



## **Piano regionale attuativo del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa 2006 – 2008 di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266)**

(intesa ai sensi dell'art 8, comma 6 della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 28 marzo 2006)

Giugno 2006

**Indice**

- Contenuti del piano
- Attività svolte in regione
- OBIETTIVI E AZIONI DEL PIANO REGIONALE
  1. governo della domanda
  2. ruolo di CittadinanzAttiva e della associazioni dei consumatori
  3. razionalizzazione dell'offerta
  4. CUP e Call center
  5. revisione periodica delle attività prescrittive
  6. tempi di messa a disposizione dei risultati
  7. libera professione
  8. tempi di attesa massimi
  9. sospensione di agende e di attività
  10. monitoraggio e flusso informativo
  11. mancato rispetto dei tempi massimi
  12. definizione delle strutture nelle quali i tempi massimi sono garantiti
  13. procedure del piano
  14. compiti dell'ARS
  15. iter dei piani attuativi aziendali

### **Contenuti del Piano**

Il presente documento recepisce il Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa 2006 – 2008 di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266, intesa ai sensi dell'art 8, comma 6 della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 28 marzo 2006 (PNCTA).

Il Piano è articolato secondo i temi e i capitoli contenuti nel citato documento opportunamente integrati con i provvedimenti e le iniziative già in atto o programmati dalla Regione Friuli Venezia Giulia.

Il Piano definisce gli obiettivi e le azioni per ogni area considerata.

Il Piano definisce i tempi massimi di attesa per le prestazioni previste.

Il Piano si riferisce al periodo temporale 2006-2008.

Il Piano definisce compiti e ruoli dell'Agenzia Regionale della Sanità e delle Aziende.

### **Attività svolte in regione**

- Definizione dei tempi massimi

La definizione dei tempi massimi di attesa è stata determinata all'interno della DGR Linee guida per la gestione del servizio sanitario regionale. Attualmente sono in vigore quelli previsti dalla DGR 3234 DD. 29.11.2004

La scelta dei tempi massimi si è basata sui seguenti criteri (DGR 3234 DD. 29.11.2004 ) :

“Si ritiene vi siano due tipologie di prestazioni rilevanti per le liste di attesa:

1. le prestazioni il cui ritardo può essere condizionante per l'esito sulla salute della popolazione
2. prestazioni in cui le liste di attesa sono molto lunghe ma in cui è più difficile misurare l'effetto sulla salute e in cui esistono probabilmente problemi di appropriatezza dell'indicazione.

Sono escluse dal tema “liste d'attesa” le prestazioni di urgenza, ossia i quadri sintomatologici di alto rischio di compromissione della vita o di inabilità permanente che necessitano di valutazione e trattamento rapido (0-24 ore).”

- Definizione dei sistemi di monitoraggio

Il monitoraggio viene svolto in regione secondo le seguenti modalità:

- trimestralmente vengono rilevati i tempi di attesa delle principali attività ambulatoriali e di ricovero programmato; la rilevazione distingue tra tempi prestazioni definite prioritarie e le altre;
- la Regione partecipa alla rilevazione nazionale secondo le modalità definite dall'ASSR;
- è stato attivato il monitoraggio della libera professione;
- sono stati definiti monitoraggi ad hoc quali: referti di anatomia patologica, pazienti non presentati agli esami, impiego di apparecchiature radiologiche;
- sono state effettuate indagini ad hoc quali quella sulla funzionalità dei CUP / call center;

- Trasparenza dei dati

Tutti i dati raccolti e i documenti prodotti sono pubblicati nel sito della regione

[www.sanita.fvg.it](http://www.sanita.fvg.it)

Dopo ogni report viene convocato il tavolo CittadinanzAttiva ARS per la discussione sui risultati e la segnalazione dei punti critici.

Resta in vigore quanto previsto dalle Linee di Gestione del Servizio sanitario regionale del 2000 che prevedevano: l' “Esposizione in tutte le sale d'attesa di un manifesto contenente informazioni sull'uso corretto delle strutture e delle attività, sulle procedure per suggerimenti o reclami, sulle procedure per il ricovero ordinario e programmato e altre informazioni utili per l'utente”.

- Rapporti con i cittadini

Su mandato dell'Assessore alla Salute e alla Protezione Sociale l'ARS ha stipulato un protocollo d'intesa con CittadinanzAttiva per il monitoraggio e l'intervento sui tempi di attesa.

Il protocollo prevede tra l'altro:

- Valutazione secondo metodologie condivise della performance del Servizio Sanitario Regionale con particolare riferimento al “punto di vista del cittadino”;
- Monitoraggio e definizione di progetti specifici di miglioramento delle liste di attesa ;

- Avvio e consolidamento del programma regionale del rischio clinico, con particolare attenzione ai progetti di valutazione delle segnalazioni dei cittadini e al progetto "Ospedale sicuro" ;

Altri temi su cui potranno essere svolti lavori in comune sono:

- la valutazione di progetti regionali specifici (esempi screening, CUP)
- la valutazione "dalla parte del cittadino" di linee guida o protocolli regionali.

- Chiusura delle agende

L'Agenzia Regionale della sanità ha emanato in nel corso del 2006 sulla base dei documenti del Progetto Mattoni prodotti dell'ASSR una nota che vieta la chiusura delle agende e che prevede la comunicazione mensile delle interruzioni delle attività o delle prestazioni.

- Medici di medicina generale

L'Accordo integrativo regionale siglato in data 15 dicembre 2005 ha previsto compiti specifici dei MMG per i tempi di attesa. In particolare l'adozione di criteri di priorità, interventi sull'appropriatezza e semplificazioni delle procedure prescrittive. In alcune aree della regione sono attivi sistemi di prenotazione dallo studio medico ai CUP.

- CUP e call center

In regione esistono e sono attivi i seguenti CUP/ call center:

- Area triestina che comprende AOU , ASS 1 e IRCCS Burlo;
- Isontina, che comprende l'ASS 1
- Alto Friuli che comprende l'ASS 1
- Basso Friuli che comprende l'ASS 5
- Pordenone e Udine che comprende l'ASS 4, l'ASS 6 , l'Azienda ospedaliera di Udine, il PUGD, l'AO di Pordenone, l'IRCCS CRO di Aviano.

- screening oncologici

Nel corso del 2005 è stato avviato lo screening con mammografia dei tumori della mammella. Lo screening è attivo in tutta la regione. Questo ha comportato un sostanziale raddoppio delle prestazioni erogate.

E' previsto per la fine del 2006 il progetto esecutivo dello screening dei tumori del colon-retto.

- politiche del personale

Nel corso degli anni sono stati sottoscritti numerosi accordi con il personale dipendente al fine di ridurre i tempi di attesa e di incrementare le prestazioni erogate.

E' stata vietata la libera professione in radioterapia.

## **OBIETTIVI E AZIONI DEL PIANO REGIONALE**

I paragrafi che seguono definiscono obiettivi e azioni del Piano regionale sulla base dei contenuti richiesti dal PNCTA.

## **1 - Governo della domanda**

Il governo della domanda si attuerà attraverso un coinvolgimento diretto degli attori che partecipano, con ruolo diverso alla generazione della richiesta di esami e prestazioni. Tali attori sono, il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta, il medico specialista ambulatoriale, il medico ospedaliero e il cittadino

Obiettivi sono:

- **messa a regime di un sistema responsabilizzazione e di monitoraggio dei prescrittori e delle tipologie di prescrizioni ;**
- **definizione a applicazione diffusa di un sistema di prescrizione secondo criteri di priorità ;**
- **semplificazione e razionalizzazione delle procedure di follow-up**
- **avvio di campagne informative rivolte ai cittadini**

Le azioni e le attività previste sono:

- Definizione e messa a regime di un sistema di reportistica condivisa e comune per MMG, PLS e specialisti ambulatoriali e ospedalieri
- Attivazione di un sistema regionale di prescrizione secondo criteri di priorità. Viene esteso all'intera regione il sistema di prenotazione secondo criteri di priorità sulla base delle classi di priorità
- L'applicazione dei contenuti dell'Accordo integrativo regionale della medicina generale del 15 dicembre 2005 ( DRG 269 del 20 febbraio 2006)
- L'applicazione di quanto contenuto nell'accordo regionale di istituzione dell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (DGR 1007 6 maggio 2005)
- La definizione e la condivisione di criteri di accesso appropriato
- Definizione per i principali percorsi diagnostico – terapeutici di tipologia e cadenza degli esami e del follow- up. La priorità è data alle patologie cardiovascolari, all'oncologia, all'area ortopedica e al diabete.
- E' prevista una campagna informativa alla popolazione sull'uso appropriato degli esami, delle procedure diagnostiche e delle visite specialistiche. La campagna sarà progettata anche in accordo con le associazioni dei consumatori e dei pazienti

## **2 - Ruolo di CittadinanzAttiva e delle associazioni dei consumatori**

La Regione FVG ha posto tra i propri obiettivi la partecipazione dei cittadini alla valutazione e alla misurazione della performance del SSR e la trasparenza delle informazioni.

Sulla base di questi principi sono state avviate alcune attività con le associazioni dei cittadini quali la partecipazione allo screening mammografico, il monitoraggio dei tempi di attesa, l'accreditamento e la prevenzione del rischio.

CittadinanzAttiva e ARS hanno stipulato un'intesa che riguarda diversi argomenti e tra questi i tempi di attesa.

Il presente piano conferma i contenuti, gli obiettivi e le azioni del protocollo d'intesa CittadinanzAttiva e ARSdi seguito elencati.

- Valutazione secondo metodologie condivise della performance del Servizio Sanitario Regionale con particolare riferimento al "punto di vista del cittadino";
- Monitoraggio e definizione di progetti specifici di miglioramento delle liste di attesa ;
- Avvio e consolidamento del programma regionale del rischio clinico, con particolare attenzione ai progetti di valutazione delle segnalazioni dei cittadini e al progetto "Ospedale sicuro" ;

Altri temi su cui potranno essere svolti lavori in comune sono:

- la valutazione di progetti regionali specifici (esempi screening, CUP)
- la valutazione "dalla parte del cittadino" di linee guida o protocolli regionali.

Sarà inoltre istituito il tavolo regionale delle Associazioni di difesa dei consumatori e degli utenti presenti nell'elenco previsto dall'art. 137 del codice del consumo di cui al Decreto Legislativo 6 settembre 2005 n. 206 e le organizzazioni sindacali.

Il tavolo sarà coordinato dall'Agenzia Regionale della Sanità.

### **3 - Razionalizzazione dell'offerta**

La razionalizzazione dell'offerta implica un utilizzo efficiente delle strutture e delle apparecchiature esistenti e un'adeguata accessibilità geografica e di orari di apertura.

Obiettivi sono:

- **Il monitoraggio e il miglioramento dell'efficienza dell'impiego delle apparecchiature diagnostiche importanti per costo e volumi erogati;**
- **L'incremento di delle prestazioni erogate tenendo conto dei criteri di appropriatezza.**
- **L'equità e l'accessibilità di accesso delle prestazioni per ciascun ambito territoriale**

Le azioni previste sono:

- messa a regime del monitoraggio, di benchmarking e delle azioni di miglioramento dell'uso delle apparecchiature diagnostiche importanti;
- l'incremento dei volumi ove le situazioni siano critiche;
- la programmazione per Area vasta della distribuzione di apparecchiature e prestazioni sulla base di accessibilità ed equità;

### **4 - CUP e call center**

L'ARS ha prodotto il progetto di realizzazione di un sistema regionale di prenotazione finalizzato a permettere una modalità omogenea di accesso all'intero catalogo di offerta regionale di prestazioni sanitarie ambulatoriali.

Questo sistema supererà l'attuale modello di gestione dell'offerta diviso per azienda territoriale di riferimento, che di fatto frammenta l'offerta in sei sistemi separati.

Il progetto prevede la realizzazione di un Centro di Prenotazione Unico (CUP ) e un servizio regionale di CALL CENTER organizzato su un'unica sede, organicamente collegato alla rete dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta.

Gli obiettivi dall'attuazione di questo progetto sono :

- **Semplificare l'accesso alle prestazioni per i cittadini e per i M.M.G.**
- **Razionalizzare il sistema di prenotazione e ottenere economie gestionali**
- **Agevolare il sistema di monitoraggio dell'attività ambulatoriale e dei tempi di attesa**

Le azioni previste e lo stato di avanzamento attuale è descritto di seguito.

Sono già in corso di realizzazione

- La messa in comune dei dizionari del sistema e delle codifiche che parametrizzano il nuovo sistema e rendano unico il sistema di prenotazione da parte del MMG
- Le regole di accesso alla prestazione, con istruzioni uguali per i pazienti di ogni Azienda
- Le regole di gestione delle prenotazioni sono già state codificate nelle Linee Annuali di gestione del SSR degli ultimi anni e vengono regolarmente monitorate le modalità e i tempi della loro implementazione, così come le eventuali modifiche da apportare al sistema.

Il CUP – CALL CENTER regionale si configurerà come servizio con personale adeguatamente e specificamente formato al ruolo, esclusivamente dedicato al servizio e reclutato ad hoc per questa attività. In una prima fase si svilupperà all'interno del S.S.R. In prospettiva si potrà anche definire ipotesi di gestione in forma esternalizzata, se funzionale a garantire la necessaria flessibilità nella gestione e nel turn-over del personale.

La responsabilità di conduzione del progetto è dell'Agenzia Regionale della Sanità, in collaborazione con Insiel Spa .

Gli strumenti operativi sono costituiti da un gruppo di coordinamento , composto da personale dell'ARS, di Insiel e da personale messo a disposizione dalle Aziende sanitarie e Ospedaliere , un gruppo di lavoro formato dai responsabili dei Cup aziendali e , ove necessario, da gruppi di lavoro di medici, specialisti e non, rappresentativi delle diverse realtà aziendali.

Al sistema CUP regionale e al servizio di CALL – CENTER potranno aderire gli erogatori privati , in seguito ad accordi regionali specifici e sulla base di una tariffa parametrata sul numero di prestazioni prenotate.

## **5 - Revisione periodica delle attività prescrittive**

Per revisione periodica delle attività prescrittive si intende l'attività sistematica e cadenzata nel tempo con cui i principali attori (MMG, specialisti, distretti, presidi ospedalieri) svolgono con la metodologia dell'audit la valutazione dell'appropriatezza delle prescrizioni effettuate.

Tale attività è regolamentata negli accordi dei MMG e dei PLS sia in quelli nazionali che in quelli regionali. Non è ancora attiva in maniera diffusa per le altre categorie citate in premessa.

Non è inoltre attiva in tutta la regione la commissione di cui all' art. 49 comma 7 dell'accordo collettivo nazionale dei MMG.

Obiettivi da realizzare sono quindi:

- **avvio e consolidamento di attività di revisione periodica delle prescrizioni in medicina generale**
- **avvio e consolidamento di attività di revisione periodica delle prescrizioni tra gli specialisti ambulatoriali e ospedalieri**
- **attivazione in tutte le aziende della commissione ex. Art. 49**

Le azioni previste sono:

- attuazione diffusa e monitoraggio trimestrale di quanto previsto nell'Accordo regionale relativo all'UCAD (DGR 1007 del 6 maggio 2005) che prevede che i tre componenti l'UDMG:

- condividono con i medici di medicina generale il monitoraggio e l'analisi sull'utilizzo appropriato, efficace ed efficiente delle risorse;

- individuano nonché attivano eventuali strategie alternative, nella logica complessiva del governo clinico, quali la promozione di momenti di verifica e revisione di qualità, con l'obiettivo di favorire l'autovalutazione dei medici di medicina generale attraverso "verifiche tra pari"(peer review) e "revisioni cliniche" (audit clinici) su problemi di salute rilevanti per la popolazione, al fine di promuovere l'adesione a pratiche cliniche di provata efficacia;

- Il medico componente di diritto ha, inoltre, il compito di produrre una relazione semestrale : - sulla situazione territoriale inerente la qualità ed i costi delle cure erogate, dai medici di medicina generale, basandosi sia sui dati forniti dal distretto che sui dati forniti, direttamente, dai medici di medicina generale, previo accordo regionale; sul livello di raggiungimento degli obiettivi aziendali e regionali concordati con i medici di medicina generale;

- l'attuazione e la verifica di quanto previsto per i MMG aggregati nelle diverse forme associative che prevede " la realizzazione di momenti di revisione della qualità e dell'appropriatezza prescrittiva interna all'associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dall'associazione" inoltre "devono essere previste riunioni periodiche fra i medici costituenti la forma associativa per la verifica degli obiettivi raggiunti e per la valutazione di coerenza dell'attività della forma associativa con gli obiettivi della programmazione distrettuale, anche in merito a obiettivi di spesa programmati ai quali la forma associativa medesima abbia aderito"

- formalizzazione avvio in tutte le Aziende della commissione di cui all' art. 49 comma 7 dell'accordo collettivo nazionale dei MMG così regolamentata "Al fine di garantire un rapporto di collaborazione trasparente tra i medici del presidio ospedaliero ed i medici di medicina generale convenzionati, può essere istituita a livello aziendale da parte del Direttore generale della Azienda USL o ospedaliera, una apposita commissione, con

funzione di supporto alla direzione generale, composta dai medici di medicina generale presenti nei vari uffici di coordinamento delle attività distrettuali, medici ospedalieri e funzionari dirigenti medici della azienda, con il compito di esaminare e proporre adeguate soluzioni ad eventuali cause di disservizio e di conflitto nei rapporti tra ospedale e territorio”.

- sviluppo del sistema informativo. Sono state avviate prototipi di set di indicatori di performance intesi a misurare l’appropriatezza dei percorsi di cura di alcune patologie. E’ obiettivo regionale diffondere tali sistemi attraverso lo sviluppo integrato del Sistema Informativo sanitario Regionale e i sistemi informativi della medicina generale e la pediatria di libera scelta.

- ruolo degli specialisti ospedalieri. E’ essenziale che siano sviluppati programmi di valutazione delle prescrizione anche degli specialisti ospedalieri. I progetti riguarderanno i percorsi di cura delle patologie rilevanti e a maggior impatto.

## **6 - tempi di messa a disposizione dei risultati**

Nei tempo complessivo che serve a completare l’iter diagnostico e/o terapeutico rientrano anche i tempi che passano tra prescrizione e prenotazione e i tempi di refertazione e di messa a disposizione della risposta.

Obiettivi della regione sono:

- **ridurre i tempi per la messa a disposizione dei risultati;**
- **monitorare i tempi di refertazione**
- **sviluppare sistemi telematici di ricezione della prenotazione e di trasmissione dei risultati.**

Le azioni previste sono:

- la prosecuzione del monitoraggio dei tempi di refertazioni in anatomia patologica e la conferma dell’obiettivo dell’80% entro 7 giorni;
- lo sviluppo e l’estensione di sistema di richiesta di esami e di trasmissione dei risultati per via telematica tra MMG/PLS e erogatori;

## **7 - libera professione**

Il Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa prevede che si utilizzino “le opportunità di un’adeguata organizzazione della libera professione”.

Obiettivi regionali sono :

- **la definizione di criteri omogenei di erogazione della libera professione all’interno delle Aziende ;**
- **il rispetto della proporzione di volumi erogati tra prestazioni istituzionali e prestazioni in libera professione ;**
- **la trasparenza dell’organizzazione e delle informazioni verso i cittadini ;**

Per il conseguimento degli obiettivi esposti si prevede quanto segue:

- L'Azienda negozia in sede di definizione annuale del budget i volumi delle attività istituzionali che devono essere erogati, volumi di attività libero – professionale e la loro percentuale rispetto all'attività istituzionale. Dopo le negoziazioni le Aziende comunicano il dato riassuntivo all'Agenzia Regionale della Sanità
- In caso di superamento dei tempi di attesa previsti dalle normative regionali possono essere rinegoziati i volumi di cui al comma precedente anche nel corso dell'anno.
- L'attività libero professionale è esercitata da chi svolge anche attività istituzionale con proporzioni e percentuali concordate all'interno dell'Unità operativa.
- La strutturazione delle agende dell'attività istituzionale deve essere tale da favorire, nel caso di visite ripetute e follow-up, la possibilità del cittadino di essere seguito dallo stesso medico
- Come previsto già dalla Linee di gestione del SSR del 2004 e agende di prenotazione della libera professione devono essere inserite a CUP.
- Fatto salvo quanto previsto dalla Legge finanziaria 2006 ( L. 266 del 23 dicembre 2005 art. 1 comma 280), la sospensione dell'attività istituzionale comporta l'automatica sospensione dell'attività libero professionale.
- Nel caso in cui, per particolari condizioni organizzative e di dotazione organica, il numero di prestazioni istituzionali erogate sia insufficiente a raggiungere i tempi di attesa massimi previsti, fatte salve le condizioni dei commi precedenti, è possibile accedere da parte dell'Azienda, all'acquisto di prestazioni in libera professione dei propri dipendenti senza oneri aggiuntivi per i cittadini fatti salvi i ticket eventualmente dovuti.
- Le aziende monitorano i tempi di attesa e i volumi della libera professione e inviano il monitoraggio all'ARS secondo le modalità previste dai gruppi tecnici appositamente istituiti. E' compito dell'ARS segnalare alle Direzioni generali eventuali scostamenti da quanto previsto nel presente documento.
- I tempi medi per l'esecuzione di esami e/o visite in attività istituzionale o libero professionale dovranno essere coerenti.
- L'applicazione dei contenuti del presente paragrafo avverrà dopo la negoziazione con le OOS di categoria.

## **8 - Tempi di attesa massimi**

Il Piano nazionale individua l'elenco delle prestazioni suddividendole in quattro categorie:

- a) in specifiche aree critiche di bisogno assistenziale, per le quali è prevedibile un ricorso caratterizzato da un alto livello di appropriatezza, per cui è necessario garantire il diritto all'accesso nei tempi adeguati (area delle urgenze differibili, area oncologica, area delle patologie cardiache e vascolari),
- b) prime visite specialistiche in branche caratterizzate da una forte domanda assistenziale;

c) in settori ad alta complessità tecnologica, per le quali, al contrario, si rileva un frequente ricorso inappropriato, a fronte di un costo elevato delle stesse;

d) in ambiti che presentano forti differenze di accessibilità nelle diverse realtà regionali.

Per ciascuna delle prestazioni viene fissato un tempo massimo entro il quale garantire l'erogazione al 90 per cento dei pazienti.

### **Percorsi diagnostici e percorsi terapeutici**

E' obiettivo della Regione Friuli Venezia Giulia la garanzia di tempestività nel percorso diagnostico e del percorso terapeutico per le patologie importanti in cui il ritardo possa aggravare la prognosi o comunque mantenere il paziente in condizioni di disagio o dolore.

Gli obiettivi sono i seguenti:

- **definizione e rispetto di tempi relativi a percorsi di cura nelle aree importanti (oncologia, cardiologia, ostetricia)**
- **definizione di sistemi di semplificazione delle procedure di accesso a visite ed esami**

Le azioni / attività previste sono:

- definizione dei temi complessivi e di ciascun step per le aree previste
- semplificazione: il MMG/PLS inizia il percorso diagnostico con la richiesta del primo esame/visita. Lo specialista che ha il contatto con il paziente deve, salvo diversa richiesta del paziente stesso o del MMG /PLS, produrre tutte le richieste per poter completare l'iter diagnostico redigendo le impegnative e, dove possibile, prenotando le prestazioni successive.

### **Elenco delle prestazioni e tempi massimi**

Le prestazioni per cui sono definiti i tempi massimi sono quelle considerate di primo accesso. Le altre (es. broncoscopia, biopsia della prostata, radioterapie, ricovero) sono da considerarsi di seconda istanza, nell'ambito di un percorso diagnostico terapeutico già avviato e che, generalmente, sono programmate sulla scorta di un'indicazione posta dallo specialista.

Quindi all'interno di uno specifico percorso di cura è richiesta la garanzia temporale complessiva, da non intendersi come somma complessiva delle singole fasi che rischierebbe di dilatare i tempi.

#### **A. Area Oncologica**

Le prestazioni elencate si riferiscono al primo contatto che avviene normalmente per sospetto diagnostico di patologia neoplastica.

La richiesta deve quindi contenere il criterio di priorità e/o del sospetto diagnostico .

### **PRESTAZIONI AMBULATORIALI**

Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore	Tempi massimi
1	Visita oncologica		89.7	10
<b>Radiologia</b>				
3	Mammografia	87.37	87.37.1 - 87.37.2	10
TC con o senza contrasto				
4	Torace	87.41	87.41 - 87.41.1	10
5	Addome superiore	88.01	88.01.2 – 88.01.1	10
6	Addome inferiore	88.01	88.01.4 – 88.01.3	10
7	Addome completo	88.01	88.01.6 – 88.01.5	10
Risonanza Magnetica				
8	Cervello e tronco encefalico	88.91	88.91.1 - 88.91.2	10
9	Pelvi, prostata e vescica	88.95	88.95.4 - 88.95.5	10
<b>Ecografia</b>				
10	Addome	88.74 - 88.75 - 88.76	88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1	10
11	Mammella	88.73	88.73.2	10
<b>Esami Specialistici</b>				
12	Colonscopia	45.23	45.23	10
13	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24	10
14	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13 – 45.16	10
15	Biopsie e prelievi citologici	Vedi documento regionale		80% entro 7 gg.

## B. Area Cardiovascolare

Le prestazioni elencate si riferiscono al primo contatto che avviene normalmente per sospetto diagnostico di patologia cardiovascolare severa.

La richiesta deve quindi contenere il criterio di priorità e/o del sospetto diagnostico .

### PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)	Prestazione	Codice ICD9- CM	Codice Nomenclatore	
25	Visita cardiologica	89.7	89.7	10

26	Visita chirurgia vascolare	89.7	89.7	10
Ecografia				
27	Cardiaca (Ecocolordoppler cardiaca)	88.72	88.72.3	15
28	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73	88.73.5	15
29	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77	88.77.2	15
Esami				
Specialistici				
30	Elettrocardiogramma	89.52	89.52	10
31	Elettrocardiogramma holter	89.50	89.50	10

#### C. Area Materno Infantile (numero prestazioni = 1 delle 2 in bianco previste nell'Intesa)

Le prestazioni elencate si riferiscono al primo contatto che avviene normalmente per sospetto diagnostico di patologia severa.

La richiesta deve quindi contenere il criterio di priorità e/o del sospetto diagnostico .

#### PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore	Tempi massimi
39	Visita ginecologica	V72.3	89.26	10

Per le prestazioni previste dal DM 10 settembre 1998 relativo agli esami di diagnostica di laboratorio e strumentale per le donne in stato di gravidanza, si ribadiscono tempi e prestazioni previsti dal DM stesso.

L'ecografia morfologica va compresa in quella prevista tra la 19° e la 23° settimana.

Va inoltre ribadito che, come previsto dall'art 1 comma 2 "la prescrizione delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e delle prestazioni specialistiche è effettuata dai medici di medicina generale o dagli specialisti operanti presso le strutture sanitarie accreditate, pubbliche o private, ivi compresi i consultori familiari".

Pertanto lo specialista che per primo accerti la gravidanza dovrà provvedere alla prescrizione degli accertamenti previsti.

A tal proposito è opportuno che si valuti la possibilità di effettuare la prescrizione di tutti i controlli previsti dall'allegato B del DM in un unico momento, evitando in tale maniera accessi ripetuti delle donne per la sola prescrizione.

#### D. Area Geriatrica

Per area geriatria si intende la popolazione di 75 anni e oltre.

Le prestazioni elencate si riferiscono al primo contatto che avviene normalmente per sospetto diagnostico di patologia importante.

La richiesta deve quindi contenere il criterio di priorità e/o del sospetto diagnostico .  
 Se il sospetto diagnostico riguarda l'area oncologica, cardiologica o ginecologica i tempi massimi sono quelli delle tabelle A, B e C.

#### PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore	Tempi massimi
41	Visita neurologica	89.7	89.13	30
TC con o senza contrasto				
42	<b>Capo</b>	87.03	87.03 – 87.03.1	60
43	<b>Rachide e speco vertebrale</b>	88.38	88.38.2 – 88.38.1	60
44	Bacino	88.38	88.38.5	60
Esami Specialistici				
45	Audiometria	95.41	95.41.1	60
46	Spirometria	89.37	89.37.1 – 89.37.2	60
47	Fondo Oculare	95.1	95.09.1	60

#### E. Visite specialistiche di maggior impatto

Le prestazioni elencate si riferiscono al primo contatto che avviene normalmente per sospetto diagnostico di nuova insorgenza.

La richiesta deve quindi contenere il criterio di priorità e/o del sospetto diagnostico .  
 Se il sospetto diagnostico riguarda l'area oncologica, cardiologica o ginecologica i tempi massimi sono quelli delle tabelle A, B e C.

#### PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore	
50	Visita dermatologica	89.7	89.7	60
51	Visita oculistica*	95.0	95.02	60
52	Visita otorinolaringoiatrica	89.7	89.7	60
53	Visita ortopedica	89.7	89.7	60
54	Visita urologica	89.7	89.7	60

\*Sono escluse le visite limitate al semplice controllo dell'acuità visiva.

#### F. Prestazioni di ricovero e percorsi terapeutici

Per le seguenti prestazioni si riconferma quanto già previsto nelle Linee di Gestione del Servizio sanitario regionale 2005.

Prestazione	Tempo massimo di attesa in giorni
Intervento chirurgico di asportazione di neoplasia maligna di colon, mammella, prostata**	30
Radioterapia**	30
Chemioterapia**	30
Biopsia → intervento oncologico	30
Intervento oncologico → radioterapia	30

Intervento	codici	Tempo massimo di attesa
Intervento di cataratta	DRG 39	180
Intervento di protesi d'anca	81.51; 81.52; 81.53;**	180

#### **Criteria di priorità - Le definizioni regionali**

Attualmente in Regione sono attivi diversi sistemi di applicazione di criteri di priorità. La differenza generale è nell'applicazione in alcune aree dei codici "colore" (rosso, giallo, ecc.), del codice lettera ( A, B, C) o di altre definizioni ( sollecitudine, priorità, ecc.).

**L'obiettivo regionale è l'applicazione diffusa della compilazione dei criteri presenti nel ricettario, trovando le forme di adattamento rispetto alle pratiche attuali presenti in lacune Aziende.**

Dizione della ricetta	Codice colore	Codice lettera	Tempi (piano nazionale)
U – urgente			
B – breve		A	10 gg.
D – differita		B	30 visite, 60 prestazioni diagnostiche
P – programmata		C	180 gg.

Il piano nazionale per il contenimento dei tempi di attesa sancisce che, nel caso di adozione di criteri di priorità i tempi siano i seguenti:

- Pazienti codificati come classe A: tempo massimo di attesa 10 giorni; valore soglia: 90%
- Pazienti codificati come classe B: tempo massimo di attesa 30 giorni per le visite specialistiche, 60 giorni per le prestazioni diagnostiche; valore soglia: 80%

- Pazienti codificati come classe C: tempo massimo di attesa 180 giorni; valore soglia: 100%

La Regione Friuli Venezia Giulia conferma tali tempi e tali percentuali.

## **9 - sospensione di agende e di attività**

Il realizzarsi di situazioni che oggettivamente impediscono l'erogazione della prestazione (guasto macchina, indisponibilità del personale per motivi vari ecc.) rappresenta un evento che può realizzarsi in qualunque contesto e per molte cause.

Peraltro, occorre distinguere chiaramente l'impossibilità alla erogazione, per uno dei motivi sopra accennati, dall'attività di prenotazione, che materialmente può invece continuare a svolgersi.

Infatti, la prenotazione costituisce una procedura di inserimento della domanda nel sistema di offerta che, entro certi limiti, può prescindere dal fatto che in un determinato momento l'erogazione sia interrotta, potendosi utilizzare, come sotto descritto, delle procedure che considerino la programmazione delle attività anche prevedendo i momenti di interruzione e la loro durata.

**Obiettivi regionali sono:**

- **vietare qualsiasi sospensione delle prenotazioni**
- **regolamentare le procedure da adottare in caso della sospensione dell'erogazione delle prestazioni dovute a causa di forza maggiore**
- **proseguire il monitoraggio regionale sulla rilevazione di prenotazioni temporaneamente sospese**

Le azioni e le indicazioni previste sono le seguenti:

- è vietata l'interruzione dell'attività di prenotazione di prestazioni sanitarie ambulatoriali o di ricovero programmato.

- Secondo le disposizioni del comma 284 della L. 266/05, ai soggetti responsabili di violazioni a questo divieto è applicata la sanzione amministrativa da un minimo di € 1.000 a un massimo di € 5.000. Le Aziende identificano i responsabili delle agende, e i soggetti preposti ai controlli e alle sanzioni.

- In caso di interruzione della erogazione di prestazioni sanitarie, l'attività di prenotazione delle stesse deve proseguire secondo modalità esplicitamente previste in specifici documenti aziendali, seguendo procedure formalmente approvate dalle direzioni aziendali, che prevedano anche forme di consultazione dei rappresentanti degli utenti.

- Le procedure saranno articolate su due possibili opzioni:

- Calcolare e assegnare i tempi di attesa in funzione della stima del tempo di interruzione dell'erogazione.
- Predisporre dei pre-appointamenti ovvero indicare il periodo nel quale può essere erogata la prestazione; la data precisa sarà comunicata successivamente.

- L'interruzione dell'erogazione di prestazioni sanitarie ambulatoriali e/o di ricovero è un'evenienza che può essere adottata solo in casi eccezionali e nel rispetto delle seguenti regole :

- la sospensione dell'attività di erogazione deve essere un atto formale, non di iniziativa di un singolo erogatore o di un singolo professionista;
- le sospensioni non possono avvenire senza l'approvazione del direttore sanitario di presidio, o dal responsabile di distretto che deve a sua volta informare la direzione aziendale.

- La Direzione aziendale deve informare entro la fine di ogni mese l'Agenzia Regionale della Sanità di ogni chiusura avvenuta o in corso.

- l'informazione deve arrivare all'ARS secondo il seguente schema.

Prestazione sospesa	
Luogo di erogazione	
Motivazione della sospensione	
Tempo previsto della sospensione	
Eventuali modalità di prenotazione (es. preappuntamento)	
Eventuale sospensione dell'equivalente attività intramoenia	

- sarà compito dell'ARS farsi carico del flusso informativo previsto presso il Ministero della Salute.

## **10 - monitoraggio e flusso informativo**

Il monitoraggio e il flusso informativo sono attuati, a cura dell'ARS, secondo quanto previsto dal testo dell'Intesa.

Il monitoraggio all'interno della regione è attuato secondo quanto previsto dalle Linee di gestione del servizio sanitario regionale annuali e dalle disposizioni tecniche e operative definite dall'ARS e dai gruppi tecnici di coordinamento da essa diretti.

Il monitoraggio è attuato, salvo eccezioni, attraverso l'uso di basi dati del sistema informativo corrente

### **monitoraggio degli interventi programmati**

Gli interventi programmati sono monitorati in maniera costante e continuativa attraverso il SISR con la registrazione nelle SDO della relativa codifica.

Rimane l'obbligo, presso ciascun presidio ospedaliero, di conservare

A partire dal 1° gennaio 2007 è obbligatorio riportare nella SDO la data di prenotazione degli interventi programmati secondo le indicazioni del Progetto Mattone "Tempi di attesa" Linee guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili

## **11 - Mancato rispetto dei tempi massimi previsti**

In caso di mancato rispetto dei tempi massimi previsti vanno attivate le seguenti iniziative:

- aumento del volume delle prestazioni erogate;

- acquisto di prestazioni presso altri erogatori;
- acquisto di prestazioni in libera professione.

In situazioni eccezionali e definite dall'ARS è possibile il rimborso della prestazione al cittadino. Tra queste è inclusa ad esempio la radioterapia.

## **12 – definizione delle strutture nei quali i tempi massimi sono garantiti**

La definizione delle strutture nelle quali i tempi massimi sono garantiti avviene all'interno di un accordo di Area vasta.

I punti di erogazione devono essere identificati garantendo le seguenti caratteristiche:

- accessibilità geografica;
- volume erogato sufficiente a garantire una quota consistente delle prestazioni;
- accessibilità temporale (orari giornalieri e giorni di apertura)

## **13 - Procedure del piano**

Il presente piano viene sottoposto alla Commissione LEA, così come prevista dall'Intesa del 28 marzo 2006.

Entro 90 gg. dal parere di congruità della Commissione LEA le Aziende adottano il programma attuativo aziendale a valenza triennale secondo le modalità previste successivamente.

## **14 - compiti dell'ars**

All'ARS sono affidati i compiti di:

- negoziazione dei piani aziendali
- monitoraggio di tutti i punti del piano
- coordinamento dei gruppi tecnici
- rendicontazione semestrale dello stato di avanzamento del piano

## **15 - iter dei piani attuativi aziendali**

Le Aziende redigono, secondo le indicazioni del presente piano, il Piano attuativo aziendale.

Ove previsto svolgono le consultazioni con le OOSS e con le associazioni dei cittadini.

Il piano delle Aziende deve essere articolato secondo i seguenti contenuti per ciascuno dei quali devono essere definiti obiettivi azioni e risultati previsti:

- governo della domanda
- rapporti con le associazioni dei consumatori
- misure per la razionalizzazione dell'offerta
- organizzazione di CUP e Call Center
- attività di revisione delle attività prescrittive
- pubblicizzazione dei risultati
- regolamentazione della libera professione
- garanzia e localizzazione dell'erogazione dei tempi di attesa garantiti
- definizione delle responsabilità della tenuta delle agende

- organizzazione del monitoraggio

Il piano viene quindi negoziato con l'ARS prima dell'approvazione definitiva.