erogatrici;
- ad abolire le cd. "liste chiuse";
- a garantire, qualora richiesto, la scelta del professionista in regime istituzionale solo laddove possibile (ad esclusione delle prestazioni già rese in attività libero professionale-intramuraria);
- ad una "programmazione reale" delle agende di prenotazione;
Deve essere stimato dai vari reparti il tempo di lavoro effettivo per l'attività ambulatoriale dei medici;
Allo stesso modo e' necessario monitorare eventuali inefficienze o ritardi organizzativi negli ambulatori specialistici. Sono da prevedere azioni sistematiche di informazione dell'utenza in caso di ritardo nell'erogazione della prestazione prenotata.
- alla definizione di tempi massimi per la refertazione (indicati come obiettivo tendenziale in 7 giorni);

- vengono sviluppate iniziative finalizzate alla prevenzione di mancata presenza all' appuntamento come ad es. l'invio di avviso tramite SMS;
- approfondimento con i singoli professionisti mirato a valutare i possibili margini di miglioramento dei rispettivi livelli di produttività;
- nel rispetto della normativa e dei contratti di lavoro vigenti, individuazione di modalità ed istituti per aumentare i volumi di offerta nelle aree problematiche previa verifica dell'appropriatezza della domanda;
- nell'ambito della politica di gestione del personale vanno accordate le necessarie priorità al reperimento di personale medico specialista e ad altre forme di coinvolgimento di professionalità di altre Aziende Sanitarie, compatibilmente con i vincoli normativi e finanziari vigenti;
- vanno aggiornati gli accordi negoziali fra Azienda Sanitaria ed erogatori privati, di fornitura delle prestazioni di assistenza specialistica, nel rispetto dei tetti già definiti, a favore dei settori più problematici e comunque compatibilmente con le risorse che si rendono disponibili allo scopo;
- individuazione di ogni altra misura che l'Assessorato alla Sanità e l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ritengano utile porre in essere rispetto al conseguimento dell'obiettivo generale del presente piano;
- in via straordinaria, in caso di non esito delle misure stabilite con il presente Piano, vanno potenziate le prestazioni eseguite da equipe o dal singolo in regime libero professionale a tariffe concordate, con oneri interamente a carico del Servizio Sanitario Provinciale (prestazioni aggiuntive);
- garanzia dei volumi di prestazioni annualmente erogabili dalle diverse strutture.
- programmazione di regola con periodicità annuale per gli ambulatori in regime istituzionale "anonimo".

PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI IN AMBITO CARDIOVASCOLARE ED ONCOLOGICO

- Le malattie del sistema cardiocircolatorio e i tumori si confermano essere da ormai molti anni le principali cause di morte nel nostro Paese. Parte di questi decessi potrebbe essere evitata non solo attraverso azioni di prevenzione primaria e secondaria, ma anche attraverso interventi tempestivi in termini di diagnosi e cura, nell'ambito di appropriati percorsi diagnostico terapeutici (PDT).
- Pertanto, in questi ambiti, va prevista una tempistica nell'erogazione delle prestazioni che consenta di garantire ad ogni paziente lo svolgimento del PDT in tempi adeguati, nonché modalità di comunicazione e informazione per l'utente e i familiari rispetto ai PDT previsti e alla relativa tempistica di erogazione.
- Sia in ambito cardiovascolare che oncologico, ai fini dell'erogazione sequenziale e coordinata delle prestazioni ricomprese nei percorsi diagnostico terapeutici, l'Assessorato individua specifici pacchetti ambulatoriali complessi (PAC) e, anche ai fini della appropriatezza organizzativa, ne promuovono l'erogazione attraverso il day service.

L'importanza di linee guida – percorsi diagnostico/terapeutici:

L'Assessorato alla Sanità e l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige per i percorsi diagnostico terapeutici avviati, implementano il monitoraggio dei risultati secondo gli indicatori stabiliti e le linee guida già individuate dalla comunità scientifica, per cui vi siano prove di maggior efficacia.

Viene ritenuto necessario sottoporre a monitoraggio continuo l'appropriatezza delle

prescrizioni per cogliere aspetti migliorabili, comportamenti prescrittivi non condivisibili, settori che richiedono intervento di riordino attraverso il coinvolgimento e l'ausilio dei medici prescrittori al fine di sviluppare:

- la concordanza delle definizioni cliniche contenute nella prescrizione con le parole chiave cliniche contenute nelle linee guida del Manuale RAO, relativo al sistema di classificazione degli accessi alle prestazioni specialistiche, in corso di definizione.
- l'appropriatezza del valore del tempo di prenotazione rispetto al quadro clinico degli utenti (riattribuzione del codice RAO da parte dallo specialista).

Prestazioni aggiuntive al di fuori dell'orario di lavoro:

In aggiunta alla libera professione intramuraria con scelta specifica del professionista da parte dell'utente, esiste la possibilità da parte dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige di concordare con i propri medici specialisti un pacchetto di prestazioni, da erogare nella libera professione, sostanzialmente pagata economicamente dall'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, prevedendo una partecipazione al costo da parte del cittadino (ticket).

3. IL MONITORAGGIO DELLE PRESTAZIONI

IL MONITORAGGIO DEI TEMPI DI PRENOTAZIONE CONSIDERA:

- le prime visite;
- le prestazioni diagnostico/terapeutiche.

- attraverso il flusso informativo dell'art. 50 della legge 326/2003; i dati vengono raccolti mensilmente nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS);
- presso le strutture indicate nei programmi attuativi aziendali per le strutture coinvolte;
- per singola prestazione;
- per fascia di priorità;
- per il numero delle prestazioni erogate; rilevabile previa implementazione di un sistema automatizzato;
- per i relativi tempi di prenotazione;
- la percentuale di prestazioni effettuate con un tempo di prenotazione superiore al massimo stabilito (monitoraggio ex-post), rilevabile previa implementazione di un sistema automatizzato di monitoraggio;
- indicazione per ciascuna prestazione quali sono le strutture che contribuiscono a garantire il rispetto del tempo massimo di prenotazione (ad esempio prestazioni a bassa complessità possono essere garantite a livello di distretto, mentre prestazioni specialistiche complesse possono essere erogate solo a livello di alcune strutture ospedaliere aziendali);

PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO È PREVISTO:

- una rilevazione periodica dei tempi di prenotazione tramite il flusso SDO;
- per la garanzia del dato relativo alla data di prenotazione del ricovero è necessario l'utilizzo delle Agende di Prenotazione dei Ricoveri nel formato e con le modalità previste nel documento prodotto dal mattone "Tempi di prenotazione".

4. AZIONI CORRETTIVE

Ove a regime, il sistema di monitoraggio di cui sopra evidenzia il mancato rispetto, limitatamente ai propri iscritti, del 90 % di erogazione di ciascuna prestazione entro i termini rispettivamente individuati, l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige attiva azioni correttive, che devono essere scelte avuto riguardo alla presunta maggiore efficacia in termini di tempestività del risultato atteso. Il complesso delle misure deve essere preventivamente comunicato all'Assessorato alla Sanità e si intende approvato in assenza di osservazioni nel termine di 30 giorni dalla data di ricevimento.

Per prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale:

- è necessario un riequilibrio dei tempi di accesso alle prestazioni attraverso un riorientamento delle risorse umane e strumentali ove nella medesima branca vi siano prestazioni con ampio margine rispetto ai tempi prefissati ed altre in sofferenza. Questa valutazione va eseguita avuto riguardo anche alle eventuali criticità espresse in singoli ambiti territoriali, per addivenire ad un efficace bilanciamento fra un livello di diffusione omogenea dell'offerta sul territorio e le esigenze di concentrazione della casistica a vantaggio della specializzazione.

Per prestazioni di assistenza ospedaliera nei diversi regimi di ricovero:

- riorganizzazione della rete di ricovero con ampliamento dell'offerta nelle unità operative delle strutture pubbliche attraverso una redistribuzione dei posti letto e delle risorse collegate.
- se necessario, aggiornamento degli accordi fra Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ed erogatori privati, di fornitura delle prestazioni di assistenza ospedaliera oggetto del presente Piano, nel rispetto dei tetti complessivi già concordati e comunque compatibilmente con le risorse che si rendono disponibili allo scopo, a favore dei settori più problematici.
- Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa, anche a seguito di corsi di aggiornamento ed a carattere gestionale per il personale coinvolto.

5. COMUNICAZIONE - INFORMAZIONE E RUOLO DELLA MEDICINA DI BASE

Allo scopo di comprendere il fenomeno e l'evoluzione dei tempi di prenotazione e' necessario un approfondimento del ritorno informativo sulle attività erogate anche attraverso:

1) FORMAZIONE/INCONTRI CONGIUNTI MEDICI DI MEDICINA GENERALE – OSPEDALE:

Da parte della Direzione medica ospedaliera e territoriale vengono promossi ed organizzati annualmente incontri formativi tra MMG ed unità operative specialistiche ospedaliere ove siano più presenti lunghi tempi di prenotazione (es. ortopedia – ORL – Dermatologia – oculistica – riabilitazione).

Gruppi di lavoro trasversali Ospedale – MMG concordano alcuni PDTA su alcune patologie ad elevato impatto : quali “ dolore lombare non traumatico” o su appropriatezza della diagnostica per immagini ad esempio per lombosciatalgia, patologie del gonocchio.

2) SVILUPPO DELL'INFORMATIZZAZIONE DEI MMG

in accordo con Sindacati e le Società scientifiche rispetto a

- collegamento con CUP per prenotazione diretta delle visite;
- collegamento ai referti degli esami di laboratorio;
- collegamento ai referti di radiologia;
- per telemedicina (es – lettura ECG tramite cardiologia – visione nevi dermatologia).

3) MONITORAGGIO SEMESTRALE PRIOR E INFORMAZIONE DELL'UTENZA

Monitoraggio periodico per MMG rispetto al quesito diagnostico.

Al fine di rafforzare il responsabile coinvolgimento dei cittadini nei confronti della tematica dei tempi di prenotazione, considerata anche l'importanza prioritaria che essa assume nel rapporto con il sistema sanitario, va implementata da parte dell'Assessorato alla Sanità e l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige l'attività di informazione e di comunicazione nei confronti della stessa popolazione allo scopo di far comprendere le varie scelte intraprese, di diffondere le informazioni sulle liste esistenti e anche per ottenere eventuali proposte migliorative.

Per questi obiettivi in attuazione del presente Piano l'Assessorato alla Sanità e l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige sviluppano specifici progetti e azioni coordinate.

A tale scopo potrà essere istituito specifico gruppo di lavoro interdisciplinare con esperti in materia, che si incontri regolarmente presso l'Ufficio Ospedali dell' Assessorato alla Sanità.

In collegamento con le iniziative già attuate su questo tema da parte delle medesime strutture, si stabilisce altresì di organizzare annualmente una Conferenza provinciale

aperta coordinata dall'Assessorato alla Sanità, a cui partecipano i rappresentanti degli assistiti, nella quale vengano illustrate e discusse le tematiche di attualità sui tempi di prenotazione.