

**CONSIGLIO REGIONALE
DEL FRIULI VENEZIA GIULIA**

Trieste, 21/07/2010

PROT. GEN.

Classifica 2-6

N. 0005091 / P



Al signor Presidente
della III Commissione permanente

Al signor Presidente
del Comitato per la legislazione,
il controllo e la valutazione

Ai signori Componenti
della III Commissione permanente

Ai signori Componenti
del Comitato per la legislazione,
il controllo, la valutazione

e, per conoscenza

Al Direttore del Servizio
per l'Assistenza giuridico legislativa
in materia di attività sociali e culturali

Al Responsabile delegato di P.O
Analisi delle leggi e valutazione
delle politiche regionali

LORO SEDI

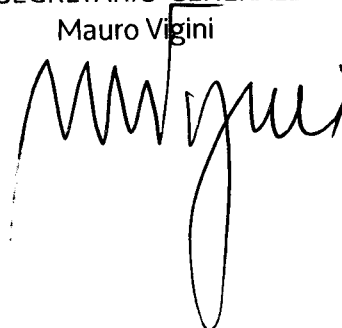
Allegati: 1

Oggetto: relazione sullo stato di attuazione della legge regionale 7/2009 "Disposizioni in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio sanitario regionale", (art. 15).

Si trasmette la relazione di cui in oggetto, assegnata da questa Presidenza alla III Commissione permanente, ai fini dell'articolo 15 della legge regionale 7/2009, con parere del Comitato per la legislazione, il controllo e la valutazione, ai sensi dell'articolo 150, comma 1, lettera a), del regolamento interno.

Con i migliori saluti

D'ORDINE DEL PRESIDENTE
IL SEGRETARIO GENERALE
Mauro Vignini



Dc

	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
l'Assessore regionale alla salute, integrazione socio-sanitaria e politiche sociali	
tel + 39 040 377 5501 fax + 39 040 377 5632 ass.sanita.pol.soc@regione.fvg.it I - 34124 Trieste, riva Nazario Sauro 8	

protocollo n. 5097/H. 3/10

Trieste, 20/07/2010

**CONSIGLIO REGIONALE
DEL FRIULI VENEZIA GIULIA**

Trieste, 21/07/2010

PROT. GEN.

Classifica 2-6

N. 0005090 / A

Al Presidente del Consiglio Regionale
Dott. Edouard Ballaman
Piazza Oberdan, 6
34133 Trieste

OGGETTO: relazione sullo stato di attuazione della L.R. 7/2009 alla Commissione consiliare.

Si trasmette la relazione sullo stato di attuazione della L.R. 7/2009 al fine della presentazione della stessa, ai sensi dell'art. 15 della L.R. 7/2009, alla competente Commissione consiliare.

Si chiede, altresì, cortesemente che la presentazione della suddetta relazione venga inserita all'ordine del giorno della prima seduta utile della predetta Commissione.

Cordiali Saluti


Vladimir Kosic



**REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA**

**DIREZIONE CENTRALE SALUTE, INTEGRAZIONE
SOCIOSANITARIA e POLITICHE SOCIALI**

tel + 39 040 377 5520
fax + 39 040 377 5523

sanita.pol.soc@regione.fvg.it
I - 34124 Trieste, riva Nazario Sauro 8

Area Pianificazione, programmazione attuativa, controllo di gestione,
sistema informativo, qualità ed accreditamento
e
Area Servizi sanitari territoriali ed ospedalieri

Relazione ai sensi dell'art. 15 della L.R. n. 7 dd. 6.4.2009 “Clausola valutativa”

**Periodo di riferimento dell'analisi
aprile 2009 – aprile 2010**

Relazione ai sensi dell'art.15 della L.R. n.7 dd.6.4.2009
“Clausola valutativa”

Indice

1) STATO DI ATTUAZIONE DELLA LEGGE - con alcuni commenti per la stesura del nuovo Piano Regionale tempi di attesa 2009-2011	1
Art. 3 - <u>Tempi massimi delle prestazioni</u>	1
Art. 4 - <u>Tempi massimi di referto</u>	1
Art. 5 - <u>Prestazioni urgenti</u>	1
Art. 6 – <u>Responsabilizzazione dei direttori generali</u>	3
Art. 7 – <u>Responsabilizzazione delle professioni sanitarie</u>	4
Art. 8 – <u>Responsabilizzazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta</u>	5
Art. 9 – <u>Semplificazione delle prescrizioni specialistiche</u>	5
Art. 10 – <u>Monitoraggio</u>	6
Art. 11 – <u>Uso delle apparecchiature diagnostiche</u>	6
Art. 12 - <u>Diritti di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni</u>	7
Art. 13 - <u>Obbligo di informazione dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni</u> ...	8
Art. 14 – <u>Rimborso del cittadino che non si presenta all'esame</u>	10
Art. 16 – <u>Sistema regionale delle prestazioni sanitarie ambulatoriali</u>	10
Art. 17 – <u>Informatizzazione e messa in rete del servizio sanitario regionale</u>	11
Art. 18 – <u>Sistemi di qualità certificati</u>	12
Art. 19 – <u>Semplificazione delle procedure per il rilascio dei certificati medici</u>	12
2) RISULTATI OTTENUTI IN TERMINI DI CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA (esito relazioni prodotte dalle Aziende nel mese di giugno 2010)	13
a) <u>Superamento dei tempi massimi d'attesa e causa del mancato rispetto</u>	13
b) <u>Interventi correttivi adottati</u>	16

c) <u>Strumenti di incentivazione adottati</u>	20
d) <u>Andamento dei tempi di attesa anche rispetto ai tempi rilevati prima dell'entrata in vigore della presente legge ed opinione di esperti del settore e di utenti</u>	22
Le attività di monitoraggio dei tempi d'attesa in FVG.....	48
SCHEDA INFORMATIZZATA GESTIONE RECLAMO.....	48
AUDIT CIVICO.....	49

ALLEGATI A RELAZIONE :

**Deliberazione Giunta Regionale n.288 dd. 16.2.2007
all.1**

**Deliberazione Giunta Regionale n.2016 dd. 9.9.2009
all.2**

**Deliberazione Giunta Regionale n.936 dd. 19.5.2010
all.3**

**Deliberazione Giunta Regionale n.2643 dd. 26.11.2009
all.4**

**Assegnazione risorse vincolate dirigenza e comparto biennio 2008-2009
all.5**

**Indicazioni operative utilizzo risorse vincolate 2009 ex intesa regionale 1.10.2008
dirigenza medica e veterinaria
all.6**

1) STATO DI ATTUAZIONE DELLA LEGGE - CON ALCUNI COMMENTI PER LA STESURA DEL NUOVO PIANO REGIONALE TEMPI DI ATTESA 2009-2011 -

Art. 3 - Tempi massimi delle prestazioni

Art. 4 - Tempi massimi di referto

Art. 5 - Prestazioni urgenti

ATTUATO

Le Linee per la gestione 2010, approvate con deliberazione G.R. 2643 dd. 26.11.2009 (pag. 6)

✚ hanno indicato

- i tempi massimi di attesa per le principali prestazioni, ivi comprese le graduazioni per i criteri di priorità (di cui all'art. 3, comma 1)
- i tempi massimi di attesa per il referto degli esami diagnostici (di cui all'art. 4)

riconfermando, al riguardo, i contenuti del **“Piano regionale attuativo del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa 2006-2008”** approvato con deliberazione G.R. n. 288 dd. 16.2.2007 (punto 8) (All. 1).

Sono stati ribaditi, in particolare, i seguenti criteri:

Priorità	Tempi (in giorni)
U (Urgente)	da eseguire nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 24-72 ore
B (Breve)	entro 10 giorni
D (Differibile)	entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici

mantenendo esclusi dal computo dei tempi di attesa i controlli programmati per patologie croniche;

✚ hanno confermato quali prestazioni oggetto di monitoraggio quelle elencate nella citata DGR 288/2007

✚ hanno fornito indicazione alle Aziende di inserire nei propri piani, azioni ed obiettivi finalizzati al progressivo allineamento dei tempi di attesa delle prestazioni svolte in attività istituzionale e di quelle rese in libera professione intramuraria (di cui all'art. 3, comma 3).

Al fine di verificare i tempi di erogazione delle prestazioni rese nei due regimi secondo quanto previsto dall'art. 3, comma 3, viene attualmente predisposto un monitoraggio trimestrale. I risultati di tali monitoraggi vengono pubblicati sul sito della Regione.

DA ATTUARE

Il nuovo Piano dei tempi di attesa regionale 2009-2011 attuativo del Piano nazionale, la cui adozione è prevista entro il prossimo mese di ottobre, prevederà, tra l'altro, che nell'ambito degli accordi di Area vasta, che coinvolgono anche i privati accreditati, le Aziende individuino le sedi accreditate a garantire i tempi massimi, stabilendo luogo, tipologie e volumi prestazionali previsti. I punti di erogazione dovranno essere identificati garantendo le seguenti caratteristiche:

- accessibilità geografica (distanze e tempi di percorrenza)
- volumi erogati
- accessibilità temporale (orari giornalieri e giorni di apertura) (di cui all'art. 3, comma 2).

I tempi massimi dovranno essere garantiti in almeno un punto fra le predette sedi accreditate all'interno dell'area vasta. Il Cup e le altre sedi di prenotazione dovranno essere in grado di fornire al cittadino massima informazione e visibilità in merito all'ubicazione delle predette sedi ed ai relativi tempi praticati.

Il nuovo documento prevederà altresì l'estensione dei criteri di priorità ad altre categorie di prestazioni, a cominciare da quelle che presentano le maggiori criticità in ambito regionale. Saranno pertanto convocati nuovi tavoli di lavoro che prevedano la presenza degli specialisti e dei prescrittori per concordare nuovi percorsi in grado di garantire l'appropriatezza della domanda e la correttezza ed omogeneità dei processi di risposta.

Nell'ambito degli accordi di area vasta le Aziende saranno chiamate altresì a definire i livelli prestazionali che si prevedono necessari a garantire il soddisfacimento del bisogno delle popolazioni di riferimento ed i contestuali volumi di offerta che ciascuna sede, ivi inclusi i privati accreditati e convenzionati, si impegnano ad erogare per poterne assicurare il soddisfacimento. Gli accordi dovranno inoltre prevedere le modalità che consentano un riorientamento dell'offerta stessa a seguito del verificarsi o del concentrarsi imprevisto di attese in uno o più ambiti della rete. Competerà alle Aziende territoriali il monitoraggio dei livelli di attuazione del piano di area vasta e dell'andamento delle liste di attesa nonché la proposta di interventi correttivi al manifestarsi di eventuali criticità.

I predetti indirizzi, già sono stati espressi nel corso delle negoziazioni intervenute tra Regione ed Aziende in sede di approvazione dei PAL/PAO 2010 quali riferimenti metodologici per le Aziende ai fini della conclusione degli accordi di area vasta. Troveranno tuttavia completa formalizzazione nel nuovo Piano dei tempi di attesa regionale in termini di criteri cui le Aziende dovranno riferirsi nella definizione delle proprie politiche per il governo dei tempi di attesa.

Il nuovo Piano dei tempi di attesa regionale ancora prevederà verifiche dirette da eseguirsi a campione sull'effettiva osservanza degli standard previsti dall'art. 3, comma 3 relativamente ai tempi di erogazione delle attività istituzionale ed a quelli delle prestazioni rese in regime di libera professione intramuraria.

Relativamente all'art. 4 (Tempi massimi di referto), saranno individuate analiticamente, con la collaborazione dei professionisti, le categorie di prestazioni per le quali il tempo di risposta degli esami (prelievo-referto) va indicato in 2 giorni lavorativi oltre i tempi tecnici di esecuzione dell'esame anziché in 7. Dovrà essere ribadito che nel caso in cui una stessa richiesta di prestazione includa degli esami che prevedono tempi differenziati di risposta rilevanti (oltre la settimana), i referti dovranno essere disponibili per il cittadino in momenti diversi, ovvero non dovrà essere il

tempo di refertazione più lungo a condizionare il tempo di consegna degli esami eseguibili in 24-48 ore.

Art. 6 - (Responsabilizzazione dei direttori generali)

ATTUATO

Con **DGR 2016 del 9/9/2009 (allegata per la parte di interesse All. 2)** è stata data, fin dal 2009, applicazione all'art. 6 della L. 7/2009 vincolando il 25% del compenso integrativo dei direttori generali delle Aziende al raggiungimento di obiettivi afferenti al governo delle liste di attesa (il punto C di ciascun programma di Area Vasta riporta il criterio di valutazione per l'anno 2009: vedi All. 1 pagg. 12 - 13, 19 - 20, 28 - 29) . In sede di consolidato dei bilanci di esercizio 2009 (entro dicembre 2010), verranno effettuate le verifiche circa il raggiungimento di tali obiettivi. Se questi risulteranno non raggiunti o parzialmente raggiunti le quote integrative del relativo trattamento economico saranno ridotte di conseguenza.

Il citato vigente "Piano regionale attuativo del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa 2006-2008" approvato con deliberazione G.R. n. 288 dd. 16.2.2007 prevede attualmente un modello di responsabilità così come di seguito articolato:

- le Aziende per i servizi sanitari sono responsabili dei volumi e tempi previsti per le strutture in esse comprese e per quanto stabilito dagli accordi con gli erogatori privati; del monitoraggio dei tempi nel territorio di competenza e della loro esposizione ai fini di garantirne massima trasparenza; della stipula degli accordi con le altre Aziende; dell'applicazione delle indicazioni riguardanti i MMGG e PLS;
- le Aziende ospedaliere e gli IRCSS, sono responsabili del rispetto dei volumi e dei tempi previsti per le prestazioni erogate, dei tempi degli interventi programmati e dei tempi per le prestazioni di radioterapia, se di pertinenza.

In caso di mancato rispetto dei tempi massimi previsti, i Direttori generali devono altresì attivare tutte le iniziative idonee a riportare i valori entro i termini programmati, agendo:

sul fronte della domanda, mediante azioni volte al coinvolgimento diretto degli attori che partecipano, con ruolo diverso, alla generazione della richiesta di esami e prestazioni: MMGG, PLS, medici specialisti ospedalieri, cittadini (vedi successivi commenti ad artt. 7, 8, 9, 13 e 14)

sul fronte dell'offerta, mediante:

- l'incremento dell'offerta di prestazioni incentivando le équipes sanitarie interne
- la stipula di accordi con altre Aziende Sanitarie della medesima Area vasta e/o, se necessario, di altre Aree vaste
- l'acquisto di ulteriori prestazioni presso gli erogatori privati accreditati;
- il ricorso all'attività libero professionale intramuraria.

Al fine di supportare l'azione delle Aziende e dei Direttori generali, con propria **deliberazione n. 936 dd. 19.5.2010 (allegata per la parte di interesse All. 3)** la Giunta Regionale ha disposto un finanziamento aggiuntivo pari a 2.500.000 a favore delle tre aree vaste regionali finalizzato ad interventi su settori e criticità sensibili per l'abbattimento dei tempi di attesa.

DA ATTUARE

Anche per il 2010, così come per il 2009, il Patto tra Direttori generali e Regione vincolerà il 25% del compenso integrativo al raggiungimento di obiettivi afferenti al governo delle liste di attesa.

Il nuovo modello organizzativo introdotto dal nuovo Piano dei tempi di attesa regionale richiederà alle Aziende la formulazione di un giudizio preliminare di adeguatezza o insufficienza dell'offerta potenziale e dei relativi modelli assistenziali presenti in area vasta rispetto alla domanda espressa dalla popolazione ed alle criticità riscontrate nei tempi di attesa. Sulla base di tali valutazioni dovranno essere prodotti coerenti piani di offerta per le strutture pubbliche e, di conseguenza, per le strutture private, utilizzando gli idonei strumenti contrattuali ed i relativi finanziamenti a ciò dedicati. Nei piani di offerta saranno dunque identificate la produzione stimata necessaria e le modalità che consentano un riorientamento della stessa a seguito del verificarsi o del concentrarsi imprevisto di attese in uno o più ambiti della rete territoriale. Per tali finalità saranno utilizzati i sistemi incentivanti aziendali, che dovranno essere articolati sia sul volume complessivo di produzione che dovrà essere assicurato, sia sulla flessibilità della tipologia di prestazioni da garantire all'interno di tale volume. Competerà alle Aziende per i servizi sanitari, in ambito di ciascuna area vasta monitorare la realizzazione del piano dell'offerta ed altresì l'andamento delle liste di attesa, dando costante comunicazione alle altre Aziende. Lo sfornamento delle liste di attesa oltre gli standard garantiti dovrà determinare un ordine di produzione aggiuntiva congruente al bisogno nei confronti dei privati accreditati e presso le strutture pubbliche secondo le modalità di flessibilità concordate.

Art.7- Responsabilizzazione delle professioni sanitarie

ATTUATO

Le Linee per la gestione 2010 (pagg. 5 – 8) di cui alla **DGR 2643 dd. 26.11.2009 (allegata per la parte di interesse All. 4)** così come per il 2009, hanno richiesto alle Aziende di dichiarare nei propri PAL/PAO il rapporto tra volumi di prestazioni rese nell'ambito delle attività istituzionali e quelle rese nell'ambito dell'attività di libera professione intramuraria. Non sono state rilevate, allo stato, criticità in tal senso.

Secondo una prassi ormai consolidata, anche per il biennio 2008 – 2009 quota parte delle risorse aggiuntive regionali assegnate alle Aziende, sia a favore del personale di comparto, sia a favore della dirigenza medica, sono state vincolate al raggiungimento di specifici obiettivi di riduzione delle liste di attesa (**vedi note datate 30 settembre e 30 ottobre 2008 All. 5 e 6**).

DA ATTUARE

Anche per il prossimo biennio quota parte delle risorse aggiuntive regionali sarà destinata a remunerare il personale coinvolto nel processo di contenimento dei tempi di attesa. Particolare attenzione sarà rivolta al coinvolgimento degli specialisti, del personale dei distretti e dei presidi ospedalieri chiamati ad operare in più stretta collaborazione con i medici di medicina generale nell'attività di revisione periodica delle attività prescrittive che dovranno effettuarsi con la metodologia dell'audit sulla base di condivise linee guida.

Art. 8 – Responsabilizzazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta

Art. 9 – Semplificazione delle prescrizioni specialistiche

ATTUATO

Art. 8

I medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, all'atto della richiesta di un esame diagnostico o di una visita specialistica, formulano il quesito o il sospetto diagnostico ed indicano il criterio di priorità per le categorie di prestazioni per le quali sono già state approvate linee guida condivise in ambito di area vasta o regionale.

Art. 9

Le Linee per la gestione 2010, a pag. 7 (**All. 4**), danno indicazione alle Aziende di inserire nei propri piani aziendali obiettivi finalizzati all'incremento delle prescrizioni dirette di approfondimenti diagnostici e ulteriori visite da parte degli specialisti ospedalieri.

DA ATTUARE

Art. 8 ed art. 9

L'accordo integrativo con i medici di medicina generale si porrà in continuità rispetto ai compiti specifici assegnati a tali professionisti in particolare per quanto concerne l'adozione di criteri di priorità da estendere a nuove categorie di prestazioni, interventi sull'appropriatezza, semplificazione delle procedure prescrittive e revisione periodica delle stesse, sulla base di condivise linee guida, in più stretta collaborazione con specialisti, distretti, presidi ospedalieri. Parte delle quote di compenso variabili previste sono destinate al raggiungimento di specifici obiettivi afferenti a tale specifico ambito di attività.

Si proseguirà inoltre nelle seguenti azioni di semplificazione delle procedure di prescrizione e di refertazione allo scopo di ridurre i tempi che il cittadino impiega per ottenere una prescrizione, prenotare, ricevere un referto:

- estensione del sistema di richiesta di esami e di trasmissione dei risultati per via telematica tra MMG/PLS ed erogatori: nell'ambito del piano SISR ciascuna Azienda indicherà un proprio piano di sviluppo avente ad oggetto il miglioramento di tali forme di comunicazione informatica (vedi successivi commenti agli artt. 16 e 17) ;
- prenotazione direttamente all'atto della visita/prestazione dei controlli previsti per eventuali successivi follow-up.

Art. 10 – Monitoraggio

ATTUATO

In conformità ai criteri definiti dal vigente Piano regionale per il contenimento dei tempi di attesa, che recepisce quelli dettati a livello nazionale, il monitoraggio viene svolto dalla Direzione centrale della salute secondo le seguenti modalità:

- trimestralmente sono rilevati i tempi di attesa delle principali attività ambulatoriali e di ricovero programmato, distinguendo tra prestazioni prioritarie e non prioritarie;
- con cadenza trimestrale viene monitorata la percentuale di prestazioni ambulatoriali che vengono erogate a 30, 60, 90 e 180 gg. dalla prenotazione.

Esso viene attuato, salvo eccezione, attraverso l'uso di basi dati ufficiali del sistema informativo regionale. E' fatta salva la possibilità da parte della Direzione centrale di svolgere indagini a campione per la verifica dei dati resi disponibili dalle Aziende. La valutazione del rispetto dei tempi massimi avviene sulla base di:

- tempo alla prenotazione (rilevazioni a priori)
- percentuale di erogazione entro i tempi previsti (rilevazione a posteriori).

Vengono considerati tempi di attesa:

- il tempo che trascorre tra la prenotazione e la data fissata per l'appuntamento;
- il tempo che trascorre tra la prenotazione e l'effettiva erogazione della prestazione
- il tempo che trascorre tra l'esecuzione dell'esame e la messa a disposizione del referto
- il tempo che trascorre tra l'indicazione di un esame e/o di un intervento terapeutico e l'effettuazione dell'intervento all'interno di un "pacchetto di cura".

La Regione partecipa altresì alla rilevazione nazionale coordinata dal Ministero della salute e dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali, secondo le modalità di volta in volta definite.

E' garantito il monitoraggio delle prestazioni erogate in libera professione.

Sono previsti monitoraggi e/o indagini ad hoc per particolari tipologie di performance quali: tempi di refertazione per prestazioni di anatomia patologica, pazienti non presentati agli esami, uso delle apparecchiature diagnostiche, orari di apertura e valutazioni di adeguati standard di produzione, funzionalità dei CUP e dei call center.

DA ATTUARE

Il nuovo Piano regionale dei tempi di attesa 2009-2011 prevederà nuovi criteri di monitoraggio conformi a quelli previsti dal nuovo Piano nazionale in corso d'adozione.

Art. 11 – Uso delle apparecchiature diagnostiche

Le Aziende saranno chiamate ad individuare nuove modalità organizzative in grado di garantire miglioramenti di efficienza nell'impiego delle apparecchiature diagnostiche che hanno relazione con tempi di attesa prolungati.

Art. 12 - Diritti di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni

ATTUATO

Le Linee annuali per la gestione del servizio sanitario 2010 hanno definito sia le prestazioni di particolare rilevanza (comma 1) sia le prestazioni da erogare entro il termine di 120 giorni (comma 2) per le quali è previsto in caso di superamento dei limiti di tempo il pagamento diretto della prestazione presso altra struttura.

In particolare, vengono individuate:

ai sensi del comma 1):

le prestazioni di seguito elencate per le quali sia stata indicata in maniera appropriata la priorità B:

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Disciplina
1	Visita cardiologica	89.7	8
2	Visita neurologica	89.13	32
3	Visita ginecologica	89.26	37
4	Visita oncologica	89.7	64

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore
Diagnostica per Immagini		
1	Mammografia	87.37.1 - 87.37.2
2	TC senza e con contrasto Torace	87.41 - 87.41.1
2	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2 – 88.01.1
3	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4 – 88.01.3
4	TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6 – 88.01.5
5	TC senza e con contrasto Capo	87.03 – 87.03.1
6	TC senza e con contrasto Bacino	88.38.5
7	RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2
8	RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4 - 88.95.5

nonché le ecografie previste in gravidanza, ivi compresa l'ecografia morfologica per le quali non sia stato possibile accedere nei tempi massimi previsti

ai sensi del comma 2):

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore
Diagnostica per Immagini		
1	TC senza e con contrasto Torace	87.41 - 87.41.1
2	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2 – 88.01.1
3	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4 – 88.01.3
4	TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6 – 88.01.5
5	TC senza e con contrasto Capo	87.03 – 87.03.1
6	TC senza e con contrasto Bacino	88.38.5
7	RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2
8	RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4 - 88.95.5

DA ATTUARE

Sarà regolamentato in sede di adozione del nuovo Piano dei tempi di attesa 2009 – 2011 il meccanismo operativo ed economico attraverso il quale dare concreta attuazione al presente articolo.

Art. 13 - Obbligo di informazione dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni

ATTUATO

- **Area Vasta Giuliano Isontina**

A.S.S. n. 1, AO/UTS, I.R.C.C.S. Burlo Garofolo: mensilmente vengono pubblicate sui siti aziendali le rilevazioni dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nella apposita sezione dedicata “tempi di attesa e statistiche”, presente sull’home page in posizione centrale. Il prospetto che viene pubblicato riporta i tempi d’attesa per ogni prestazione presso ogni singola unità erogante, comprese anche le sedi ospedaliere. Laddove si tratti di una prestazione per la quale la Regione ha definito un tempo massimo da rispettare, questo viene riportato nell’ultima colonna del prospetto, permettendo così un raffronto diretto tra attesa effettiva e tempo massimo previsto.

Le procedure previste dall’art.13 della L.R. 7/2009 non sono state ancora definite. Nel sito internet aziendale, nella scheda dedicata all’attività amministrativa distrettuale si fa riferimento al fatto che tra le procedure distrettualizzate c’è la “concessione di rimborsi per prestazioni eseguite in altre strutture sanitarie su autorizzazione preventiva del Distretto”.

Sull’home page del sito è stato creato un apposito link “Medicina Specialistica” attraverso il quale il cittadino può consultare:

- il prospetto riassuntivo dell’offerta specialistica ambulatoriale garantita dall’ASS1 attraverso i propri ambulatori nonché le strutture accreditate
- il link diretto alla sezione dedicata ai Tempi di Attesa
- il link alla pagina che spiega il meccanismo del Bonus Malus (per TAC, RM e colonscopia)
- il link alla sezione dedicata agli sportelli CUP, per sapere come e dove pagare
- il link alla sezione dedicata all’attività libero-professionale.

ASS 2: il monitoraggio aziendale mensile dei tempi di attesa, contenente i tempi massimi previsti per ciascuna prestazione, viene inviato: alle sedi locali del Tribunale dei diritti del malato, all’URP, ai Presidi ospedalieri per la diffusione interna ed ai Capi Distretto per la diffusione ai MMG.

Ogni singolo cittadino quando si reca al CUP per una prenotazione viene informato sui tempi di attesa massimi nei diversi punti di erogazione.

Sul sito aziendale sono pubblicati i tempi massimi previsti per tutte le prestazioni con accesso per priorità clinica.

Sulla home page dell’IRCSS Burlo Garofolo è altresì presente un link per procedere alla prenotazione on line sia dell’attività istituzionale che di quella erogata in regime di libera professione.

- **Area Vasta Pordenonese**

A.O. di Pordenone

Per quanto concerne gli aspetti di cui all'art 13 della LR 7/2009, sono in corso contatti con l'Azienda Territoriale per coordinare l'informazione agli utenti.

In accordo con l'ASS n.6 è prevista la strutturazione di un reportistica ad hoc per fornire indicazione alla cittadinanza, anche in previsione del trasferimento degli ospedali di rete.

Nel sito internet aziendale ASS 6 è stata strutturata una funzione specifica di consultazione per i MMG e i PLS, dove sono stati inseriti tutti i documenti tecnici approvati in area vasta e i documenti di consenso regionale, nonché alcune regole relative all'appropriatezza prescrittiva (distinzione prima visita/controlli, primo accesso/ritorni).

ASS N. 6

Nell'ASS6 non è ancora a regime l'attuazione articolata dell'art. 13 della LR 7/09, relativo all'obbligo di informazione ai cittadini dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni.

Peraltro nel corso del II° semestre 2009 è stata strutturata nel sito intranet aziendale una reportistica che riprende il monitoraggio regionale, con una analoga simulazione informatica. La tempistica della rilevazione è stata predisposta nel mese precedente al monitoraggio regionale per evidenziare gli eventuali scostamenti tra i tempi rilevati e i tempi massimi fissati.

L'ulteriore sviluppo per il 2010 sarà relativo alla strutturazione di una reportistica ad hoc per fornire indicazione alla cittadinanza, previa valutazione con l'AOSMA anche in previsione del trasferimento degli ospedali di rete.

Nel sito internet Aziendale è stata inserita una funzione specifica di consultazione per i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, in cui sono resi disponibili tutti i documenti tecnici approvati in area vasta e i documenti di consenso regionale, nonché alcune regole relative all'appropriatezza prescrittiva (distinzione prima visita/controlli, primo accesso/ritorni).

- **Area Vasta Udinese**

Per quanto attiene l'obbligo informativo nei confronti dei cittadini, le Aziende hanno previsto strumenti di diffusione diversi che sotto si rappresentano:

- A.S.S. 3: la rilevazione dei tempi di attesa è pubblicata sul sito internet aziendale (www.ass3.sanita.fvg.it), inoltre è stata avviata la pubblicazione dei tempi di attesa delle prestazioni indice negli ambulatori aziendali (sedi ospedaliere e distrettuali).
- A.S.S. 4: è stato avviato un programma di implementazione dei fogli informativi sui tempi massimi di attesa nelle diverse sale d'attesa (sedi distrettuali ed ospedaliere) (avviato nel 2009);
- A.S.S. 5: il sito aziendale (www.ass5.sanita.fvg.it) è costantemente aggiornato e riporta i dati relativi ai tempi di attesa per singola prestazione. Si è ritenuto maggiormente fruibile questa modalità di accesso (il sito) piuttosto che l'implementazione dei fogli informativi da distribuire nei diversi ambulatori (sia MMG che distrettuali che ospedalieri).
- AOU SMM: sul sito internet aziendale www.ospedaleudine.it vengono pubblicati i tempi di attesa delle prestazioni sottoposte a monitoraggio mensile ed erogate dall'Azienda stessa. Fanno eccezione le prestazioni erogate dalle Cliniche Universitarie per problemi di integrazione software delle stesse. Presso il padiglione di ingresso dell'Ospedale è, inoltre,

attivo lo sportello “Ospedale Informa”, Punto Informativo dell’Azienda che fornisce su richiesta dell’utente indicazioni relative alle prestazioni ed ai relativi tempi di attesa.

DA ATTUARE

Il nuovo Piano dei tempi di attesa regionale fornirà indicazioni alle Aziende in ordine ad unitarie modalità di comportamento da adottare al fine di dare piena attuazione alla norma in esame (pubblicazione avviso in ordine ai tempi massimi previsti, alle procedure di ridefinizione del rapporto attività istituzionale-attività liberoprofessionale in caso di mancato rispetto, diritti di accesso in caso di superamento dei limiti massimi e di ogni altra informazione utile nelle sedi aziendali e presso le sedi accreditate e nelle sedi dei medici di medicina generale) , altresì precisando prassi di raccolta e pubblicazione dei dati sui propri siti aziendali.

La Direzione centrale, oltre gli esiti dei monitoraggi periodici, provvederà altresì a pubblicare sul proprio sito le informazioni sopra descritte,. Effettuerà altresì verifiche a campione sull’effettivo rispetto di tale obbligo informativo basate sia sulle dichiarazioni formali degli erogatori le prestazioni, sia su controlli in loco.

Art. 14 – Rimborso del cittadino che non si presenta all’esame

ATTUATO

Esiste una sperimentazione condotta dall’area vasta giuliano-isontina i cui esiti saranno valutati al fine di optare per una sua possibile estensione all’intera Regione.

DA ATTUARE

Il nuovo Piano dei tempi di attesa regionale fornirà indicazioni alle Aziende in ordine ad unitarie modalità di comportamento da adottare al fine di dare completa attuazione alla norma in esame, estendendo all’intero territorio regionale una prassi in alcuni ambiti già presente (Area triestina). Un sistema automatizzato consentirà di ricordare al cittadino l’appuntamento nei giorni immediatamente precedenti, rammentando l’obbligo di rimborso pieno della tariffa nel caso in cui non dovesse presentarsi all’esame. Si prevede di esentare il pagamento di una quota in entità da determinare, da parte del cittadino in caso di gravi, giustificati e dimostrabili impedimenti personali. Si prevede altresì di estendere il pagamento di una quota anche in caso di mancato ritiro dei risultati di visite o esami diagnostici e di laboratorio.

Art. 16 – Sistema regionale delle prestazioni sanitarie ambulatoriali

Obiettivo regionale è il completamento di un centro Unico di prenotazione (CUP) e di un servizio regionale di call-center organizzato su un’unica sede, organicamente collegato alla rete dei MMGG e PLS.

Alla fine del 2009 utilizzavano il Sistema Regionale degli Accessi (CUPR) cinque aziende: ASS6, AO PN, CRO, ASS3, ASS5. Entro la fine dell’estate 2010 si prevede il collegamento al sistema regionale dell’ASS4 e dell’AOU UD, entro marzo 2011 il completamento mediante l’inserimento dell’area vasta triestina. Entro la stessa data si prevede il completamento e la validazione da parte della Regione del catalogo regionale delle prestazioni elencante sia le prestazioni ambulatoriali sia

le prestazioni di ricovero. Le Aziende hanno avuto mandato di completare l'inserimento dell'offerta della libera professione entro l'anno. Il nuovo Piano regionale dei tempi di attesa fornirà linee guida che definiscano, regolamentino ed armonizzino l'offerta pubblica e privata degli erogatori accreditati intesa nel suo complesso, quale requisito necessario per rendere trasparente l'offerta stessa ed omogenee le modalità di accesso per tutti i cittadini sul territorio regionale. Attualmente l'offerta è regolamentata da accordi di livello locale e non è sempre adeguata a garantire la gestione dell'offerta privata nel suo insieme. Le funzionalità richieste sono già disponibili sotto il profilo informatico, ma è necessaria una consistente attività per adeguare la configurazione esistente a questo requisito.

Per quanto concerne i punti aziendali di accesso alla prenotazione, va precisato quanto segue. La prenotazione è attualmente possibile presentandosi di persona agli sportelli Cup aziendali oppure telefonica tramite call-center. Le strutture di call-center in Regione sono due: il call-center DSC, che serve ASS2, ASS3, ASS4, ASS5, ASS6, AOPN, AOU UD, CRO ed il call-center area triestina, che serve ASS1, AOU OR TS, BURLO. La struttura del CSC ora DSC, ha registrato dal 2005, anno di sua istituzione, ad oggi, un notevole incremento di domanda. La capacità di risposta negli anni è migliorata, ma progressi ulteriori si otterranno concordando le regole con cui ciascuna Azienda darà alla propria utenza accesso al servizio. Attualmente i disservizi presenti sono causati per lo più dall'offerta ancora disomogenea tra le varie aree e dalle diverse modalità organizzative assunte dalle Aziende. La Regione sta attivando le procedure per l'attivazione di un call center unico regionale esternalizzato in grado di garantire modalità di accesso omogenee su tutto il territorio. all'utenza in maniera omogenea su tutto il territorio regionale. Occorre inoltre osservare che la prenotazione telefonica, in assenza della prescrizione elettronica, non presenta le stesse caratteristiche della prenotazione allo sportello. La modalità internet presuppone che la prescrizione sia elettronica, nonché venga definito in maniera omogenea per tutto il territorio regionale il significato di 'primo posto disponibile'. Le citate linee regionali, in corso di emanazione, forniranno alle Aziende riferimenti unitari di comportamento anche su tali versanti.

Per quanto concerne i punti esterni di accesso alla prenotazione, ed in particolare per quanto concerne la sperimentazione già avviata nel corso del 2009 in ordine alla prenotazione dei MMG, lo strumento utilizzato è il portale del medico di medicina generale. Allo stato attuale il sistema regionale di prenotazione è fruibile dai MMG/PLS dell'ASS6, mentre è in corso da parte dei MMG/PLS dell'ASS3. Per la sperimentazione della prenotazione presso le farmacie, lo strumento utilizzato nell'area del sistema regionale degli accessi è il portale delle farmacie con protocollo sicuro HTTPS. L'accesso degli operatori è regolato analogamente al portale del MMG. Sono in corso attività finalizzate ad ampliare i canali di accesso al sistema sanitario e permettere di effettuare il ritiro del referto e il pagamento del ticket presso i MMG.

Art. 17 – Informatizzazione e messa in rete del servizio sanitario regionale

Ad oggi circa il 50% dei MMG e dei PLS sono collegati/collegabili all'infrastruttura regionale. Sono stati all'uopo individuati due canali destinati a fornire servizi informativi:

- il portale della continuità delle cure, accessibile a tutti i medici per gestire la loro cartella clinica informatizzata
- i servizi web integrabili e attivabili dalle cartelle cliniche informatizzate dei MMG che non usano il portale.

I servizi attualmente attivi sono i seguenti:

- Autenticazione MMG e identificazione assistito
- Dettaglio assistito (dati anagrafici, esenzioni, consensi CRS)
- Lista prescrizioni (ricette e impegnative) dell'assistito estratte dal data base regionale
- Lista referti assistito
- Visualizzazione referto assistito
- Invio prescrizione farmaci al data base regionale (lo stesso del portale MMG, dal quale saranno quindi visibili le ricette inserite)
- Invio impegnativa esami specialistici al data base regionale (lo stesso del portale MMG, dal quale saranno quindi visibili le impegnative inserite)
- Annullamento impegnativa.

Dopo il primo periodo di sperimentazione, la prescrizione elettronica sarà estesa a tutto il territorio regionale attraverso due progetti intermedi e paralleli, ma alla fine convergenti verso la soluzione a regime.

Il primo progetto, la cui sperimentazione è in corso, è relativo alla prescrizione “virtuale” ed è definito in accordo con la Ragioneria Generale dello Stato. Riguarda le prescrizioni di specialistica ambulatoriale stilate dagli specialisti ospedalieri per le prestazioni erogate all'interno dell'ospedale, sperimentazione in corso al CRO.

Il secondo progetto, denominato dal MEF “Medici in rete”, prevede la prescrizione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta tramite computer e il conferimento della prescrizione al MEF, prima come documento prescritto e successivamente come documento che certifica quanto è stato erogato dalle strutture sanitarie. Con la Ragioneria Generale dello Stato si sono presi accordi per estendere la prescrizione “virtuale” anche a questo progetto. La prescrizione elettronica consentirà di semplificare la fase di prenotazione e dunque di ampliare i canali di accesso agli sportelli delle aziende, al call-center, alle farmacie, ai MMG, agli specialisti, al portale del cittadino e ai totem self-service.

I MMG con le proprie cartelle cliniche informatizzate comunicano con i sistemi informativi regionali solo se riconosciuti dal sistema e tramite protocollo sicuro. I messaggi di comunicazione rispettano gli standard approvati e pubblicati dalla Regione, sono firmati con il certificato contenuto nella CRS dell'operatore e possono quindi avvenire solo con la carta CRS attiva e inserita nel lettore.

Art. 18 – Sistemi di qualità certificati

Il nuovo Piano dei tempi di attesa regionale definirà unitarie modalità di comportamento da adottare da parte delle Aziende nella predisposizione ed aggiornamento delle agende di prenotazione, e prevederà, anche in via sperimentale, procedure condivise finalizzate alla gestione delle liste di attesa da ritenersi propedeutiche all'implementazione di un sistema di qualità.

Art. 19 – Semplificazione delle procedure per il rilascio dei certificati medici

Il nuovo Piano dei tempi di attesa regionale definirà le ulteriori tipologie di certificazione medica che possono essere direttamente prodotte dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o dall'ospedale al momento della dimissione.

2) RISULTATI OTTENUTI IN TERMINI DI CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA (esito relazioni prodotte dalle Aziende nel mese di giugno 2010)

a) Superamento dei tempi massimi d'attesa e causa del mancato rispetto

- **Area Vasta Giuliano Isontina**

A.S.S. n. 1: nel periodo considerato, esclusivamente nel mese di giugno 2009, è stato osservato uno sfioramento dei tempi massimi d'attesa per le seguenti prestazioni:

Gastroenterologia (EGDS) :tempo osservato 85 gg (atteso 60 gg)

Visita ortopedica: tempo osservato 70 gg (atteso 60 gg)

A.S.S. n 2: per nessuna prestazione garantita dall'ASS 2 in Area Vasta sono stati superati i tempi massimi di attesa previsti nel periodo considerato.

A.O.U di Trieste: nel periodo considerato tutte le prestazioni erogate i cui tempi d'attesa dovevano essere garantiti dall'azienda hanno rispettato i tempi massimi previsti, solo per le *prestazioni di chirurgia vascolare* il tempo massimo è stato superato di qualche giorno, così come di seguito riportato:

- presso l'Ospedale di Cattinara nei mesi di giugno, agosto e settembre i tempi d'attesa rilevati sono stati rispettivamente di 52 gg, 52 gg e 64 gg (tempo max previsto = 30 gg). Lo sfioramento dei tempi è stata conseguenza della riduzione dell'attività di 2/3 per consentire al personale di usufruire delle ferie estive. Da ottobre in poi non si sono avuti sfioramenti dei tempi;

- presso l'Ospedale Maggiore i tempi massimi di attesa sono stati superati solo nei mesi estivi di agosto e settembre (tempi d'attesa massimi rilevati rispettivamente = 52 gg e 49 gg) a causa della riduzione dei posti disponibili presso l'ospedale di Cattinara.

Si rileva che, tuttavia, presso le strutture di ASS 1 e presso quelle dei privati accreditati la visita è sempre stata assicurata entro i 30 gg

I.R.C.C.S. Burlo Garofolo: nel corso del 2009 si sono riscontrate, in taluni periodi, criticità per le seguenti categorie di prestazioni: visita dermatologica, visita allergologica, visita neuropsichiatrica infantile, piccoli interventi chirurgici (sportazione verruche, nevi, pliche ungueali), visita odontostomatologica, visita ginecologica, visita uro ginecologica. Nel corso del 2010 si sono normalizzati i tempi d'attesa per la visita dermatologica (20 gg. ad aprile), per la visita allergologica (6 gg. ad aprile, anche se non è ancora stata prioritizzata l'agenda), per la visita neuropsichiatrica infantile (14 gg. per la breve, 18 gg. per la differita ad aprile), per la visita odontostomatologica (8 gg. ad aprile); per la visita ginecologica (6 gg. ad aprile).

Nei primi mesi del 2010 si sono riscontrate criticità per la visita oculistica (47 gg. ad aprile); per la visita nefrologica (54 gg. ad aprile) e per la visita uroginecologica (50 gg. ad aprile, tuttavia con tendenza a rientrare nella norma già a partire dal mese successivo). Si sono confermate altresì

criticità in alcuni periodi del 2010 nei piccoli interventi chirurgici. Lo sfioramento dei tempi è da attribuirsi alle seguenti cause:

- visita dermatologica: carenza risorse (solo un medico dedicato a quest'attività)
- visita allergologica: incremento della domanda anche da parte anche di utenza adulta; stagionalità nella richiesta di questa prestazione
- visita neuropsichiatrica infantile: carenza risorse (due medici in quiescenza) e conseguente diminuzione dell'offerta.
- piccoli interventi chirurgici : scarsa offerta
- visita odontostomatologica: scarsa offerta e carenza di organico medico
- visita oculistica: offerta non consona alla mission istituzionale
- visita ginecologica: organizzazione dell'offerta non appropriata rispetto agli ambiti assistenziali istituzionali
- visita nefrologica: agende miste per prime visite e controlli.
- visita uro ginecologica: agende miste per prime visite e controlli

• Area Vasta Pordenonese

A.O. di Pordenone: nel secondo, terzo e quarto trimestre 2009 e nel primo del 2010, sono state registrate criticità in una o in più rilevazioni per le seguenti prestazioni:

- colonscopia: per le attività a priorità Breve e Differita i tempi di attesa si sono mantenuti entro gli ambiti d'attesa previsti, mentre per quelle a priorità Programmata nel mese di aprile si è registrato un tempo d'attesa di 264 gg. superiore allo standard previsto di 180 gg; la concomitante offerta dello screening regionale non ha modificato allo stato la domanda;
- visita ginecologica: è assicurata per le priorità nella sede del PO di Pordenone, mentre l'attività programmata è garantita al PO di Sacile;
- visita oculistica: nel corso del 2009 questa attività ha fruito di risorse aggiuntive che hanno consentito l'incremento dell'offerta e la conseguente riduzione dei TA.
- esame del fondo oculare: per l'attività programmata valgono le medesime considerazioni della visita oculistica;
- ecografia mammella e mammografia: nel corso del 2009 l'organizzazione della Senologia è stata modificata e la competenza su tutta la diagnostica strumentale è passata all'Unità Senologica di PN. I tempi d'attesa per tutta l'attività senologica sono stati garantiti.
- TAC: esclusivamente l'attività programmata ha registrato uno sfioramento alla rilevazione di ottobre 2009 a seguito di problemi organizzativi legati alla installazione di una nuova apparecchiatura TAC e alla conseguente difficoltà di riprogrammazione dell'offerta;
- ecocardiografia con prova fisica e farmacologica: per l'attività programmata si è registrato un tempo di attesa di 275 gg, superiore allo standard di 180 gg previsto, alla rilevazione di gennaio 2010. Per questa prestazione, a sola prenotazione specialistica dopo la visita cardiologica, le agende di prenotazione sono separate per garantire tempi d'attesa differenziati in base alla necessità cliniche. Lo stesso giorno indice i TA rilevati erano 9 gg (come priorità B), di 31 gg (come priorità D).

A.S.S. n. 6: nel secondo, terzo e quarto trimestre 2009 e nel primo del 2010, sono state registrate criticità in una o più rilevazioni per alcune categorie di prestazioni, quali: visita cardiologia, ecocolordoppler vascolari, gastro e colonscopia, visita ginecologica, visita oculistica, visita dermatologica, ecografie ostetrico-ginecologiche. Occorre osservare che anche per tali prestazioni qualora le richieste abbiano caratteristiche di urgenza o di particolare gravità clinica l'evasione avviene nell'arco delle 24 ore, mentre mantengono tempi di attesa critici

alcune visite specialistiche e alcuni esami strumentali, caratterizzate da una forte domanda assistenziale per le quali si è rilevato un frequente ricorso inappropriato.

- **Area Vasta Udinese**

Anno 2009

Viene predisposta un'unica relazione per le A.S.S. 3, A.S.S. 4, A.S.S. 5 e AOU-UD afferenti all'Area Vasta Udinese, e ciò in coerenza con i criteri di responsabilità definiti dalla DGR 2016/2009 (documento 3.3, pag.17), che prevede l'impegno a mantenere i tempi in almeno una sede. In questo caso si contempla una responsabilità diffusa per tutte le Aziende che erogano la prestazione, o di singola Azienda se la prestazione viene erogata da una sola Azienda. Nel corso del 2009 in alcuni monitoraggi e comunque mai per 2 volte consecutive le seguenti prestazioni hanno registrato il superamento dei tempi massimi previsti:

- colonscopia: per priorità Differita/non urgente non prioritaria, nel giorno indice del mese di luglio 2009;

- visita di chirurgia vascolare: per priorità Differita non urgente non prioritaria, giorno indice del mese di luglio 2009

- visita neurologica: per priorità Differita/non urgente non prioritaria, giorno indice del mese di luglio 2009

- cataratta: giorno indice del mese di gennaio 2010

Tali situazioni sono state generalmente determinate da un incremento di domanda, in particolare per la cataratta (i pazienti in attesa al 31.12.2007 erano 1.100 e al 31.12.2009 erano 3.459 con un incremento percentuale pari al 214,5%), a fronte di una potenzialità di offerta pressoché costante. Per la visita neurologica nel 2009 si è invece registrata una diminuzione dei volumi prestazionali erogati (- 204 rispetto al 2008) a causa dalla cessazione di alcuni specialisti ambulatoriali esterni e dei tempi richiesti per l'inserimento dei nuovi professionisti.

Anno 2010

Per quanto riguarda l'anno 2010, considerato quanto emerso dal monitoraggio al 1° aprile 2010, le prestazioni sulle quali si rilevano criticità sono:

- Colonscopia, priorità Differita
- Cataratta
- Radioterapia

I volumi delle colonscopie si sono mantenuti costanti nel 1° trimestre 2010 rispetto l'analogo periodo dell'anno precedente. I pazienti in attesa sono in costante crescita, passando da 1.442 nel 2008 a 1.927 nel 2009, con un incremento di 482 unità. L'incremento è riconducibile anche alle attività di screening del colon-retto, che inducono un aumento delle richieste di prestazioni per follow up di patologie non collegate allo screening.

Per quanto riguarda gli interventi di cataratta, la rilevazione di aprile 2010 evidenzia un mantenimento dei volumi erogati a fronte di un incremento della domanda. Le Aziende dell'Area Vasta hanno proposto, all'interno dei rispettivi documenti di programmazione in corso di negoziazione, uno

specifico progetto per la funzione di oculistica, in cui si prevede l'assunzione di un medico oculista presso l'AOU-UD in sostituzione della convenzione cessata nel 2009. A livello di Area Vasta l'incremento previsto per l'anno 2010 è di 350 cataratte a fronte di un numero di pazienti in attesa al monitoraggio di aprile di 3454.

Per la radioterapia i 13 giorni di attesa per la visita si riferiscono a tutte le richieste di consulenza ambulatoriale per esterni, fermo restando che a fronte dell'indicazione di priorità elevata la prestazione viene riconosciuta in tempi minori. I pazienti "interni" vengono valutati entro le 48 ore.

b) Interventi correttivi adottati

• Area Vasta Giuliano Isontina

AOUTS : è stata rivista la disponibilità delle agende CUP con rimodulazione e prioritizzazione delle richieste urgenti, al fine di rientrare nei tempi d'attesa previsti .

A.S.S. n. 1: a partire dal mese di giugno è stato concordato con le strutture private accreditate l'erogazione di prestazioni di gastroenterologia (colonscopie) e visite ortopediche. L'aumento dell'offerta ha portato ad una riduzione dei tempi d'attesa (vedi risposta a quesito 1).

Sono stati utilizzati i fondi della criticità per le strutture private: Sanatorio triestino e Salus , pari a 150.000,00 € al fine di incrementare le prestazioni di gastroenterologia.

Sono stati attivati tavoli di confronto tra specialisti cardiologi del Centro Cardiovascolare con i medici di medicina generale per la verifica delle richieste inappropriate in base ai criteri concordati al fine di ridurre i tempi d'attesa.

A.S.S. n 2: nessun provvedimento correttivo è stato adottato perché non c'è stato il superamento dei tempi massimi di attesa per le prestazioni che ASS 2 doveva garantire in Area Vasta

I.R.C.C.S. Burlo Garofolo: sono stati adottati gli interventi correttivi di seguito illustrati, che nella gran parte dei casi hanno consentito di superare le criticità manifestatesi:

- visita dermatologica: incremento dell'offerta; strutturazione di agende prioritarie secondo sistema UBDP (situazione normalizzata nel 2010);
- visita allergologica: definizione della fascia di utenza in conformità alla mission istituzionale: a) età 0-18, b) adulti con quesito diagnostico "puntura da imenotteri"; strutturazione dei criteri di prioritizzazione (situazione normalizzata nel 2010);
- visita neuropsichiatrica infantile: ripristino dell'organico medico ed aumento dell'offerta. Strutturazione delle agende secondo i criteri di prioritizzazione; controllo delle non conformità prescrittive e segnalazione ai prescrittori. (situazione normalizzata nel 2010),
- piccoli interventi chirurgici (sportazione verruche, nevi, pliche ungueali): aumento dell'offerta (situazione normalizzata solo in alcuni periodi nel 2010);
- visita odontostomatologica: potenziamento dell'organico medico; aumento dell'offerta ed anticipazione degli appuntamenti già fissati (situazione normalizzata nel 2010);
- visita oculistica: identificazione delle prestazioni come da mission istituzionale con esclusione della fascia d'età over 18 e mantenimento degli over 18 solo per i quesiti diagnostici cataratta e blefaroplastica; potenziamento mensile dell'offerta graduata sulla rilevazione dei TA (situazione normalizzata solo in alcuni periodi nel 2010)

- visita ginecologica: aumento dell'offerta e sua ridefinizione come da mission istituzionale; esclusione dalle agende del quesito diagnostico = altro, rinviando le relative richieste al consultorio di competenza (situazione normalizzata nel 2010);
- visita nefrologica: aumento dell'offerta; strutturazione di agende differenziate per prime visite e controlli.
- visita uro ginecologica aumento dell'offerta; strutturazione di agende differenziate per prime visite e controlli (situazione in corso di normalizzazione nel 2010).

● Area Vasta Pordenonese

A.O. di Pordenone

Interventi correttivi sull'offerta

Sono state progressivamente organizzate le agende delle strutture eroganti prevedendo attività (sezioni di agenda) per la prenotazione dei primi accessi differenziata per priorità (indipendentemente dall'esistenza di criteri formalizzati) e attività per la prenotazione dei controlli. Il monitoraggio interno delle agende ha consentito di variare, entro certi limiti, l'offerta di ciascuna sezione e di gestire situazioni di difficoltà per garantire i tempi di attesa massimi stabiliti.

Nel corso del 2009 sono stata finanziate, con fondi aggiuntivi, le seguenti attività al fine di ridurre i tempi di attesa per le seguenti categorie di prestazioni:

- Visita Oculistica
- Visita Dermatologica,
- Visita Ortopedica
- Visita Chirurgia Vascolare
- Ecografia Addome
- TAC
- Ecocolor Doppler vascolare
- Ecografie ostetriche-ginecologiche

Interventi correttivi sulla domanda

a) Condivisione e formalizzazione dei criteri di priorità con i MMGG

Nel corso del 2009 si sono tenuti in ambito di area vasta incontri con la commissione ex art. 49 al fine di condividere e formalizzare i criteri di priorità con i MMGG per le seguenti categorie di prestazioni:

- Visita Cardiologica
- Doppler Vascolare (TSA e arti)
- Diagnostica per immagini.

In particolare per la visita cardiologica e doppler vascolare si sono tenuti, nelle sedi dei Distretti dell'Azienda Territoriale, incontri/seminari tra MMG e specialisti cardiologi. Questi incontri sono stati di grande utilità sia per la presentazione del documento sulle priorità sia per la discussione di specifiche problematiche nel rapporto tra Ospedale e Medicina Generale, in

particolare quella del teleconsulto. La miglior gestione dell'offerta di queste prestazioni cardiologiche ne è almeno in parte conseguente. Questo positivo riscontro pone la necessità di proseguire su questa strada.

b) Attività dermatologica

Con gli specialisti dermatologi si è affrontato il problema della visita dermatologica per la valutazione delle lesioni cutanee sospette. Constatato l'elevato tasso di inappropriately in particolare per la mappatura delle lesioni, con l'accordo degli specialisti si è rivista l'offerta: l'attività è stata ricondotta nell'attività dermatologica programmata o prioritaria e la mappatura delle lesioni viene eseguita solo su indicazione dello specialista.

c) Presa in carico da parte dello specialista

Nel corso del 2009 sono state poste le premesse per avviare nel corso del 2010 la presa in carico del paziente con l'obiettivo di ridurre i disagi per l'utente, e di dare maggior appropriatezza, sia per tipo che per tempo di erogazione, alle prestazioni finalizzate alla:

- diagnosi/terapia della patologia per cui il paziente è stato inviato alla visita specialista,
- controlli e relativi accertamenti necessari per il follow-up.

A.S.S. n. 6: in ragione del ruolo prioritario di committente dell'Azienda in quanto Azienda territoriale, gli strumenti utilizzati dall' ASS n. 6 " Friuli Occidentale" sono stati e sono orientati prevalentemente all'attività di controllo della domanda e di revisione dell'attività prescrittiva, realizzata attraverso il coordinamento tra la medicina di base e la medicina specialistica. Tali processi, di seguito più dettagliatamente illustrati, hanno contribuito alla riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni non prioritarie-programmate per la visita cardiologica e per le prestazioni di Ecocolordoppler vascolari, che già nel corso del 2009 hanno registrato un sostanziale riallineamento agli standards regionali:

- visita cardiologica: è stato adottato e diffuso fra medici di medicina generale, specialisti cardiologi e responsabili di distretto il documento di consenso regionale per la visita cardiologica attraverso la commissione ex art. 49 ACN ;
- ecocolordoppler vascolari per le prestazioni non prioritarie-programmate: è stato adottato e diffuso fra medici di medicina generale, specialisti ospedalieri e responsabili di distretto il documento tecnico di area vasta (ASS6, AOSMA, CRO, MMG) attraverso la commissione ex art. 49 ACN .
- area dell'endoscopia digestiva (gastro e colon scopia): anche in questo caso si prevede di adottare il documento tecnico di consenso regionale attraverso la commissione ex art 49 e di diffonderlo attraverso incontri/seminari distrettuali con MMG, specialisti e responsabili di distretto. Per la colonscopia è necessario verificare la stabilizzazione della dinamica della formazione delle liste di attesa, dopo l'attivazione dello screening
- visita ginecologica: si prevede un aumento dell'offerta da realizzare attraverso l'impiego dei finanziamenti aggiuntivi ex LR 7/09;
- visita oculistica: si prevede un aumento dell'offerta da realizzare attraverso l'impiego dei finanziamenti aggiuntivi ex LR 7/09 ed al tempo stesso una serie di interventi finalizzati ad una sua razionalizzazione (molte visite richieste all'oculista sono in realtà non per patologie oculari, ma per misurazione del visus; scorporando le due fattispecie, e disegnando dei percorsi guidati che differenzino le due tipologie di visite, si stima possibile una riduzione delle attese);

- visita dermatologica: si prevede un aumento dell'offerta da realizzare attraverso l'impiego dei finanziamenti aggiuntivi ex LR 7/09 ed al tempo stesso una serie di interventi finalizzati a razionalizzare i percorsi: nell'ambito della revisione dell'offerta l'attività di diagnostica precoce (mappatura dei nei) dovrà essere definita all'interno dell'attività programmata da parte di tutti gli erogatori dell'area vasta, condividendone i contenuti con i MMG;

- ecografie ostetrico-ginecologiche: si prevede un aumento dell'offerta da realizzare attraverso l'impiego dei finanziamenti aggiuntivi ex LR 7/09 ed al tempo stesso una serie di interventi finalizzati ad una sua razionalizzazione e ad un migliore coordinamento con il privato convenzionato.

Le iniziative coordinate in area vasta in particolare attraverso la collaborazione tra ASS6 e AOSMA, finalizzate a ridurre le liste di attesa agendo sulla qualificazione della domanda (commissioni ex art 49, incontri distrettuali tra MMG e medici specialisti) verranno riconfermate e consolidate. Questa strategia condivisa poggia sull'assunzione principale che una quota importante di pazienti sia avviata a prestazioni clinicamente inappropriate. Risulta di conseguenza determinante discriminare, secondo criteri professionali condivisi e basati sulle conoscenze scientifiche disponibili, le domande appropriate da quelle inappropriate e, relativamente alle prime, regolare i tempi di erogazione in funzione degli effettivi bisogni assistenziali.

In particolare, nella programmazione per il 2010 è stata data particolare rilevanza all'organizzazione e sviluppo dell'attività prescrittiva e prenotativa da parte degli specialisti delle prestazioni di approfondimento diagnostico e delle visite di follow-up. Tale processo è orientato alla semplificazione dell'accesso alle prestazioni per il cittadino, al recupero tendenziale della quota di inappropriatezza prescrittiva rispetto alle richieste dello specialista ed inoltre all'identificazione dei diretti ordinatori di spesa per le prestazioni sanitarie anche al fine di un miglior utilizzo delle risorse disponibili.

L'obiettivo è stato declinato nelle schede di budget aziendali.

Tutto ciò premesso deve essere tenuto in considerazione il fatto che l'utilizzo di strumenti di controllo della domanda di prestazioni richiedono tempi lunghi per essere in grado di modificare la pratica clinica e i comportamenti professionali.

• Area Vasta Udinese

Anno 2009

- Per quanto riguarda la colonscopia, sono stati incrementati i volumi complessivi (dato ambulatoriale escluso screening: 2008 = 7.707, 2009 = 8.360, pari ad un incremento di 653 prestazioni) ed altresì riorganizzato alcune agende. Inoltre nel corso del 2009 sono divenuti operativi i criteri di priorità introdotti l'anno precedente.

Si riporta all'attenzione che le ASS 3, 4 e 5 hanno assicurato l'attività di 2° livello dello screening del colon retto al di fuori dell'orario di servizio attraverso gli istituti delle Risorse Aggiuntive Regionali. Presso l'AOUD l'attività di colonscopia prevista dal progetto screening è stata garantita attraverso l'assunzione di un medico endoscopista, la cui presenza ha permesso, inoltre, di aumentare il numero di prestazioni erogate.

- Anche per quanto riguarda le visite di chirurgia vascolare, si è provveduto ad incrementare l'offerta (2008= 3.316; 2009= 3-462 per un aumento complessivo di 146 prestazioni). E' stata programmata, inoltre, per il 2010, la definizione dei criteri di priorità di accesso alla prima visita di chirurgia vascolare.

- Per le visite neurologiche, sono stati definiti i criteri di priorità, attualmente in corso di introduzione. Presso l'AOU-UD è stato differenziato il percorso di accesso alla prima visita ed agli ambulatori dedicati a pazienti con specifiche patologie, presso i quali vengono eseguite sole visite di controllo su

indicazione dello specialista. Si ritiene opportuno precisare inoltre che, in un'ottica di sistema di responsabilità, l'ASS 3 assicura la prestazione esclusivamente per il tramite di una convenzione con l'AOU-UD (nessun neurologo dipendente), senza possibilità di ampliare l'offerta.

- Per la cataratta sono stati incrementati, seppure in misura contenuta, i volumi di (+ 110 rispetto al 2008), in parte ricorrendo all'utilizzo di prestazioni aggiuntive richieste alla SOC Oculistica dell'AOU-UD.

Anno 2010

- Per quanto riguarda la colonscopia, le Aziende dell'Area Vasta includono nei propri piani aziendali, uno specifico progetto per la funzione di gastroenterologia., in cui si prevede l'incremento dell'offerta, anche attraverso l'assunzione di due gastroenterologi, come possibile soluzione al problema relativo al contenimento dei tempi d'attesa.

- Per quanto riguarda gli interventi di cataratta, le Aziende dell'Area Vasta includono nei propri piani aziendali, uno specifico progetto per la funzione di oculistica, in cui si prevede l'assunzione di un medico oculista presso l'AOU-UD in sostituzione della convenzione cessata nel 2009. A livello di Area Vasta l'incremento previsto per l'anno 2010 è di 350 cataratte a fronte di un numero di pazienti in attesa al monitoraggio di aprile di 3454.

- Per quanto riguarda la radioterapia si segnala che presso l'AOU-UD tale attività è in fase di trasferimento nei locali del nuovo ospedale. Presso la nuova sede saranno operativi 2 nuovi acceleratori lineari, grazie ai quali sarà possibile ridurre l'attesa, anche secondo i nuovi schemi di attività radiometabolica, caratterizzati da tempi più lunghi degli attuali tra le diverse somministrazioni terapeutiche. Si rileva che, tuttavia già oggi l'Azienda ospedaliera di Udine garantisce per gran parte dell'anno (ad eccezione di un breve periodo estivo) per 5 giorni la settimana il doppio turno giornaliero di uso delle macchine in regime istituzionale.

c) Strumenti di incentivazione adottati

• Area Vasta Giuliano Isontina

A.S.S. n. 1: strumenti di incentivazione adottati (con fondi aziendali e regionali) per mantenere il tempo massimo di attesa entro i limiti previsti:

ANNO 2009

a) acquisizione di prestazioni da convenzionati interni:

Delibera n° 96 8 ore dermatologia pediatrica €13.804

Delibera n° 597 12 ore dermatologia D1 €13.412

Delibera n° 684 15 ore ORL D3 €18,022

Delibera n° 687 18 ore Pneumologia D1,2,3 €24.745

Delibere n° 755 e 799 4 ore neurologia €1.000

Delibere n° 184 e 653 12 ore medicina dello sport €27.980

b) acquisizione di prestazioni presso strutture private accreditate :

interventi per neoplasie urologiche CdC Sanatorio €24.250

A.S.S. n 2: strumenti di incentivazione adottati (con fondi aziendali e regionali) per mantenere il tempo massimo di attesa entro i limiti previsti:

ANNO 2009

- prestazioni di radiologia: comparto 89.000 euro (tutto il 2009)
- prestazioni di radiologia: dirigenti 122.554 euro (tutto il 2009)
- intervento protesi d'anca: comparto e dirigenti 32.000 euro (per il 2009)
- prestazione di ecocardiografia: comparto e dirigenti 5.000 euro (per il 2009)
- acquisizione di prestazioni presso strutture private accreditate (anno 2009): n. 2.345 ecodopplerografie

ANNO 2010

- prestazioni di radiologia: acquisizione di prestazioni presso strutture private accreditate per il 2010: ecodopplerografie e prestazioni di radiologia (risonanze magnetiche articolari, alcune tipologie di ecografie, alcune tipologie di TAC, alcune tipologie di radiografie)

AOUTS: strumenti di incentivazione adottati (con fondi aziendali e regionali) per mantenere il tempo massimo di attesa entro i limiti previsti:

ANNO 2009

- prestazioni di radiologia: comparto euro (tutto il 2009)
- prestazioni di radiologia: dirigenti 122.554 euro (tutto il 2009)
- intervento protesi d'anca: comparto e dirigenti 32.000 euro (per il 2009)
- prestazione di ecocardiografia: comparto e dirigenti 5.000 euro (per il 2009)
- acquisizione di prestazioni presso strutture private accreditate (anno 2009): n. 2.345 ecodopplerografie

ANNO 2010

- prestazioni di radiologia: acquisizione presso strutture private accreditate per il 2010 di ecodopplerografie e di prestazioni di radiologia (risonanze magnetiche articolari, alcune tipologie di ecografie, alcune tipologie di TAC, alcune tipologie di radiografie)

Criticità emerse in tutte le Aziende per renderli operativi:

- programmazione annuale con le strutture private accreditate (per il 2009)
- stanziamento dei fondi di Area Vasta (L.R. 7/09) avvenuta nell'ultimo trimestre del 2009
- tempistica necessaria al fine di organizzare l'aumento dell'erogazione di prestazioni (disponibilità del personale, gestione organizzazioni interne, accordi sindacali, ecc.)

- **Area Vasta Pordenonese**

A.O. di Pordenone

Con deliberazione 82 del 9/04/2010, sono state utilizzate le risorse a destinazione vincolata per la riduzione dei tempi d'attesa, previste dalla programmazione regionale, con le modalità di seguito indicate:

- oculistica: incremento dell'offerta pari a 15 ore per un importo di spesa di 7.500,000 euro;
- ecoaddome: incremento dell'offerta pari a 200 prestazioni (70 ore) per un importo di spesa pari a 4.200,00 euro;
- TAC: incremento dell'offerta di 90 Tac (30 ore) per un impegno di spesa di 1.800 euro;
- chirurgia vascolare: incremento dell'offerta di prime visite pari a 7 settimanali per 20 settimane (40 ore) per un impegno di spesa pari a 2.400,00 euro;
- chirurgia oncologica: 22 sedute aggiuntive remunerate con tariffa LPA per medici chirurghi ed anestesisti (1440 euro per 2 chirurghi ed 1 anestesista per sedute di 8 ore) ed in attività aggiuntiva per il personale infermieristico (3 IP per 6 ore alla tariffa oraria di 36 euro = 648 euro);
- ecografie ostetrico ginecologiche: incremento delle prestazioni rese dalla equipe medica della ostetricia pari a 80 ore (da settembre a dicembre 2009) per una previsione di spesa pari a 4.800,00 euro;
- eco color doppler: incremento di un numero pari a 100 esami (3 l'ora) per complessive 34 ore e impegno di spesa di 2.000,00 euro;
- anatomia patologica: partecipazione al programma regionale di revisione del sistema di codifica per un impegno orario di 83 ore circa ed una spesa pari a 5.000,00 euro;
- radiologia: mantenimento dei livelli di attività mediante acquisizione di n° 50 ore/settimanali aggiuntive per 34 settimane (102.000 euro).

A.S.S. n. 6

Non sono stati adottati, nel corso del 2009, strumenti di incentivazione. Non sono stati utilizzati i finanziamenti aggiuntivi ex L.R. 7/2009.

- **Area Vasta Udinese**

Le ASS 3, 4 e 5 hanno assicurato l'attività di 2° livello dello screening del colon retto al di fuori dell'orario di servizio attraverso gli istituti delle Risorse Aggiuntive Regionali.

d) Andamento dei tempi di attesa anche rispetto ai tempi rilevati primadell'entrata in vigore della presente legge ed opinione di esperti del settore e di utenti

Le seguenti tabelle consentono un raffronto sull'andamento delle prestazioni oggetto di monitoraggio nelle tre aree vaste regionali alle date dell'1.4.2009 e dell'1.4.2010

Prestazioni prenotate in agende riservate alla Priorità B (Breve)
tempo massimo di attesa 10 gg.

		Linee 2010 - L. 7/2009	VISITA CARDIOLOGICA (89.07)	
		tempo massimo di attesa	Data rilevamento tempi: 1 aprile 2010	Data rilevamento tempi: 1 aprile 2009
ASS 1	IRCC "Burlo" (<18 a)	10 gg	1	0
	Farneto CCV	10 gg	entro 3 gg	entro 3 gg
	Distretto 1 - Duino Aurisina	10 gg	entro 3 gg	
	Distretto 1 - Stock (Cas)	10 gg		
	Distretto 3 - Muggia	10 gg	entro 3 gg	
	Distretto 3 - Puccini	10 gg	entro 3 gg	
ASS 2	Ospedale Gorizia	10 gg	13	33
	Ospedale Monfalcone	10 gg	13	2
	Distretto AI Cormons	10 gg	12	21
	Distretto AI Gorizia	10 gg	19	20
	Distretto BI Monfalcone	10 gg	18	26
ASS 3	OC Gemona	10 gg	8	2
	OC Tolmezzo	10 gg	10	7
ASS 4	AOUSMM Cardiologia Udine	10 gg	1	14
	AOUSMM Cardiologia Cividale	10 gg	16	
	Ospedale S.Daniele	10 gg	6	15
	Distr Codroipo SD	10 gg	21-6	44
	Dist. Codroipo Pecoraro	10 gg		15
	Distretto Tarcento	10 gg	5	57
	Distr Udine	10 gg	6-12	26-19-20
	CdC Città di Udine	10 gg	12 - 13 - 11	13-13-
	Ist. Friuli Coram	10 gg	7	6
ASS 5	OC Palmanova	10 gg	10	1
	OC Latisana	10 gg	5	1
	Distr. Cervignano	10 gg	10	10
	Distr. S. Giorgio	10 gg	10	10
	Distr. Latisana	10 gg	8	10
ASS 6	AOSMA Pordenone	10 gg	5	13
	AOSMA Sacile	10 gg	14	2
	IRCCS CRO oncologici	10 gg	0	8
	IRCCS CRO	10 gg	0	15

Prestazioni prenotate in agende riservate alla priorità P (Programmata) o in agende NON Prioritizzate
tempo massimo di attesa 180 gg.

		Linee 2010 - L. 7/2009	VISITA CARDIOLOGICA (89.07)	
		tempo massimo di attesa	Data rilevamento tempi: 1 aprile 2010	Data rilevamento tempi: 1 aprile 2009
ASS 1	IRCC "Burlo" neonati	180 gg	20	21
	IRCC "Burlo" (<18 a)	180 gg	70	21
	IRCC "Burlo" (gravid.)	180 gg	29	7
	Farneto CCV	180 gg	55-43-43-46-18-25-48-46	47-14-43-43-43-47-47
	Distretto 1 - Duino Aurisina	180 gg	46	54
	Distretto 1 - Stock (Car)	180 gg	32	41
	Distretto 3 - Muggia	180 gg	41	42
	Distretto 3 - Puccini	180 gg	29	23
	Distretto 4 - San Giovanni	180 gg	39	
	CdC "Salus"	180 gg	47	33
	CdC "Pineta del Carso"	180 gg	26 - 33 - 39	19-89
	Della Barca dott.Francesca C.	180 gg		Attività cessata
	Gori dott. Pierpaolo	180 gg		Attività cessata
ASS 2	Ospedale Gorizia	180 gg	36	16
	Ospedale Monfalcone	180 gg	20	35
	Distretto Al Cormons	180 gg	6	14
	Distretto Al Gorizia	180 gg	33	76
	Distretto Al Gradisca	180 gg	81	96
	Distretto BI Grado	180 gg	0	1
	Distretto BI Monfalcone	180 gg	91-8	105-16
ASS 3	OC Gemona	180 gg	35	28
	OC Tolmezzo	180 gg	32	15
	Distretto Tarvisio	180 gg	60	56
ASS 4	AOUSMM Cardiologia Udine	180 gg	298	247
	AOUSMM Cardiologia Cividale	180 gg	60	48
	AOUSMM Clinica Medica	180 gg	103	124
	Ospedale S.Daniele	180 gg	230	202
	Distr Codroipo	180 gg	223 - 98	198-64
	Distretto Tarcento	180 gg	172	187
	Distr Udine	180 gg	104 -	97-154-166
	CdC Città di Udine	180 gg	169 - 30 - 109 - 106 - 151	62-127-147-156
	Ist. Friuli Coram	180 gg	45	22
ASS 5	OC Palmanova	180 gg	260	170
	OC Latisana	180 gg	153	141
	Distr. Cervignano	180 gg	27	61
	Distr. S. Giorgio	180 gg	97	105
	Distr. Latisana	180 gg	92	184
ASS 6	AOSMA Pordenone	180 gg	138	175
	AOSMA Pn Prev. Cardiovascolare	180 gg	0	146
	AOSMA Sacile	180 gg	81	85
	IRCCS CRO	180 gg	35-35	60-60
	OC S.Vito	180 gg	39	51
	OC Spilimbergo	180 gg	69	71
	CdC S.Giorgio ASS6	180 gg	60	43
	CdC S.Giorgio altre Aziende	180 gg	45	44

Prestazioni prenotate in agende riservate alla Priorità B (Breve)

tempo massimo di attesa 10 gg.

		Linee 2010 - L. 7/2009	VISITA NEUROLOGICA (89.13.00)	
		tempo massimo di attesa	Data rilevamento tempi: 1 aprile 2010	Data rilevamento tempi: 1 aprile 2009
ASS 1		10 gg		
ASS 2		10 gg		
ASS 3		10 gg		
ASS 4	AOUSMM Neurologia Udine	10 gg	19	
ASS 5		10 gg		
ASS 6	AOSMA Pordenone	10 gg	0	0

Prestazioni prenotate in agende riservate alla priorità P (Programmata) o in agende NON Prioritarizzate

tempo massimo di attesa 180 gg.

		Linee 2010 - L. 7/2009	VISITA NEUROLOGICA (89.13.00)	
		tempo massimo di attesa	Data rilevamento tempi: 1 aprile 2010	Data rilevamento tempi: 1 aprile 2009
ASS 1	Ospedale Cattinara	180 gg	53	37
	Ospedale Maggiore	180 gg	18	21
	IRCC "Burlo"	180 gg	109	77
	Distretto 2 - Pietà	180 gg	33	-
	Distretto 2 - Nordio	180 gg		27
	Distretto 3 - Puccini	180 gg	20	5
	CdC "Pineta del Carso"	180 gg	53-47	54-48
	CdC "Salus"	180 gg		69
	Spangaro dott. Romano	180 gg	21	8
ASS 2	Ospedale Gorizia	180 gg	112	16
	Ospedale Monfalcone	180 gg	69	26
	Distretto BI Monfalcone	180 gg	68	41
ASS 3	OC Tolmezzo	180 gg	134	149
ASS 4	AOUSMM Neurologia Udine	180 gg	116-99 - 41 - 1 - 89 -147 - 69 - 14 - 25 - 47 -12	121
	AOUSMM Neurologia Cividale	180 gg	125	92
	AOUSMM Neurologia Gemona	180 gg	144 - 70 - 15	96
	Ospedale Gervasutta	180 gg	116	64
	Distr Udine	180 gg	64	
	CdC Città di Udine	180 gg	132 - 72	135
ASS 5	OC Palmanova	180 gg	57	20
	OC Latisana	180 gg	68	20
	Distr. Cervignano	180 gg		21
ASS 6	AOSMA Pordenone	180 gg	40	41

Prestazioni prenotate in agende riservate alla Priorità B (Breve)
tempo massimo di attesa 10 gg.

		Linee 2010 - L. 7/2009	VISITA GINECOLOGICA (89.26.00)	
		tempo massimo di attesa	Data rilevamento tempi: 1 aprile 2010	Data rilevamento tempi: 1 aprile 2009
ASS 1		10 gg		
ASS 2		10 gg		
ASS 3		10 gg		
ASS 4	AOSMM Clinica Ostetrico Ginecologica	10 gg	max 10 gg	
ASS 5		10 gg		
ASS 6	AOSMA Pordenone	10 gg	0	0
	AOSMA Sacile	10 gg	5	20

Prestazioni prenotate in agende riservate alla priorità P (Programmata) o in agende NON Prioritarizzate
tempo massimo di attesa 180 gg.

		Linee 2010 - L. 7/2009	VISITA GINECOLOGICA (89.26.00)	
		tempo massimo di attesa	Data rilevamento tempi: 1 aprile 2010	Data rilevamento tempi: 1 aprile 2009
ASS 1	IRCC "Burlo"	180 gg	6	55
	Distretto 1 - Stock (Cons Ab)	180 gg	6	19
	Distretto 1 - Stock	180 gg		cessata attività
	Distretto 3 -Muggia (Mo)	180 gg	11	19
	CdC "Sanatorio Triestino"	180 gg	5	29
ASS 2	Ospedale Gorizia	180 gg	42	26
	Ospedale Monfalcone	180 gg	34	35
	Distretto AI Cormons	180 gg	0	1
	Distretto AI Gradisca	180 gg	0	1
	Distretto BI Grado	180 gg	5	6
	Distretto BI Monfalcone	180 gg	25	22
ASS 3	OC Gemona	180 gg	46	47
	OC Tolmezzo	180 gg	43	68
	C.TS.Distretto 1	180 gg	0	0
	C.TS.Distretto 2	180 gg	0	0
ASS 4	AOUSMM Clinica Ostetrico Ginecologica visita generale	180 gg	50	35
	AOUSMM Clinica Ostetrico Ginecologica visita con prelievo citologico	180 gg	186	173
	AOUSMM Clinica Ostetrico Ginecologica visita con biopsia endometriale	180 gg	50	35
	AOUSMM Clinica Ostetrico Ginecologica visita per sterilità	180 gg	14	29
	AOUSMM Clinica Ostetrico Ginecologica visita per menopausa	180 gg	40	27
	AOUSMM Clinica Ostetrico Ginecologica visita uro-genitale	180 gg	33	6
	Ospedale S.Daniele	180 gg	102	70
	Distr.Cividale	180 gg	78	58
	Distr Codroipo	180 gg	43 - 68	27-23
	Distretto Tarcento	180 gg	28	15
	Distr Udine	180 gg	56 - 53 - 43	33-48-28
	CdC Città di Udine	180 gg	145 - 145	97-91
	ASS 5	OC Palmanova	180 gg	63
OC Latisana		180 gg	50	20
Distr. Cervignano		180 gg	1	35
ASS 6	AOSMA Pordenone	180 gg		
	AOSMA Sacile	180 gg	75	111
	OC S. Vito	180 gg	55	52
	CdC S.Giorgio	180 gg		59

Prestazioni prenotate in agende riservate alla Priorità B (Breve)

tempo massimo di attesa 10 gg.

		Linee 2010 - L. 7/2009	VISITA ONCOLOGICA (89.07.00)	
		tempo massimo di attesa	Data rilevamento tempi: 1 aprile 2010	Data rilevamento tempi: 1 aprile 2009
ASS 1	Centro Sociale Oncologico	10 gg		2
ASS 2	Ospedale Gorizia	10 gg	3	
	Ospedale Monfalcone	10 gg	3	
ASS 3		10 gg		
ASS 4	AOUSMM	10 gg	max 10 gg	
ASS 5	OC Palmanova	10 gg		
ASS 6	AOSMA Pordenone	10 gg	1	0
	IRCCS CRO Onc Medica A	10 gg	1	7
	IRCCS CRO Onc Medica B	10 gg	0	2
	IRCCS CRO Onc MedicaC	10 gg	1	7

Prestazioni prenotate in agende riservate alla priorità P (Programmata) o in agende NON Prioritarizzate tempo massimo di attesa 180 gg.

		Linee 2010 - L. 7/2009	VISITA ONCOLOGICA (89.07.00)	
		tempo massimo di attesa	Data rilevamento tempi: 1 aprile 2010	Data rilevamento tempi: 1 aprile 2009
ASS 1	Ospedale Maggiore	180 gg	1	1
	Centro Sociale Oncologico	180 gg	15	15
ASS 2	Ospedale Gorizia	180 gg	3	3
	Ospedale Monfalcone	180 gg	3	14
ASS 3	OC Gemona	180 gg	2	15
	OC Tolmezzo	180 gg	2	2
ASS 4	AOUSMM Oncologia visita gastrointestinale	180 gg	19	27
	AOUSMM Oncologia visita genito urinaria	180 gg	15	22
	AOUSMM Oncologia visita mammella	180 gg	19	27
	AOUSMM Oncologia visita melanoma	180 gg	28	43
	AOUSMM Oncologia visita polmone	180 gg	13	7
	Ospedale S.Daniele	180 gg	15	15
	CdC Città Di Udine Prof. Buda	180 gg		1
ASS 5	OC Palmanova	180 gg	1	6
	OC Latisana	180 gg	11	5
ASS 6	AOSMA Pordenone	180 gg	14	7
	OC S.Vito	180 gg	5	1
	OC Spilimbergo	180 gg	0	1
	IRCCS CRO	180 gg	14-7-20	--

ASS1 : IRCCS Burlo gli utenti in fascia d'età 0-18 hanno accesso immediato al servizio previa telefonata da parte del PLS o dello stesso genitore con impegnativa del SSN. Non ci sono tempi di attesa, la presa in carico è immediata.

Prestazioni prenotate in agende riservate alla Priorità B (Breve)

tempo massimo di attesa 10 gg.

		Linee 2010 - L. 7/2009	MAMMOGRAFIA (87.37.1 87.37.2)	
		tempo massimo di attesa	Data rilevamento tempi: 1 aprile 2010	Data rilevamento tempi: 1 aprile 2009
ASS 1	Ospedale Cattinara	10 gg	7	6
	Ospedale Maggiore	10 gg	5	5
	CdC "Salus"	10 gg	entro 3 gg	9
	Istituto dott. S. Polonio	10 gg	7	
ASS 2	Ospedale Gorizia	10 gg	3	3
	Ospedale Monfalcone	10 gg	7	6
ASS 3	OC Gemona	10 gg	12	15
	OC Tolmezzo	10 gg	26	15
ASS 4	AOUSMM Radiodiagnostica	10 gg	8	8
	AOUSMM Cividale Radiologia	10 gg	5	5
	AOUSMM Istituto di Radiologia	10 gg	max 10 gg	Max 10 gg
	Ospedale S.Daniele	10 gg	max 10 gg	Max 10 gg
	CdC Città di Udine	10 gg		Max 10 gg
	Ist. Radiol. Diagn.	10 gg		Max 10 gg
ASS 5	OC Latisana	10 gg	max 10 gg	Max 10 gg
ASS 6	AOSMA Pordenone U. Senologica	10 gg	6	0
	AOSMA Sacile	10 gg		
	IRCCS CRO (oncologiche)	10 gg	2	2

Prestazioni prenotate in agende riservate alla priorità P (Programmata) o in agende NON Prioritarizzate

tempo massimo di attesa 180 gg.

		Linee 2010 - L. 7/2009	MAMMOGRAFIA (87.37.1 87.37.2)	
		tempo massimo di attesa	Data rilevamento tempi: 1 aprile 2010	Data rilevamento tempi: 1 aprile 2009
ASS 1	Ospedale Cattinara	180 gg	81	106
	Ospedale Maggiore	180 gg	77	98
	CdC "Pineta del Carso"	180 gg	53	65
	CdC "Pineta del Carso" (P-AS)	180 gg		65
	CdC "Salus"	180 gg	154	120
	CdC "Sanatorio Triestino"	180 gg	145	5
	Ist. Polonio dott. Sergio	180 gg	60	60
	Studio Radiologico Zucconi	180 gg		
ASS 2	Ospedale Gorizia	180 gg	23	57
	Ospedale Monfalcone	180 gg	50	26
	Poliambulatorio S.Eufemia Grado	180 gg		
	Salus S.R.L. Monfalcone	180 gg		7
ASS 3	OC Gemona	180 gg	34	133
	OC Tolmezzo	180 gg	67	82
	OC Tolmezzo Oncologia	180 gg		
ASS 4	AOSMM Radiodiagnostica	180 gg	50	632
	AOSMM Cividale Radiologia	180 gg	327	334
	AOSMM Istituto di Radiologia	180 gg	368	453
	Ospedale S.Daniele	180 gg	84	76
	CdC Città di Udine	180 gg	35	22
	Ist. Radiol. Diagn.	180 gg	7 - 360	6
	Olomed	180 gg	30	16
	Sanirad	180 gg	28	
ASS 5	OC Palmanova	180 gg		
	OC Latisana	180 gg	35	71
	Radiologia Cervignanesse	180 gg	12	1
	Universita' Castrense	180 gg		1
ASS 6	AOSMA Pordenone	180 gg		124
	AOSMA Pordenone U. Senologica	180 gg	68	
	AOSMA Sacile	180 gg	70	NR
	IRCCS CRO (oncologiche)	180 gg	30	390
	OC S.Vito	180 gg	360	329
	OC Spilimbergo	180 gg	sospesa	58
	CdC S.Giorgio ASS6	180 gg	35	57
	Centro Medico Esperia	180 gg		
	Diagnostica 53	180 gg		
	Sanisystem	180 gg		-

Prestazioni prenotate in agende riservate alla Priorità B (Breve)

tempo massimo di attesa 10 gg.

		Linee 2010 - L. 7/2009	TC DEL TORACE CON E SENZA MDC (87.41.00 - 87.41.01)		TC DEL TORACE CON E SENZA MDC (87.41.00 - 87.41.01)	
		tempo massimo di attesa	Data rilevamento tempi: 1 aprile 2010		Data rilevamento tempi: 1 aprile 2009	
ASS1	Ospedale Maggiore	10 gg				
ASS2	Ospedale Gorizia	10 gg				
	Ospedale Monfalcone	10 gg				
ASS3	OC Gemona	10 gg	0	8	1	0
	OC Tolmezzo	10 gg	6	6	9	16
ASS4	AOUSMM Neuroradiologia	10 gg				
	AOUSMM Dip Neurosc.	10 gg				
	AOSMM Radiodiagnostica	10 gg	18	18	13	13
	AOUSMM Istituto di Radiologia	10 gg	*	*	*	*
	Ospedale S.Daniele	10 gg	*	*	*	*
ASS5	OC Palmanova	10 gg	*	*	*	*
ASS6	AOSMA Pordenone Tc Osteoarticolare	10 gg				
	AOSMA Pordenone Tc AddomeTorace Capo-Collo	10 gg	5	5	20	20
	IRCCS CRO	10 gg	0	0	2	2
	OC S.Vito	10 gg	13	13		
	OC Spilimbergo	10 gg	8	8		

ASS 5 : per tutte le "prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, le disfunzioni, la disabilità" (priorità di "classe A" – DGR 3234), sono stati istituiti i seguenti percorsi: 1. Se sono già presenti agende di prenotazione informatizzate dedicate, si effettua normalmente la prenotazione (Cardiologia, Ecodoppler). In caso di esaurimento dei posti disponibili si applica il percorso : 2. Il paziente viene indirizzato direttamente all'unità/servizio che eroga la prestazione per la gestione del caso da parte dei Medici Specialisti.

Prestazioni prenotate in agende riservate alla priorità P (Programmata) o in agende NON Prioritarizzate
tempo massimo di attesa 180 gg.

		Linee 2010 - L. 7/2009	TC DEL TORACE CON E SENZA MDC (87.41.00 - 87.41.01)		TC DEL TORACE CON E SENZA MDC (87.41.00 - 87.41.01)	
		tempo massimo di attesa	Data rilevamento tempi: 1 aprile 2010		Data rilevamento tempi: 1 aprile 2009	
ASS1	Ospedale Cattinara	120 gg				
	Ospedale Maggiore	120 gg	63	63	13	13
	IRCCS "Burlo"	120 gg				
	CdC "Salus"	120 gg	47	47	44	44
	Ist. Radiologico Gortan	120 gg	96	96	34	34
ASS2	Ospedale Gorizia	120 gg	16	16	22	22
	Ospedale Monfalcone	120 gg	10	10	3	3
	Poliambulatorio S.Eufemia Grado	120 gg	11		15	
ASS3	OC Gemona	120 gg	0	12	1	20
	OC Tolmezzo	120 gg	22	22	26	28
ASS4	AOUSMM Neuroradiologia	120 gg				
	AOSMM Radiodiagnostica	120 gg	75	75	98	98
	AOUSMM Istituto di Radiologia	120 gg	27	27	72	72
	Ospedale S.Daniele	120 gg	22	22	37	37
	CdC Città di Udine	120 gg	5	18	7	13
	Ist. Radiol. Diagn.	120 gg				
	Olomed	120 gg			6	
	Sanirad	120 gg				
ASS5	OC Palmanova	120 gg	1	11	5	6
	OC Latisana	120 gg	13	15	5	9
	Università' Castrense	120 gg	41	41	7	7
ASS6	AOSMA Pordenone Tc Osteoarticolare	120 gg				
	AOSMA Pordenone Tc AddomeTorace Capo-Collo	120 gg	49	49	76	76
	AOSMA Pordenone Tc Oncologia	120 gg	33	33	56	56
	IRCCS CRO Oncologiche	120 gg	30	30	30	30
	OC S.Vito	120 gg	36	36	51	51
	OC Spilimbergo	120 gg	19	19	13	13
	CdC S.Giorgio ASS6	120 gg	15	15	23	23
	CdC S.Giorgio altre Aziende	120 gg	15	15	3	3
	Centro Medico Esperia	120 gg				

ASS 5 : per tutte le "prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, le disfunzioni, la disabilità" (priorità di "classe A" - DGR 3234), sono stati istituiti i seguenti percorsi: 1. Se sono già presenti agende di prenotazione informatizzate dedicate, si effettua normalmente la prenotazione (Cardiologia, Ecodoppler). In caso di esaurimento dei posti disponibili si applica il percorso : 2. Il paziente viene indirizzato direttamente all'unità/servizio che eroga la prestazione per la gestione del caso da parte dei Medici Specialisti.

Prestazioni prenotate in agende riservate alla Priorità B (Breve)

tempo massimo di attesa 10 gg.

		Linee 2010 - L. 7/2009	TC DELL' ADDOME SUPERIORE CON E SENZA MDC (88.01.01 - 88.01.02)		TC DELL' ADDOME SUPERIORE CON E SENZA MDC (88.01.01 - 88.01.02)	
		tempo massimo di attesa	Data rilevamento tempi: 1 aprile 2010		Data rilevamento tempi: 1 aprile 2009	
ASS1	Ospedale Maggiore	10 gg				
ASS2	Ospedale Gorizia	10 gg				
	Ospedale Monfalcone	10 gg				
ASS3	OC Gemona	10 gg	0	8	1	0
	OC Tolmezzo	10 gg	6	6	9	16
ASS4	AOUSMM Neuroradiologia	10 gg				
	AOUSMM Dip Neurosc.	10 gg				
	AOSMM Radiodiagnostica	10 gg	18	18	13	13
	AOUSMM Istituto di Radiologia	10 gg	*	*	*	*
	Ospedale S.Daniele	10 gg	*	*	*	*
ASS5	OC Palmanova	10 gg	*	*	*	*
ASS6	AOSMA Pordenone Tc Osteoarticolare	10 gg				
	AOSMA Pordenone Tc Addome Torace Capo-Collo	10 gg	5	5	20	20
	IRCCS CRO	10 gg	0	0	2	2
	OC S.Vito	10 gg	13	13		
	OC Spilimbergo	10 gg	8	8		

ASS 5 : per tutte le "prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, le disfunzione, la disabilità" (priorità di "classe A" – DGR 3234), sono stati istituiti i seguenti percorsi: 1. Se sono già presenti agende di prenotazione informatizzate dedicate, si effettua normalmente la prenotazione (Cardiologia, Ecodoppler). In caso di esaurimento dei posti disponibili si applica il percorso : 2. Il paziente viene indirizzato direttamente all'unità/servizio che eroga la prestazione per la gestione del caso da parte dei Medici Specialisti.

Prestazioni prenotate in agende riservate alla priorità P (Programmata) o in agende NON Prioritarizzate
tempo massimo di attesa 180 gg.

		Linee 2010 - L. 7/2009	TC DELL' ADDOME SUPERIORE CON E SENZA MDC (88.01.01 - 88.01.02)		TC DELL' ADDOME SUPERIORE CON E SENZA MDC (88.01.01 - 88.01.02)	
		tempo massimo di attesa	Data rilevamento tempi: 1 aprile 2010		Data rilevamento tempi: 1 aprile 2009	
ASS1	Ospedale Cattinara	120 gg			15	15
	Ospedale Maggiore	120 gg	75	75	13	13
	IRCCS "Burlo"	120 gg				
	CdC "Salus"	120 gg	47	47	44	44
	Ist. Radiologico Gortan	120 gg	96	96	34	34
ASS2	Ospedale Gorizia	120 gg	16	16	22	22
	Ospedale Monfalcone	120 gg	10	10	3	3
	Poliambulatorio S.Eufemia Grado	120 gg	11		15	
ASS3	OC Gemona	120 gg	0	12	1	20
	OC Tolmezzo	120 gg	22	22	26	28
ASS4	AOUSMM Neuroradiologia	120 gg				
	AOSMM Radiodiagnostica	120 gg	153	153	98	98
	AOUSMM Istituto di Radiologia	120 gg	75	75	72	72
	Ospedale S.Daniele	120 gg	22	22	37	37
	CdC Città di Udine	120 gg	5	18	7	13
	Ist. Radiol. Diagn.	120 gg				
	Olomed	120 gg				
	Sanirad	120 gg				
ASS5	OC Palmanova	120 gg	1	11	5	6
	OC Latisana	120 gg	13	15	5	9
	Universita' Castrense	120 gg	41	41	7	7
ASS6	AOSMA Pordenone Tc Osteoarticolare	120 gg				
	AOSMA Pordenone Tc AddomeTorace Capo-Collo	120 gg	49	49	76	76
	AOSMA Pordenone Tc Oncologia	120 gg	33	33	56	56
	IRCCS CRO Oncologiche	120 gg	30	30	30	30
	OC S.Vito	120 gg	36	36	51	51
	OC Spilimbergo	120 gg	19	19	13	13
	CdC S.Giorgio ASS6	120 gg	15	15	23	23
	CdC S.Giorgio altre Aziende	120 gg	15	15	3	3
	Centro Medico Esperia	120 gg				

Prestazioni prenotate in agende riservate alla Priorità B (Breve)

tempo massimo di attesa 10 gg.

		Linee 2010 - L. 7/2009	TC DELL' ADDOME INFERIORE CON E SENZA MDC (88.01.03 - 88.01.04)		TC DELL' ADDOME INFERIORE CON E SENZA MDC (88.01.03 - 88.01.04)	
		tempo massimo di attesa	Data rilevamento tempi: 1 aprile 2010		Data rilevamento tempi: 1 aprile 2009	
ASS1	Ospedale Maggiore	10 gg				
ASS2	Ospedale Gorizia	10 gg				
	Ospedale Monfalcone	10 gg				
ASS3	OC Gemona	10 gg	0	8	1	0
	OC Tolmezzo	10 gg	6	6	9	16
ASS4	AOUSMM Neuroradiologia	10 gg				
	AOUSMM Dip Neurosc.	10 gg				
	AOSMM Radiodiagnostica	10 gg	18	18	13	13
	AOUSMM Istituto di Radiologia	10 gg	*	*	*	*
	Ospedale S.Daniele	10 gg	*	*	*	*
ASS5	OC Palmanova	10 gg	*	*	*	*
ASS6	AOSMA Pordenone Tc Osteoarticolare	10 gg				
	AOSMA Pordenone Tc Addome Torace Capo-Collo	10 gg	5	5	20	20
	IRCCS CRO	10 gg	0	0	2	2
	OC S.Vito	10 gg	13	13		
	OC Spilimbergo	10 gg	8	8		

ASS 5 : per tutte le "prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, le disfunzione, la disabilità" (priorità di "classe A" – DGR 3234), sono stati istituiti i seguenti percorsi: 1. Se sono già presenti agende di prenotazione informatizzate dedicate, si effettua normalmente la prenotazione (Cardiologia, Ecodoppler). In caso di esaurimento dei posti disponibili si applica il percorso : 2. Il paziente viene indirizzato direttamente all'unità/servizio che eroga la prestazione per la gestione del caso da parte dei Medici Specialisti.

Prestazioni prenotate in agende riservate alla priorità P (Programmata) o in agende NON Prioritarizzate
tempo massimo di attesa 180 gg.

		Linee 2010 - L. 7/2009	TC DELL' ADDOME INFERIORE CON E SENZA MDC (88.01.03 - 88.01.04)		TC DELL' ADDOME INFERIORE CON E SENZA MDC (88.01.03 - 88.01.04)	
		tempo massimo di attesa	Data rilevamento tempi: 1 aprile 2010		Data rilevamento tempi: 1 aprile 2009	
ASS1	Ospedale Cattinara	120 gg			15	15
	Ospedale Maggiore	120 gg	75	75	13	13
	IRCCS "Burlo"	120 gg				
	CdC "Salus"	120 gg	47	47	44	44
	Ist. Radiologico Gortan	120 gg	96	96	34	34
ASS2	Ospedale Gorizia	120 gg	16	16	22	22
	Ospedale Monfalcone	120 gg	10	10	3	3
	Poliambulatorio S.Eufemia Grado	120 gg	11		15	
ASS3	OC Gemona	120 gg	0	12	1	20
	OC Tolmezzo	120 gg	22	22	26	28
ASS4	AOUSMM Neuroradiologia	120 gg				
	AOSMM Radiodiagnostica	120 gg	153	153	98	98
	AOUSMM Istituto di Radiologia	120 gg	75	75	72	72
	Ospedale S.Daniele	120 gg	22	22	37	37
	CdC Città di Udine	120 gg	5	18	7	13
	Ist. Radiol. Diagn.	120 gg				
	Olomed	120 gg				
	Sanirad	120 gg				
ASS5	OC Palmanova	120 gg	1	11	5	6
	OC Latisana	120 gg	13	15	5	9
	Universita' Castrense	120 gg	41	41	7	7
ASS6	AOSMA Pordenone Tc Osteoarticolare	120 gg				
	AOSMA Pordenone Tc Addome Torace Capo-Collo	120 gg	49	49	76	76
	AOSMA Pordenone Tc Oncologia	120 gg	33	33	56	56
	IRCCS CRO Oncologiche	120 gg	30	30	30	30
	OC S.Vito	120 gg	36	36	51	51
	OC Spilimbergo	120 gg	19	19	13	13
	CdC S.Giorgio ASS6	120 gg	15	15	23	23
	CdC S.Giorgio altre Aziende	120 gg	15	15	3	3
	Centro Medico Esperia	120 gg				

Prestazioni prenotate in agende riservate alla Priorità B (Breve)

tempo massimo di attesa 10 gg.

		Linee 2010 - L. 7/2009	TC DELL' ADDOME COMPLETO CON E SENZA MDC (88.01.05 - 88.01.06)		TC DELL' ADDOME COMPLETO CON E SENZA MDC (88.01.05 - 88.01.06)	
		tempo massimo di attesa	Data rilevamento tempi: 1 aprile 2010		Data rilevamento tempi: 1 aprile 2009	
ASS1	Ospedale Maggiore	10 gg				
ASS2	Ospedale Gorizia	10 gg				
	Ospedale Monfalcone	10 gg				
ASS3	OC Gemona	10 gg	0	8	1	0
	OC Tolmezzo	10 gg	6	6	9	16
ASS4	AOUSMM Neuroradiologia	10 gg				
	AOUSMM Dip Neurosc.	10 gg				
	AOSMM Radiodiagnostica	10 gg	18	18	13	13
	AOUSMM Istituto di Radiologia	10 gg	*	*	*	*
	Ospedale S.Daniele	10 gg	*	*	*	*
ASS5	OC Palmanova	10 gg	*	*	*	*
ASS6	AOSMA Pordenone Tc Osteoarticolare	10 gg				
	AOSMA Pordenone Tc AddomeTorace Capo-Collo	10 gg	5	5	20	20
	IRCCS CRO	10 gg	0	0	2	2
	OC S.Vito	10 gg	13	13		
	OC Spilimbergo	10 gg	8	8		

ASS 5 : per tutte le "prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, le disfunzioni, la disabilità" (priorità di "classe A" – DGR 3234), sono stati istituiti i seguenti percorsi: 1. Se sono già presenti agende di prenotazione informatizzate dedicate, si effettua normalmente la prenotazione (Cardiologia, Ecodoppler). In caso di esaurimento dei posti disponibili si applica il percorso : 2. Il paziente viene indirizzato direttamente all'unità/servizio che eroga la prestazione per la gestione del caso da parte dei Medici Specialisti.

Prestazioni prenotate in agende riservate alla priorità P (Programmata) o in agende NON Prioritarizzate
tempo massimo di attesa 180 gg.

		Linee 2010 - L. 7/2009	TC DELL' ADDOME COMPLETO CON E SENZA MDC (88.01.05 - 88.01.06)		TC DELL' ADDOME COMPLETO CON E SENZA MDC (88.01.05 - 88.01.06)	
		tempo massimo di attesa	Data rilevamento tempi: 1 aprile 2010		Data rilevamento tempi: 1 aprile 2009	
ASS1	Ospedale Cattinara	120 gg			15	15
	Ospedale Maggiore	120 gg	75	75	13	13
	IRCCS "Burlo"	120 gg				
	CdC "Salus"	120 gg	47	47	44	44
	Ist. Radiologico Gortan	120 gg	96	96	34	34
ASS2	Ospedale Gorizia	120 gg	16	16	22	22
	Ospedale Monfalcone	120 gg	10	10	3	3
	Poliambulatorio S.Eufemia Grado	120 gg	11		15	
ASS3	OC Gemona	120 gg	0	12	1	20
	OC Tolmezzo	120 gg	22	22	26	28
ASS4	AOUSMM Neuroradiologia	120 gg				
	AOSMM Radiodiagnostica	120 gg	153	153	98	98
	AOUSMM Istituto di Radiologia	120 gg	75	75	72	72
	Ospedale S.Daniele	120 gg	22	22	37	37
	CdC Città di Udine	120 gg	5	18	7	13
	Ist. Radiol. Diagn.	120 gg				
	Olomed	120 gg				
	Sanirad	120 gg				
ASS5	OC Palmanova	120 gg	1	11	5	6
	OC Latisana	120 gg	13	15	5	9
	Universita' Castrense	120 gg	41	41	7	7
ASS6	AOSMA Pordenone Tc Osteoarticolare	120 gg				
	AOSMA Pordenone Tc Addome Torace Capo-Collo	120 gg	49	49	76	76
	AOSMA Pordenone Tc Oncologia	120 gg	33	33	56	56
	IRCCS CRO Oncologiche	120 gg	30	30	30	30
	OC S.Vito	120 gg	36	36	51	51
	OC Spilimbergo	120 gg	19	19	13	13
	CdC S.Giorgio ASS6	120 gg	15	15	23	23
	CdC S.Giorgio altre Aziende	120 gg	15	15	3	3
	Centro Medico Esperia	120 gg				

ASS 5 : per tutte le "prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, le disfunzione, la disabilità" (priorità di "classe A" - DGR 3234), sono stati istituiti i seguenti percorsi: 1. Se sono già presenti agende di prenotazione informatizzate dedicate, si effettua normalmente la prenotazione (Cardiologia, Ecodoppler). In caso di esaurimento dei posti disponibili si applica il percorso : 2. Il paziente viene indirizzato direttamente all'unità/servizio che eroga la prestazione per la gestione del caso da parte dei Medici Specialisti.

Prestazioni prenotate in agende riservate alla Priorità B (Breve)

tempo massimo di attesa 10 gg.

		Linee 2010 - L. 7/2009	TC DEL CAPO CON E SENZA SENZA MDC (87.03.00 - 87.03.01)		TC DEL CAPO CON E SENZA SENZA MDC (87.03.00 - 87.03.01)	
		tempo massimo di attesa	Data rilevamento tempi: 1 aprile 2010		Data rilevamento tempi: 1 aprile 2009	
ASS1	Ospedale Maggiore	10 gg	5	5	2	2
ASS2	Ospedale Gorizia	10 gg	6	6	3	3
	Ospedale Monfalcone	10 gg	6	6	2	2
ASS3	OC Gemona	10 gg	0	8	1	0
	OC Tolmezzo	10 gg	6	6	9	9
ASS4	AOUSMM Neuroradiologia	10 gg	*	*	*	*
	AOUSMM Dip Neurosc.	10 gg				
	AOSMM Radiodiagnostica	10 gg			13	13
	AOUSMM Istituto di Radiologia	10 gg	*	*	*	*
	Ospedale S.Daniele	10 gg			*	*
ASS5	OC Palmanova	10 gg	*	*	*	*
ASS6	AOSMA Pordenone Tc Osteoarticolare	10 gg	5	5	13	13
	AOSMA Pordenone Tc AddomeTorace Capo-Collo	10 gg	5	5	20	20
	IRCCS CRO	10 gg	0	0	2	2
	OC S.Vito	10 gg	13	13		
	OC Spilimbergo	10 gg	8	8		

ASS 5 : per tutte le "prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, le disfunzione, la disabilità" (priorità di "classe A" – DGR 3234), sono stati istituiti i seguenti percorsi: 1. Se sono già presenti agende di prenotazione informatizzate dedicate, si effettua normalmente la prenotazione (Cardiologia, Ecodoppler). In caso di esaurimento dei posti disponibili si applica il percorso : 2. Il paziente viene indirizzato direttamente all'unità/servizio che eroga la prestazione per la gestione del caso da parte dei Medici Specialisti.

Prestazioni prenotate in agende riservate alla priorità P (Programmata) o in agende NON Prioritizzate
tempo massimo di attesa 180 gg.

		Linee 2010 - L. 7/2009	TC DEL CAPO CON E SENZA SENZA MDC (87.03.00 - 87.03.01)		TC DEL CAPO CON E SENZA SENZA MDC (87.03.00 - 87.03.01)	
		tempo massimo di attesa	Data rilevamento tempi: 1 aprile 2010		Data rilevamento tempi: 1 aprile 2009	
ASS1	Ospedale Cattinara	120 gg	32	32	114	114
	Ospedale Maggiore	120 gg	75	75	13	13
	IRCCS "Burlo"	120 gg	5			
	CdC "Salus"	120 gg	47	47	44	44
	Ist. Radiologico Gortan	120 gg	96	96	34	34
ASS2	Ospedale Gorizia	120 gg	16	16	22	22
	Ospedale Monfalcone	120 gg	10	10	3	3
	Poliambulatorio S.Eufemia Grado	120 gg	11		15	
ASS3	OC Gemona	120 gg	12	12	1	20
	OC Tolmezzo	120 gg	22	22	26	28
ASS4	AOUSMM Neuroradiologia	120 gg	18	18	22	22
	AOSMM Radiodiagnostica	120 gg		18	98	98
	AOUSMM Istituto di Radiologia	120 gg	75	75	72	72
	Ospedale S.Daniele	120 gg	6	6	5	5
	CdC Città di Udine	120 gg	2	18	7	13
	Ist. Radiol. Diagn.	120 gg	30	30	10	10
	Olomed	120 gg	sospesa		6	
	Sanirad	120 gg				
ASS5	OC Palmanova	120 gg	1	11	5	6
	OC Latisana	120 gg	13	15	5	9
	Universita' Castrense	120 gg	41	41	7	7
ASS6	AOSMA Pordenone Tc Osteoarticolare	120 gg	29	29	28	28
	AOSMA Pordenone Tc AddomeTorace Capo-Collo	120 gg	49	49	76	76
	AOSMA Pordenone Tc Oncologia	120 gg	33	33	36	36
	IRCCS CRO Oncologiche	120 gg	30	30	30	30
	OC S.Vito	120 gg	36	36	51	51
	OC Spilimbergo	120 gg	19	19	13	13
	CdC S.Giorgio ASS6	120 gg	15	15	23	23
	CdC S.Giorgio altre Aziende	120 gg	15	15	23	23
	Centro Medico Esperia	120 gg	41		27	

ASS 5 : per tutte le "prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, le disfunzioni, la disabilità" (priorità di "classe A" – DGR 3234), sono stati istituiti i seguenti percorsi: 1. Se sono già presenti agende di prenotazione informatizzate dedicate, si effettua normalmente la prenotazione (Cardiologia, Ecodoppler). In caso di esaurimento dei posti disponibili si applica il percorso : 2. Il paziente viene indirizzato direttamente all'unità/servizio che eroga la prestazione per la gestione del caso da parte dei Medici Specialisti.

Prestazioni prenotate in agende riservate alla Priorità B (Breve)

tempo massimo di attesa 10 gg.

		Linee 2010 - L. 7/2009	TC) DEL BACINO CON E SENZA MDC (88.38.05)		TC) DEL BACINO CON E SENZA MDC (88.38.05)	
		tempo massimo di attesa	Data rilevamento tempi: 1 aprile 2010		Data rilevamento tempi: 1 aprile 2009	
ASS1	Ospedale Maggiore	10 gg				
ASS2	Ospedale Gorizia	10 gg				
	Ospedale Monfalcone	10 gg				
ASS3	OC Gemona	10 gg	0	0		
	OC Tolmezzo	10 gg	6	6		
ASS4	AOUSMM Neuroradiologia	10 gg				
	AOUSMM Dip Neurosc.	10 gg				
	AOSMM Radiodiagnostica	10 gg	18	18	13	13
	AOUSMM Istituto di Radiologia	10 gg	*	*	*	*
	Ospedale S.Daniele	10 gg	*	*	*	*
ASS5	OC Palmanova	10 gg	*	*	*	*
ASS6	AOSMA Pordenone Tc Ostearticolare	10 gg	5	5	13	13
	AOSMA Pordenone Tc AddomeTorace Capo-Collo	10 gg				
	IRCCS CRO	10 gg	0	0	2	2
	OC S.Vito	10 gg	13			
	OC Spilimbergo	10 gg	8			

Prestazioni prenotate in agende riservate alla priorità P (Programmata) o in agende NON Prioritarizzate
tempo massimo di attesa 180 gg.

		Linee 2010 - L. 7/2009	TC) DEL BACINO CON E SENZA MDC (88.38.05)		TC) DEL BACINO CON E SENZA MDC (88.38.05)	
		tempo massimo di attesa	Data rilevamento tempi: 1 aprile 2010		Data rilevamento tempi: 1 aprile 2009	
ASS1	Ospedale Cattinara	120 gg				
	Ospedale Maggiore	120 gg	75	75	13	13
	IRCCS "Burlo"	120 gg	5			
	CdC "Salus"	120 gg	7	7	20	20
	Ist. Radiologico Gortan	120 gg	96	96	34	34
ASS2	Ospedale Gorizia	120 gg	16	16	22	22
	Ospedale Monfalcone	120 gg	10	10	3	3
	Poliambulatorio S.Eufemia Grado	120 gg	11		15	
ASS3	OC Gemona	120 gg	0	0	1	1
	OC Tolmezzo	120 gg	33	22	26	28
ASS4	AOUSMM Neuroradiologia	120 gg				
	AOSMM Radiodiagnostica	120 gg	27	27	98	98
	AOUSMM Istituto di Radiologia	120 gg	75	75	76	76
	Ospedale S.Daniele	120 gg	11	11	2	2
	CdC Città di Udine	120 gg	5	5	7	7
	Ist. Radiol. Diagn.	120 gg				
	Olomed	120 gg			6	
	Sanirad	120 gg				
ASS5	OC Palmanova	120 gg				
	OC Latisana	120 gg	13		5	
	Universita' Castrense	120 gg	41		7	
ASS6	AOSMA Pordenone Tc Osteoarticolare	120 gg	29	29	28	28
	AOSMA Pordenone Tc AddomeTorace Capo-Collo	120 gg				
	AOSMA Pordenone Tc Oncologia	120 gg				
	IRCCS CRO Oncologiche	120 gg	30	30	30	30
	OC S.Vito	120 gg	47	47	36	36
	OC Spilimbergo	120 gg	32	32	16	16
	CdC S.Giorgio ASS6	120 gg	15	15	23	23
	CdC S.Giorgio altre Aziende	120 gg	15	15	3	3
	Centro Medico Esperia	120 gg				

ASS 5 : per tutte le "prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, le disfunzioni, la disabilità" (priorità di "classe A" – DGR 3234), sono stati istituiti i seguenti percorsi: 1. Se sono già presenti agende di prenotazione informatizzate dedicate, si effettua normalmente la prenotazione (Cardiologia, Ecodoppler). In caso di esaurimento dei posti disponibili si applica il percorso : 2. Il paziente viene indirizzato direttamente all'unità/servizio che eroga la prestazione per la gestione del caso da parte dei Medici Specialisti.

Prestazioni prenotate in agende riservate alla Priorità B (Breve)

tempo massimo di attesa 10 gg.

		Linee 2010 - L. 7/2009	RM CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO SENZA E CON MDC (88.91.1 - 88.91.2)		RM CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO SENZA E CON MDC (88.91.1 - 88.91.2)	
		tempo massimo di attesa	Data rilevamento tempi: 1 aprile 2010		Data rilevamento tempi: 1 aprile 2009	
ASS1	Ospedale Cattinara	10 gg	*	*	*	*
	Ospedale Maggiore	10 gg	*	*	*	*
ASS2	Ospedale Gorizia	10 gg	10	10	10	10
	Ospedale Monfalcone	10 gg	10	10	5	5
ASS3	OC Tolmezzo	10 gg	8	8	27	27
ASS4	AOUSMM Neuroradiologia	10 gg	*	*	*	*
	AOUSMM Radiodiagnostica	10 gg				
	AOUSMM Istituto di Radiologia	10 gg	*	*	*	*
	CdC Città di Udine	10 gg				
	OLOMED	10 gg				
ASS5		10 gg				
ASS6	AOSMA Pordenone	10 gg	5	5	15	15
	AOSMA Sacile	10 gg				
	IRCCS CRO oncologiche	10 gg	0	0	15	15
	IRCCS CRO neurologiche	10 gg	0	0	15	15

Non tutte le strutture eroganti sono organizzate per fornire prestazioni secondo classi differenziate di priorità; la maggior parte di quelle che lo fanno riservano una unica agenda di prenotazione prioritaria per tutte le diverse tipologie di Risonanza Magnetica .

AOUTS : Le prestazioni di Risonanza Magnetica prioritizzare vengono gestite telefonicamente tra i MMG e i medici Radiologi

IRCCS "BURLO": tutte le prestazioni vengono prenotate per la fascia d'età 0-18 direttamente presso la segreteria della radiologia e vengono garantite entro i tempi previsti.

AOUUD SOC Neuroradiologia : Nella tabella delle prestazioni Prioritarie, oltre ai dati riportati, vi sono per la RMN, sia per il segmento del Cervello e del Tronco Encefalico che per quello della Colonna, altre suddivisioni d'agenda per priorità, denominate pr1 con 39 gg/10 pz in attesa, pr2 con 91gg/28 pz in attesa, pr3 con 92 gg/49 pz di attesa

ASS 5 : per tutte le "prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, le disfunzione, la disabilità" (priorità di "classe A" – DGR 3234), sono stati istituiti i seguenti percorsi: 1. Se sono già presenti agende di prenotazione informatizzate dedicate, si effettua normalmente la prenotazione (Cardiologia, Ecodoppler). In caso di esaurimento dei posti disponibili si applica il percorso : 2. Il paziente viene indirizzato direttamente all'unità/servizio che eroga la prestazione per la gestione del caso da parte dei Medici Specialisti.

Prestazioni prenotate in agende riservate alla priorità P (Programmata) o in agende NON Prioritizzate tempo massimo di attesa 180 gg.

		Linee 2010 - L. 7/2009	RM CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO SENZA E CON MDC (88.91.1 - 88.91.2)		RM CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO SENZA E CON MDC (88.91.1 - 88.91.2)	
		tempo massimo di attesa	Data rilevamento tempi: 1 aprile 2010		Data rilevamento tempi: 1 aprile 2009	
ASS1	Ospedale Cattinara	120 gg	60	60	49	49
	Ospedale Maggiore	120 gg	61	61	24	24
	IRCCS Burlo	120 gg				
	CdC "Pineta del Carso"	120 gg				
	CdC "Salus"	120 gg	68	68		
	Catania dr. Luigi	120 gg				
	Ist. Radiologico Gortan	120 gg				
	Studio Radiologico Zucconi	120 gg				
ASS2	Ospedale Gorizia	120 gg	60	60	55	42
	Ospedale Monfalcone	120 gg	26	26	48	48
	Salus S.R.L. Monfalcone	120 gg				
	Poliambulatorio Specialistico S.Eufemia Grado	120 gg			20	
ASS3	OC Tolmezzo	120 gg	33	33	218	218
ASS4	AOUSMM Neuroradiologia	120 gg	449	449	341	341
	AOUSMM Radiodiagnostica	120 gg				
	AOUSMM Istituto di Radiologia	120 gg	6	6	44	44
	Ospedale S.Daniele	120 gg	sospesa		98	98
	CdC Città di Udine	120 gg	sospesa		63	125
	Ist. Friuli Coram ag locale spazi ssn	120 gg				
	Ist. Friuli Coram ag. CUP	120 gg				
	Ist. Radiol. Diagn.	120 gg	80	85	30	30
	Olomed	120 gg	78	78	47	47
	Sanirad	120 gg	sospesa			
ASS5	Radiologia Cervignanesse	120 gg				
	Universita' Castrense	120 gg		64		21
ASS6	AOSMA Pordenone	120 gg	48-53-118	48-53-118	35-40-NR	35-40-NR
	AOSMA Sacile	120 gg				
	IRCCS CRO oncologiche	120 gg	30	30	30	30
	IRCCS CRO neurologiche	120 gg	30	30	30	30
	OC S.Vito	120 gg	97	97	161	161
	CdC S.Giorgio ASS6	120 gg	120	120	128	128
	CdC S.Giorgio altre Aziende	120 gg	35	35	11	11
	Centro Medico Esperia	120 gg	69		13	
	Diagnostica 53	120 gg				
	Sanisystem	120 gg				

Prestazioni prenotate in agende riservate alla Priorità B (Breve)

tempo massimo di attesa 10 gg.

		Linee 2010 - L. 7/2009	RM ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO CON E SENZA MDC (88.95.4 - 88.95.5)		RM ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO CON E SENZA MDC (88.95.4 - 88.95.5)	
		tempo massimo di attesa	Data rilevamento tempi: 1 aprile 2010		Data rilevamento tempi: 1 aprile 2009	
ASS1	Ospedale Cattinara	10 gg	*	*	*	*
	Ospedale Maggiore	10 gg	*	*	*	*
ASS2	Ospedale Gorizia	10 gg	10	10	10	10
	Ospedale Monfalcone	10 gg	10	10	5	5
ASS3	OC Tolmezzo	10 gg	8	8	27	27
ASS4	AOUSMM Neuroradiologia	10 gg				
	AOUSMM Radiodiagnostica	10 gg	*	*	*	*
	AOUSMM Istituto di Radiologia	10 gg	*	*	*	*
	Ospedale S.Daniele	10 gg				
	CdC Città di Udine	10 gg				
	OLOMED	10 gg				
ASS5		10 gg				
ASS6	AOSMA Pordenone	10 gg	5	5	15	15
	AOSMA Sacile	10 gg				
	IRCCS CRO oncologiche	10 gg	0	0	15	15
	IRCCS CRO neurologiche	10 gg	0	0	15	15

Non tutte le strutture eroganti sono organizzate per fornire prestazioni secondo classi differenziate di priorità; la maggior parte di quelle che lo fanno riservano una unica agenda di prenotazione prioritaria per tutte le diverse tipologie di Risonanza Magnetica .

AOUTS : Le prestazioni di Risonanza Magnetica prioritizzare vengono gestite telefonicamente tra i MMG e i medici Radiologi

IRCCS "BURLO": tutte le prestazioni vengono prenotate per la fascia d'età 0-18 direttamente presso la segreteria della radiologia e vengono garantite entro i tempi previsti.

ASS 5 : per tutte le "prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, le disfunzione, la disabilità" (priorità di "classe A" – DGR 3234), sono stati istituiti i seguenti percorsi: 1. Se sono già presenti agende di prenotazione informatizzate dedicate, si effettua normalmente la prenotazione (Cardiologia, Ecodoppler). In caso di esaurimento dei posti disponibili si applica il percorso : 2. Il paziente viene indirizzato direttamente all'unità/servizio che eroga la prestazione per la gestione del caso da parte dei Medici Specialisti.

Prestazioni prenotate in agende riservate alla priorità P (Programmata) o in agende NON Prioritarizzate
tempo massimo di attesa 180 gg.

		Linee 2010 - L. 7/2009	RM ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO CON E SENZA MDC (88.95.4 - 88.95.5)		RM ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO CON E SENZA MDC (88.95.4 - 88.95.5)	
		tempo massimo di attesa	Data rilevamento tempi: 1 aprile 2010		Data rilevamento tempi: 1 aprile 2009	
ASS1	Ospedale Cattinara	120 gg	45	45	42	42
	Ospedale Maggiore	120 gg	61	61	24	24
	IRCCS Burlo	120 gg				
	CdC "Pineta del Carso"	120 gg				
	CdC "Salus"	120 gg				
	Catania dr. Luigi	120 gg				
	Ist. Radiologico Gortan	120 gg				
	Studio Radiologico Zucconi	120 gg				
ASS2	Ospedale Gorizia	120 gg	60	60	55	42
	Ospedale Monfalcone	120 gg	26	26	20	20
	Salus S.R.L. Monfalcone	120 gg				
	Poliambulatorio Specialistico S.Eufemia Grado	120 gg			20	
ASS3	OC Tolmezzo	120 gg	33	33	218	218
ASS4	AOUSMM Neuroradiologia	120 gg				
	AOUSMM Radiodiagnostica	120 gg	11	11	20	20
	AOUSMM Istituto di Radiologia	120 gg	118	118	21	21
	Ospedale S.Daniele	120 gg				
	CdC Città di Udine	120 gg				
	Ist. Friuli Coram ag locale spazi ssn	120 gg				
	Ist. Friuli Coram ag. CUP	120 gg				
	Ist. Radiol. Diagn.	120 gg				
	Olomed	120 gg				
	Sanirad	120 gg				
	Radiologia Cervignanese	120 gg				
ASS5	Universita' Castrense	120 gg		64		21
ASS6	AOSMA Pordenone	120 gg	49	49	29	29
	AOSMA Sacile	120 gg				
	IRCCS CRO oncologiche	120 gg	30	30	30	30
	IRCCS CRO neurologiche	120 gg	30	30	30	30
	OC S.Vito	120 gg			161	161
	CdC S.Giorgio ASS6	120 gg				
	CdC S.Giorgio altre Aziende	120 gg				
	Centro Medico Esperia	120 gg				
	Diagnostica 53	120 gg				
	Sanisystem	120 gg				

Le attività di monitoraggio dei tempi d'attesa in FVG

Le attività sviluppate nel corso degli ultimi anni per il monitoraggio dei tempi di attesa sono principalmente distinguibili in due filoni: il primo più oggettivo rappresentato dal monitoraggio istituzionale e dalla valutazione periodica di specifici requisiti previsti dall'Accreditamento istituzionale e d'eccellenza, il secondo che pone maggiormente l'attenzione nei confronti delle aspettative e della percezione del cittadino consentendo in tal modo una visione globale del tema.

Questa seconda modalità comprende l'attività di gestione ed analisi del reclamo attraverso schede informatizzate comuni in Regione e l'effettuazione di visite di audit civico presso le Aziende Sanitarie.

SCHEDA INFORMATIZZATA GESTIONE RECLAMO

Nel corso del 2009 è stata effettuata con gli operatori degli URP della Regione una ricognizione delle esperienze aziendali in merito alla raccolta delle segnalazioni ed è stata concordata una comune metodologia di gestione delle segnalazioni stesse. Ciò ha consentito di predisporre e diffondere in tutte le Aziende Regionali un apposito gestionale per l'immissione e l'analisi dei reclami.

Le Aziende (l'AOPN solo parzialmente) hanno implementato il gestionale di INSIEL della "scheda reclami" durante il 2009. Nei mesi di maggio e giugno 2010 è stato organizzato un corso di Business Object per consentire agli operatori degli URP di produrre autonomamente report avanzati.

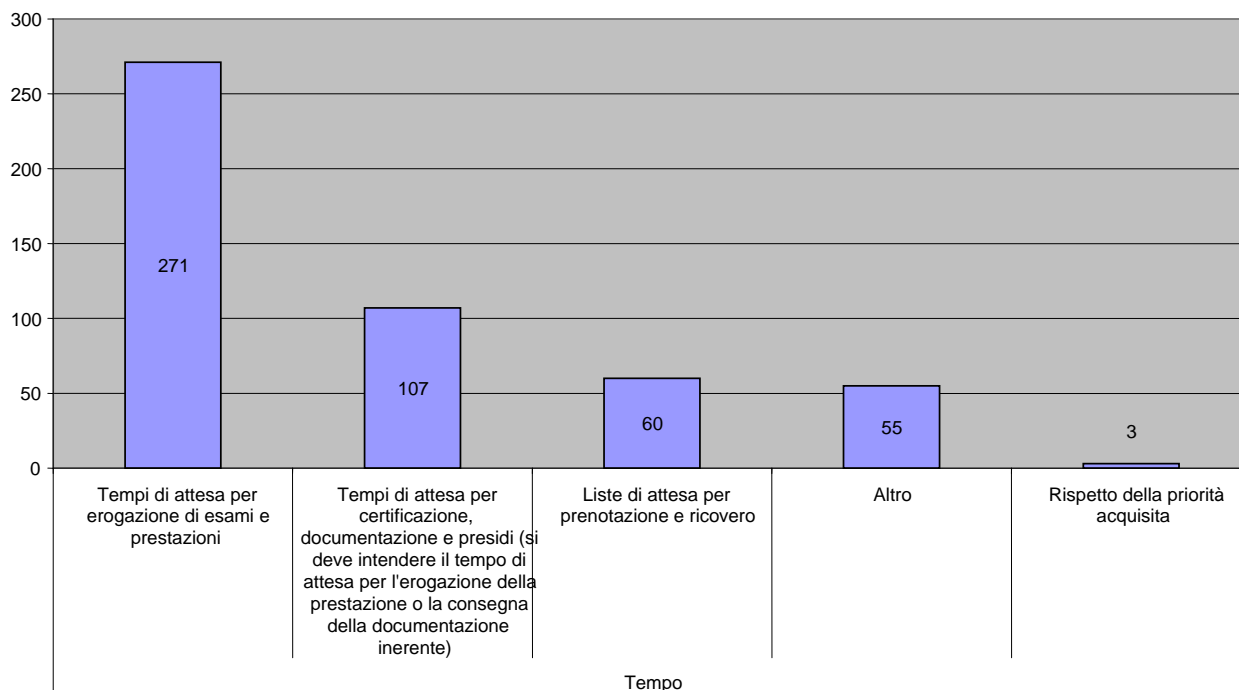
Con tale sistema è possibile estrapolare le segnalazioni aventi come macroclassificazione il "Tempo" che per l'anno 2009 sono state 496 su un totale di 3073.

Tab. 1: Descrizione motivo della segnalazione per Azienda aa.2009

Totale	409	312	178	232	259	481	1	817	15	24	186	105	54	3073	
Descrizione Contenuto Macro	ASS1	ASS2	ASS3	ASS4	ASS5	ASS6	Azienda ND	AOUD	AOPN	CRO	Burlo G	AOUTS	Cattinara	Maggio	Totale
Aspetti alberghieri	3	15	3	1	2	11		19	2		10	8	3	77	
Aspetti burocratico-amministrativi	59	96	14	60	34	182		132	1		21	20	14	633	
Aspetti relazionali	78	59	55	44	27	33		62	2		15	12	2	389	
Aspetti tecnico-professionali	166	49	50	73	38	65		100	1		19	22	4	587	
Informazioni	32	14	13	8	11	5		46	2		3	8	5	147	
Nessun contenuto dichiarato	18	21	1	7	24	23	1	111	3	24	38	6	4	281	
Richieste improprie o non evadibili	1	1		8	1			1			9	2		23	
Strutture e logistica	8	20	8	3	9	2		24	2		22	9	9	116	
Tempo	32	19	13	23	60	21		268			34	15	11	496	
Umanizzazione	5	6	18		5	4		27	2			2	2	71	
(vuoto)	7	12	3	5	48	135		27			15	1		253	

Nel grafico sottostante è riportato il dettaglio della tipologia sulla macroarea “tempo”.

Grafico 1 : Dettaglio segnalazioni Tempo (Tot. 496)

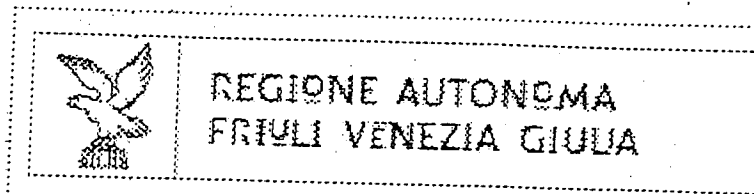


AUDIT CIVICO

La criticità delle liste d'attesa è emersa nel report 2007-2008 dell'audit civico il quale analizzava nel dettaglio il fattore “Accesso alle prestazioni sanitarie” a livello di assistenza ospedaliera e distrettuale. Gli indicatori utilizzati per la valutazione ospedaliera sono stati: prestazioni con prenotazione sospesa negli ultimi 30gg, tempi d'attesa per esami diagnostici e percorsi per l'accesso differenziato in rapporto alla gravità e all'urgenza, definizione di un tempo limite di attesa per esami/cure prescritti da un medico dell'ospedale. Quelli relativi alle cure primarie di distretto sono stati: prestazioni con prenotazione sospesa negli ultimi 30gg, tempi d'attesa per esami diagnostici e percorsi per l'accesso differenziato in rapporto alla gravità e all'urgenza.

Il secondo ciclo dell'audit civico 2009-2010 si è concluso ed i risultati non sono stati ancora pubblicati. Le visite di audit sono state condotte da specifiche équipes costituite da volontari ed operatori sanitari che presso i CUP hanno rilevato i tempi d'attesa per particolari interventi chirurgici e procedure (cataratta, protesi d'anca, coronarografia, tumore della mammella, tumore colon retto, tumore della prostata). Sono stati inoltre valutati i tempi di attesa relativi ad alcune prestazioni diagnostiche e visite specialistiche e gli stessi sono stati confrontati con quanto dichiarato dall'azienda sanitaria (TAC addome compato con o senza contrasto, risonanza magnetica cervello e tronco encefalico, spirometria, ecocolordoppler cardiaca, ecografia ginecologica, visita specialistica neurologica, visita specialistica oculistica, visita specialistica urologica).

**ALLEGATI A RELAZIONE ai sensi art.15
della L.R. n.7 dd. 6.4.2009
"Clausola valutativa"**



delibere

risultati della ricerca :

16.02.2007

direzione centrale salute e protezione sociale

piano regionale attuativo del piano nazionale di contenimento dei tempi d'attesa per il triennio 2006-2008 adeguamento alla linea guida del comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei lea.

numero delibera: 288

testo integrale della delibera >

1 di 1



DGR 288 dd. 16.2.2007

Premesso che, con deliberazione giuntales 30 giugno 2006, n. 1509, recante "Piano regionale attuativo del piano nazionale di contenimento dei tempi d'attesa per il triennio 2006-2008 - approvazione" è stato:

- approvato, per quanto esposto in premessa al medesimo atto, il "Piano regionale attuativo del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa 2006 - 2008", coerentemente agli atti di programmazione regionale adottati ed ai contenuti del "Piano nazionale di contenimento delle liste di attesa per il triennio 2006-2008", di cui all'allegato sub A del provvedimento 28 marzo 2006, n. 2555 emanato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano;
- incaricata la Direzione centrale salute e protezione sociale, in attuazione della Intesa tra il Governo, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, del 28 marzo 2006, di trasmettere il surrichiamato Piano regionale al Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;

Richiamato il provvedimento 28 marzo 2006, n. 2555 emanato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, con il quale è stata sancita l'intesa, tra il Governo, le regioni e le province autonome nominate, sul Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008 ed in particolare il punto n. 8, comma 2, in base al quale il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), dopo la trasmissione, da parte delle regioni, dei Piani regionali attuativi del Piano nazionale, "predispone una linea guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali, che tiene conto di quanto il piano regionale è coerente con il Piano nazionale sulla base delle linee guida del Comitato";

Preso atto della nota, prot. n. 28107/dgprog/21/P.1°, del 22 dicembre 2006, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso il documento "Linea guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali sui tempi d'attesa", adottato, nella seduta del 15 dicembre 2006, dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), come stabilito dal punto 8, comma 2, del provvedimento 28 marzo 2006, n. 2555, cit.;

Rilevata, pertanto, la necessità di modificare la D.G.R. 1509/2006, cit., tenuto conto delle indicazioni fornite nel surrichiamato documento-guida;

Preso atto che, con nota, prot. n. 480, del 5 febbraio 2007 l'Agenzia regionale della sanità ha elaborato il nuovo Piano regionale attuativo del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa 2006 - 2008, tenuto conto delle indicazioni espresse, nel surrichiamato documento "Linea guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali sui tempi d'attesa", dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) (Allegato n. 1);

Accertato che il Piano regionale in argomento raccoglie ed integra le precedenti normative regionali in tema di tempi di attesa ed è altresì coerente con la programmazione sanitaria regionale, come risultante dalle:

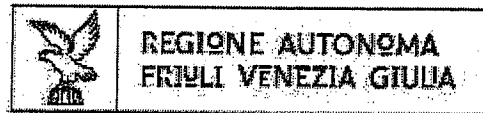
- D.G.R. 12 dicembre 2006, n. 3163, concernente "LR 49/1996, art. 12: linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale nel 2007";
- D.G.R. 24 novembre 2006, n. 2843, recante "L.R. 23/2004, art. 8: approvazione in via definitiva del piano sanitario e sociosanitario regionale";

La Giunta regionale, su proposta dell'Assessore alla salute e alla protezione

sociale, all'unanimità

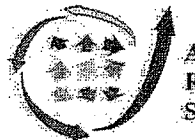
Delibera

1. Si approva il "Piano regionale attuativo del piano nazionale di contenimento dei tempi d'attesa per il triennio 2006-2008", di cui all'Allegato n. 1, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.
2. Il "Piano regionale attuativo del piano nazionale di contenimento dei tempi d'attesa per il triennio 2006-2008", approvato sub 1 sostituisce il Piano di cui alla deliberazione giuntales 30 giugno 2006, n. 1509.
3. Si incarica la Direzione centrale salute e protezione sociale, in attuazione della Intesa tra il Governo, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano del 28 marzo 2006, di trasmettere il Piano regionale, di cui sub 1, al Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui all'articolo 9, della citata intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.



Servizio Sanitario Regionale

AGENZIA REGIONALE DELLA SANITA'



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) e delle indicazioni del "Documento di linee guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali di contenimento

dei tempi di attesa, approvato dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza il 22 Dicembre 2006.

Febbraio 2007

Indice

- Contenuti del piano
- Attività svolte in regione
- OBIETTIVI E AZIONI DEL PIANO REGIONALE
 1. governo della domanda
 2. ruolo di CITTADINANZAATTIVA e della associazioni dei consumatori
 3. razionalizzazione dell'offerta
 4. CUP e
 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 aggiorna i contenuti della DGR 1509 del 30 Giugno 2006 sulla base delle indicazioni del "Documento di linee guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali di contenimento dei tempi di attesa, approvato dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza il 22 Dicembre 2006".

Nella DGR 1509 / 2006 era infatti previsto che il Piano sarebbe stato rivisto sulla base delle indicazioni del Comitato LEA.

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.
- definisce i tempi massimi di attesa per le prestazioni previste.
- si riferisce al periodo temporale 2006-2008.
- definisce compiti e ruoli dell'Agenzia Regionale della Sanità, delle Aziende ospedaliere e ospedaliero-universitarie, delle Aziende Sanitarie e degli IRCCS.

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 (Linee per la Gestione del Sistema Sanitario Regionale nel 2005).

La scelta dei tempi massimi 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. 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)."

Sono esclusi dal computo dei tempi di attesa i controlli programmati in particolare quelli relativi a patologie croniche.

Il Piano considera i seguenti tempi di attesa:

- il tempo che trascorre tra la prenotazione e la data fissata per l'appuntamento;
- il tempo che trascorre tra la prenotazione e l'effettiva erogazione della prestazione;
- il tempo che trascorre tra l'esecuzione dell'esame e la messa a disposizione del referto;
- il tempo che trascorre tra l'indicazione ad un esame e/o di un intervento terapeutico e l'effettuazione dell'intervento all'interno di un "pacchetto di cura".

Definizione dei sistemi di monitoraggio

Obiettivo del monitoraggio è la verifica nel corso del tempo del rispetto dei parametri previsti e l'identificazione tempestiva di eventuali punti critici.

Il monitoraggio viene svolto in regione secondo le seguenti modalità:

- trimestralmente sono rilevati i tempi di attesa delle principali attività ambulatoriali e di ricovero programmato; la rilevazione distingue tra prestazioni prioritarie e non prioritarie;
- con cadenza trimestrale viene monitorata la percentuale di prestazioni ambulatoriali che vengono erogate a 30 , 60 , 90 e 180 gg. dalla prenotazione;

- la Regione partecipa alla rilevazione nazionale coordinata dal Ministero della salute e dall'ASSR secondo le modalità di volta in volta definite;
- è attivato il monitoraggio delle prestazioni erogate in libera professione;
- sono stati attivati 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

E' obiettivo regionale dare massima trasparenza a tutte le informazioni raccolte.

Tutti i dati raccolti e i documenti prodotti sono pubblicati nel sito www.sanita.fvg.it.

Dopo ogni report viene convocato il tavolo CITTADINANZAATTIVA - 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 : 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 CITTADINANZAATTIVA regionale 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 (ad esempio: screening oncologici, CUP);
- la valutazione "dalla parte del cittadino" di linee guida o protocolli regionali.

Su indicazione del Piano sanitario e socio sanitario 2006-2008 (DGR 2843 del 24 novembre 2006) e delle Linee di gestione 2007 (DGR 3613 del 22 dicembre 2006) l'ARS ha attivato il processo di valutazione del sistema sanitario da parte dei cittadini con la metodologia dell'audit civico attraverso il coinvolgimento della direzione nazionale di CITTADINANZAATTIVA e delle associazioni di volontariato regionali.

Chiusura delle agende

L'Agenzia Regionale della Sanità ha emanato 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.

Tale direttiva è stata inclusa nella DGR 1509 del 30 giugno 2006 e nel PSSR DGR 2843 del 24 novembre 2006.

Medici di medicina generale

L'Accordo integrativo regionale siglato in data 15 dicembre 2005 (DGR 269 del 20 febbraio 2006) 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 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste, ASS 1, i privati accreditati e IRCCS Burlo;
- Area Isontina, che comprende l'ASS 2;
- Alto Friuli che comprende l'ASS 3;
- Basso Friuli che comprende l'ASS 5;
- Pordenone e Udine che comprende l'ASS 4, l'ASS 6, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine, l'Azienda Ospedaliera di Pordenone, l'IRCCS CRO di Aviano.

Screening oncologici

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

E' previsto per il 2007 l'avvio dello screening dei tumori del colon-retto.

Politiche del personale

Nel corso degli anni sono stati sottoscritti numerosi accordi regionali finalizzati alla riduzione dei tempi di attesa e all'incremento delle 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 e delle indicazioni del "Documento di linee guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali di contenimento dei tempi di attesa, approvato dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza il 22 Dicembre 2006".

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 :

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

Azioni e attività previste:

- definizione e messa a regime di un sistema di reportistica sulle prestazioni richieste condivisa e comune per MMG, PLS e specialisti ambulatoriali e ospedalieri coordinata dall'ARS;
- attivazione di un sistema regionale di prescrizione secondo criteri di priorità. Sarà esteso all'intera regione il sistema di prenotazione secondo criteri di priorità coerentemente con le classi di priorità contenute nel ricettario regionale e sulla base di quanto contenuto nella DGR 3234 del 29.11.2004;
- applicazione dei contenuti dell'Accordo Integrativo Regionale della Medicina Generale del 15 dicembre 2005 (DRG 269 del 20 febbraio 2006);
- applicazione di quanto contenuto nell'accordo regionale di istituzione dell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (DGR 1007 del 6 maggio 2005);
- definizione e condivisione di criteri di accesso e follow-up appropriato attraverso la definizione di Consensus regionali su specifiche patologie elaborati dalle società scientifiche regionali;
- 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;
- la strutturazione delle agende dell'attività istituzionale deve favorire, nel caso di visite ripetute e follow-up, la possibilità del cittadino di essere seguito dallo stesso medico;
- è prevista una campagna informativa alla popolazione sull'uso appropriato degli esami, delle procedure diagnostiche e delle visite specialistiche. La campagna sarà progettata in accordo con le associazioni dei consumatori e dei pazienti.

Le attività di valenza regionale saranno coordinate dall'ARS che ne ha la responsabilità.

2 - Ruolo di CITTADINANZAATTIVA e delle associazioni dei consumatori

La Regione Friuli Venezia Giulia ha posto tra i propri obiettivi la partecipazione dei cittadini alla valutazione e alla misurazione della performance del SSR e la trasparenza delle informazioni (DGR 2843 del 2 novembre 2006).

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.

CITTADINANZAATTIVA e ARS hanno stipulato un'intesa su diversi argomenti ivi inclusi i tempi di attesa.

Il presente piano conferma i contenuti, gli obiettivi e le azioni del protocollo d'intesa CITTADINANZAATTIVA e ARS.

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. Il tavolo sarà coordinato dall'Agenzia Regionale della Sanità.

Nel 2007 è previsto, secondo l'indicazione della DGR 3163 del 22 dicembre 2006, l'avvio dell'Audit Civico.

3 - Razionalizzazione dell'offerta

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

Obiettivi:

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

Azioni previste :

- messa a regime di un sistema regionale di monitoraggio, benchmarking e azioni di miglioramento dell'uso delle apparecchiature diagnostiche importanti;
- incremento dei volumi di offerta ove le situazioni siano critiche;
- programmazione per Area Vasta della distribuzione di apparecchiature e di prestazioni sulla base di accessibilità ed equità.

4 - CUP e call center

L'ARS ha elaborato 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 lo studio per la realizzazione di un Centro di Prenotazione Unico (CUP) e di 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.

Obiettivi :

- **semplificare l'accesso alle prestazioni per i cittadini e per i MMG/PLS;**
- **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 sono descritti di seguito, in particolare sono in corso di realizzazione:

- la messa in comune dei dizionari e delle codifiche che parametrizzano il nuovo sistema al fine di uniformare le modalità di prescrizione e di prenotazione da parte dei MMG/PLS;
- la definizione di regole condivise di accesso alla prestazione, con istruzioni uguali per i pazienti, indipendentemente dall'Azienda di appartenenza.

Le regole di gestione delle prenotazioni sono già state codificate nelle Linee annuali di gestione del SSR degli ultimi anni e le modalità e i tempi della loro implementazione vengono regolarmente monitorati, così come le eventuali proposte di modifica da apportare al sistema.

Il CUP/CALL-CENTER regionale si configurerà come servizio con personale adeguatamente e specificamente formato al ruolo: si svilupperà inizialmente all'interno del SSR; sono altresì da prevedere forme di gestione esternalizzata del servizio, finalizzate a garantire flessibilità nella gestione e nel turnover del personale.

Nell'ipotesi di assegnazione del servizio a società esterne, sarà compito del CSC assumere il ruolo di gestore dell'intero processo di fornitura (definizione del bando di gara, assegnazione della commessa, responsabilità della gestione operativa).

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 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 nazionali e 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 comma 7.**

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".

Tali attività condizionano l'erogazione della quota di compenso variabile per il membro di diritto e della quota degli obiettivi dei membri eletti.

- Attuazione e 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 e 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 stati prodotti set di indicatori di performance intesi a misurare l'appropriatezza dei percorsi di cura di alcune patologie. Gli indicatori saranno messi a disposizione di ciascun distretto e UDMG da parte delle Aziende.

- Ruolo degli specialisti ospedalieri. Devono essere sviluppati, da parte delle Aziende, programmi di valutazione delle prescrizioni degli specialisti ospedalieri. I progetti riguarderanno i percorsi di cura delle patologie rilevanti e a maggior impatto e il monitoraggio delle prescrizioni.

6 - tempi di messa a disposizione dei risultati

Nel 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 :

- **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 refertazione in anatomia patologica e la conferma dell'obiettivo dell'80% di refertazioni entro 7 giorni;
- lo sviluppo e l'estensione del sistema di richiesta di esami e di trasmissione dei risultati per via telematica tra MMG/PLS ed erogatori; ciascuna ASS indicherà un piano di sviluppo e diffusione della comunicazione informatica tra SISR e MMG e PLS;
- la prosecuzione del monitoraggio dei tempi dei pacchetti di cura legati agli screening oncologici.

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 verso i cittadini dell'organizzazione e delle informazioni.

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, i volumi di attività libero-professionale di unità operativa 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, anche nel corso dell'anno, i volumi di cui al comma precedente.
- L'attività libero professionale è esercitata da chi svolge anche attività istituzionale con proporzioni e percentuali concordate all'interno dell'Unità operativa.
- Come già previsto dalla Linee di gestione del SSR del 2004 le agende di prenotazione della libera professione devono essere informatizzate ed inserite a CUP.
- Fatto salvo quanto previsto dalla Legge finanziaria 2005 (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. 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 tra loro coerenti.

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.

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 alcune Aziende.

Dizione della ricetta	Codice colore	Codice lettera	Tempi (piano nazionale)
U - urgente			
B - breve		A	10 gg.
D - differita		B	30 visite (con esclusione delle visite specialistiche di maggior impatto), 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 visite di maggior impatto e 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.

Le agende dei CUP/CALL-CENTER dovranno essere costruite in maniera da poter prenotare secondo criteri di priorità.

Le aziende attivano un sistema di monitoraggio per la verifica dell'applicazione corretta dei criteri di priorità e del rispetto dei tempi previsti.

Le aziende attivano sistemi di comunicazione diretta tra MMG/PLS e specialisti ospedalieri (es. numero verde) che permetta la discussione di singoli casi, degli esami necessari e dei criteri di priorità da assegnare.

Per l'esecuzione degli esami radiologici la Regione Friuli Venezia Giulia applica l'Accordo tra il Ministro della salute e le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento relativo alle "Linee guida per la diagnostica per immagini" del 28 ottobre 2004 per gli spetti relativi alla radioprotezione.

Percorsi diagnostici e percorsi terapeutici

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

Obiettivi :

- **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.**

Azioni / attività:

- definizione dei tempi complessivi e dei tempi di ciascuno 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, chemioterapia, biopsia della prostata, radioterapia, 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.

In caso di percorsi che coinvolgano più Aziende, le responsabilità sono suddivise in base all'appartenenza istituzionale degli erogatori coinvolti.

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 il sospetto diagnostico.

L'iter diagnostico dal momento del primo accesso dovrà concludersi entro 30 gg., salvo eccezioni legate alla complessità diagnostica della patologia indagata.

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

<i>Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)</i>	<i>Prestazione</i>	<i>Codice ICD9-CM</i>	<i>Codice Nomenclatore</i>	<i>Tempi massimi</i>
1	Visita oncologica		89.7	10
Radiologia				
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
Ecografia				
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
Esami Specialistici				
12	Colonscopia	45.23	45.23	10
13	Sigmoidoscopia con endoscopia 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 il sospetto diagnostico.

L'iter diagnostico dal momento del primo accesso dovrà concludersi entro 30 gg., salvo eccezioni legate alla complessità diagnostica della patologia indagata.

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

<i>Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)</i>	<i>Prestazione</i>	<i>Codice ICD9- CM</i>	<i>Codice Nomenclatore</i>	
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	10
28	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73	88.73.5	10
29	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77	88.77.2	10
Esami Specialistici				
30	Elettrocardiogramma	89.52	89.52	10
31	Elettrocardiogramma holter	89.50	89.50	10

C. Area Materno Infantile

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 il sospetto diagnostico.

L'iter diagnostico dal momento del primo accesso dovrà concludersi entro 30 gg., salvo eccezioni legate alla complessità diagnostica della patologia indagata.

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

<i>Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)</i>	<i>Prestazione</i>	<i>Codice ICD9- CM</i>	<i>Codice Nomenclatore</i>	<i>Tempi massimi</i>
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 tra le prestazioni previste 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 effettui la prescrizione di tutti i controlli previsti dall'allegato B del DM in un unico momento, evitando, in tale maniera, accessi ripetuti delle donne.

D. Area Geriatrica

L'intesa Stato – Regioni identifica un'area geriatrica ed esami ad essa afferenti.

La Regione Friuli Venezia Giulia ritiene che, per problemi di equità, i tempi di accesso agli esami elencati debbano essere riferiti all'intera popolazione, pur nella consapevolezza che oltre la metà (54%) delle prestazioni ambulatoriali è attualmente eseguita su popolazione ultrasessantacinquenne. Va inoltre rilevato che molti degli esami previsti vengono eseguiti per il controllo su patologie croniche e non come primo accesso.

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 il 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

<i>Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)</i>	<i>Prestazione</i>	<i>Codice ICD9- CM</i>	<i>Codice Nomenclatore</i>	<i>Tempi massimi</i>
41	Visita neurologica	89.7	89.13	30
TC con o senza contrasto				
42	Capo	87.03	87.03 – 87.03.1	60
43	Rachide e speco vertebrale	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 il 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

<i>Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)</i>	<i>Prestazione</i>	<i>Codice ICD9- CM</i>	<i>Codice Nomenclatore</i>	<i>Tempo massimo di attesa in giorni</i>
50	Visita dermatologica	89.7	89.7	60
51	Visita oculistica*	95.0	95.02	60
52	Visita otorinolaringoiatria	89.7	89.7	60
53	Visita ortopedica	89.7	89.7	60
54	Visita urologia	89.7	89.7	60

*Sono escluse le prestazioni limitate alla visita per prescrizione lenti

F. Prestazioni di ricovero e percorsi terapeutici

Oltre a quanto contenuto nei paragrafi precedenti, per le seguenti prestazioni si riconferma quanto già previsto nelle Linee di Gestione del Servizio sanitario regionale 2005.

<i>Prestazione</i>	<i>Tempo massimo di attesa in giorni</i>
Intervento chirurgico di asportazione di neoplasia maligna di colon, mammella, prostata e tumori di pertinenza urologia	30
Radioterapia	30
Chemioterapia	30

<i>Intervento</i>	<i>Codici</i>	<i>Tempo massimo di attesa</i>
Intervento di cataratta	DRG 39	180
Intervento di protesi d'anca	81.51; 81.52; 81.53;**	180

Semplificazione delle procedure di prescrizione e di refertazione

E' obiettivo regionale ridurre i tempi che il cittadino impiega attualmente per ottenere una prescrizione, prenotare, ricevere un referto, ottenere l'esenzione dal pagamento del ticket.

E' altresì obiettivo regionale ridurre il carico di lavoro di MMG/PLS e medici specialisti ospedalieri dedicato a svolgere pratiche non assistenziali.

Le azioni previste sono:

- il MMG e il PLS sono autorizzati a porre diagnosi di diabete e di ipertensione anche con danno d'organo ai fini della certificazione dell'esenzione ticket (DM 28 maggio 1999, n. 239), ciò anche in coerenza con il ruolo ad essi attribuito dal Piano regionale della prevenzione (DGR 2862 del 7 novembre 2005 e DGR 1177 del 1° giugno 2006) e dei relativi protocolli in esso contenuti;
- come previsto nel capitolo relativo all'informatizzazione sono sviluppate le reti di trasmissione di prescrizioni e di referti tra MMG/PLS e SISSR secondo i piani aziendali previsti nel presente Piano;
- gli specialisti ambulatoriali e ospedalieri prescrivono su ricettario regionale gli eventuali approfondimenti richiesti per la formulazione della diagnosi;
- i controlli previsti per eventuali follow-up sono prenotati direttamente all'atto della visita / prestazione precedente;
- la rete dei presidi e dei servizi garantisce vie preferenziali ai disabili per le prenotazioni e le prestazioni erogate.

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 all'erogazione, per uno dei motivi sopra accennati, dall'attività di prenotazione, che materialmente invece deve continuare a svolgersi.

Obiettivi :

- vietare qualsiasi sospensione delle prenotazioni;
- regolamentare le procedure da adottare in caso di sospensione dell'erogazione delle prestazioni dovute a causa di forza maggiore;
- proseguire il monitoraggio regionale sulla rilevazione di prestazioni 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. In caso di sospensione dell'erogazione le procedure saranno articolate su due possibili opzioni:

1. calcolare e assegnare i tempi di attesa in funzione della stima del tempo di interruzione dell'erogazione;
2. predisporre dei pre-appointamenti, ovvero indicare il periodo nel quale può essere erogata la prestazione. La data precisa sarà comunicata successivamente a carico dell'Azienda.

E' altresì consigliato spostare i pazienti su altre agende, ove esistano, che erogano la stessa prestazione in una sede geograficamente prossima per l'utenza.

- Le agende possono essere chiuse per fine attività (es. cessazione attività di uno specialista ambulatoriale) o nel caso esistano più agende per la stessa prestazione nella stessa sede.

- 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.

- 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 :

- a) la sospensione dell'attività di erogazione deve essere di responsabilità aziendale, non di iniziativa di un singolo erogatore o di un singolo professionista;

b) le sospensioni non possono avvenire senza l'approvazione del direttore sanitario di presidio o del 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 per le prestazioni sospese (es. preappuntamento)	
Eventuale sospensione dell'equivalente attività intramoenia	

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

- L'Azienda erogante si fa carico di informare della sospensione le altre Aziende della stessa Area Vasta al fine di evitare che più punti di erogazione della stessa prestazione siano sospesi contemporaneamente.

10 - monitoraggio e flusso informativo sui tempi di attesa

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

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.

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

E' fatta salva la possibilità da parte dell'ARS di svolgere indagini a campione per la verifica dei dati trasmessi dalle aziende.

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 la documentazione di riferimento.

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

La valutazione del rispetto dei tempi massimi avviene sulla base di:

- tempo alla prenotazione (rilevazioni a priori);

- percentuale di erogazione entro i tempi previsti (rilevazione a posteriori).

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.

12 – Definizione delle strutture nelle quali i tempi massimi sono garantiti, delle responsabilità delle Aziende e dell’Agenzia regionale della sanità

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

Le responsabilità delle Aziende sono così definite:

- Aziende per i Servizi sanitari: garantiscono volumi e tempi previsti nelle strutture di diretta pertinenza e negli accordi con gli erogatori privati; monitorano i tempi nel territorio di competenza; stipulano gli accordi con le altre aziende; applicano le indicazioni riguardanti i MMG e i PLS;
- le Aziende Ospedaliere, Ospedaliere – Universitarie e gli IRCCS sono responsabili del rispetto dei volumi e dei tempi per le prestazioni erogate, dei tempi degli interventi programmati e dei tempi della radioterapia, se di pertinenza.

Tutte le aziende sono responsabili dell’applicazione delle altre norme contenute nel presente Piano per quanto di pertinenza.

L’Agenzia regionale della sanità è responsabilizzata ad intervenire quando, in base ai risultati dei monitoraggi effettuati, emergono tempi di attesa critici per particolari prestazioni a basso rischio di inappropriatezza.

Gli interventi dell’Agenzia regionale della sanità potranno consistere in:

- valutazione del bisogno appropriato
- analisi dell’offerta a livello di area vasta o regionale
- determinazione del numero di pazienti in lista di attesa
- programmazione articolata e congiunta degli interventi necessari a superare le criticità evidenziate.

13 - Procedure del piano

Il presente piano viene inviato al Ministero della Salute e al Comitato LEA.

Entro 60 gg. dalla presente delibera 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 dell'attuazione del piano;
- coordinamento dei gruppi tecnici e produzione dei documenti e protocolli di valenza regionale;
- 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 prevede l'articolazione annuale degli obiettivi e delle attività.

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



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

delibere

risultati della ricerca :

09.09.2009

direzione centrale salute e protezione sociale

lr 49/1996 , art 22 - gestione del servizio sanitario regionale: modifica di alcuni atti di programmazione.

numero delibera: 2016

testo integrale della delibera >

1 di 1

VISTA la legge regionale 19 dicembre 1996, n. 49 (Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo del Servizio sanitario regionale e disposizioni urgenti per l'integrazione socio-sanitaria) ed, in particolare, per quanto qui rileva:

- l'articolo 22, comma 6, che stabilisce che, in sede di controllo periodico di gestione delle Aziende sanitarie regionali, l'Agenzia regionale della sanità effettua le variazioni al bilancio consolidato preventivo a seguito delle variazioni ai bilanci preventivi delle Aziende e, qualora la variazione comporti modifiche relative agli investimenti e al finanziamento complessivo regionale o ad entrambi, la trasmetta alla Giunta regionale entro trenta giorni dal ricevimento dei rendiconti trimestrali per la verifica di coerenza;
- l'articolo 49 che definisce le modalità di trasmissione ed istruzione degli atti soggetti a verifica, approvazione ed autorizzazione della Giunta regionale;

VISTO il decreto del Presidente della Regione 23 aprile 1999, n. 0127/Pres., con il quale è stato approvato il "Regolamento di contabilità generale delle aziende sanitarie e dell'Agenzia regionale della sanità", previsto dall'articolo 33 della L.R. n. 49/1996 testé citata;

RILEVATO che le surrichiamate disposizioni, inerenti alla programmazione, alla contabilità e al controllo del Servizio sanitario regionale, si applicano, ai sensi dell'articolo 46 della predetta L.R. n. 49/1996, anche agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico "Burlo Garofolo" di Trieste e "Centro di riferimento oncologico" di Aviano, i quali, in conformità, altresì, alle previsioni di cui all'art. 14, comma 6, della legge regionale 10 agosto 2006, n. 14, adottano la contabilità economico patrimoniale secondo le modalità e i criteri stabiliti dalla normativa vigente per le aziende sanitarie regionali;

RILEVATO, altresì, che le medesime disposizioni in materia di programmazione, contabilità e controllo vanno estese al Centro servizi condivisi ed all'Agenzia regionale della sanità, giuste, rispettivamente, le disposizioni della legge regionale 21 luglio 2004, n. 20 e della legge regionale 5 settembre 1995, n. 37, laddove si prevede che le attività dei suddetti enti sono disciplinate dalla normativa vigente per le Aziende sanitarie regionali;

RICHIAMATE, in relazione agli indirizzi di pianificazione e programmazione, le deliberazioni giuntali:

- n. 2364 dd. 13.11.2008, recante "L.R. 49/1996, art. 12 - linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2009: approvazione";
- n. 957 dd. 24.4.2009, recante "L.R. 49/1996, art. 20 - programmazione annuale 2009 del servizio sanitario regionale";

DATO ATTO che, in ottemperanza alle previsioni di cui al su citato articolo 22 della L.R. n. 49/1996, l'Agenzia regionale della sanità ha trasmesso alla Direzione centrale salute e protezione sociale, con nota prot. n. 3390 dd. 23.7.2009 (prot. arrivo DCSPS n. 14930 dd. 27.7.2009) la delibera n. 99 dd. 15.7.2009 avente ad oggetto "Approvazione del I rendiconto infrannuale 2009" e corredata dai seguenti allegati:

- Documento 1) Rendiconto economico infrannuale;
- Documento 2) Bilancio preventivo consolidato riclassificato;
- Documento 3) Proposte di modifiche degli atti di programmazione e dei bilanci preventivi aziendali (confluito nell'Allegato 1 al presente provvedimento);

RICHIAMATA la deliberazione giuntale del 27 agosto 2009, n. 1954 recante "L.R. 49/1996, art 22 - gestione del servizio sanitario regionale: rendiconto economico trimestrale del 30.03.2009", con la quale:

- è stato rinviato l'accertamento della coerenza della rendicontazione trimestrale con i contenuti della pianificazione regionale e con il quadro degli obiettivi, delle risorse e dei criteri di finanziamento relativi all'anno 2009 per le Aziende che prevedono una stima di chiusura dell'esercizio 2009 non in equilibrio, nonché è

stato preso atto, per le Aziende sanitarie che non presentano perdite, che l'andamento gestionale è coerente con i contenuti della pianificazione regionale e con il quadro degli obiettivi, delle risorse e dei criteri di finanziamento relativi all'anno 2009;

- è stata rinviata a successivo provvedimento l'approvazione delle proposte di modifica degli atti di programmazione e dei bilanci preventivi aziendali, come riportati nel suddetto Documento 3) allegato alla delibera ARS n. 99/2009 (riportato in Allegato 1);

RITENUTO, fermo restando quanto già disposto con l'atto di programmazione annuale del Servizio sanitario regionale di cui alla DGR n. 957 dd. 24 aprile 2009, di approvare le proposte di modifiche degli atti di programmazione e dei bilanci preventivi aziendali, come riportati nel suddetto Documento 3) allegato alla delibera ARS n. 99/2009 (in Allegato 1) e di adottare, contestualmente, le ulteriori prescrizioni per la gestione del Servizio sanitario regionale, come riportato nell'Allegato 2 "Modifiche della programmazione annuale ed ulteriori prescrizioni per la gestione del Servizio sanitario regionale nel 2009", che non comportano maggiori oneri per il bilancio regionale;

TUTTO CIO' PREMESSO, la Giunta Regionale, su proposta dell'Assessore regionale alla salute e protezione sociale, all'unanimità

DELIBERA

1. di prendere atto che, in ottemperanza alle previsioni di cui al su citato articolo 22 della L.R. n. 49/1996, l'Agenzia regionale della sanità ha trasmesso alla Direzione centrale salute e protezione sociale, con nota prot. n. 3390 dd. 23.7.2009 (prot. arrivo DCSPS n. 14930 dd. 27.7.2009) la delibera n. 99 dd. 15.7.2009 avente ad oggetto "Approvazione del I rendiconto infrannuale 2009", corredata dai seguenti allegati:

- Documento 1) Rendiconto economico infrannuale;
- Documento 2) Bilancio preventivo consolidato riclassificato;
- Documento 3) Proposte di modifiche degli atti di programmazione e dei bilanci preventivi aziendali (confluito nell'Allegato 1 al presente provvedimento);

2. di approvare, fermo restando quanto già disposto con l'atto di programmazione annuale del Servizio sanitario regionale di cui alla DGR n. 957 dd. 24 aprile 2009, le proposte di modifiche degli atti di programmazione e dei bilanci preventivi aziendali, come riportati nel suddetto Documento 3) allegato alla delibera ARS n. 99/2009 (in Allegato 1) e di adottare, contestualmente, le ulteriori prescrizioni per la gestione del Servizio sanitario regionale, come riportato nell'Allegato 2 "Modifiche della programmazione annuale ed ulteriori prescrizioni per la gestione del Servizio sanitario regionale nel 2009", che non comportano maggiori oneri per il bilancio regionale;

3. costituiscono parte integrante e sostanziale della presente deliberazione i seguenti documenti in allegato:

Allegato 1 "Proposte di modifiche degli atti di programmazione e dei bilanci preventivi aziendali";

Allegato 2 "Modifiche della programmazione annuale ed ulteriori prescrizioni per la gestione del Servizio sanitario regionale nel 2009".

Estratto da allegato a DGR 2016 dd.9.9.2009

DOCUMENTO 3.3

**PROGRAMMA ANNUALE 2009 DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
PER IL CONTENIMENTO DELLE LISTE D'ATTESA**

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

PROGRAMMA ANNUALE 2009 DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

**in attuazione del Programma annuale consolidato 2009
del Servizio Sanitario Regionale**

Indice:	Pag.
Premessa	1
Area Vasta Giuliano-Isontina	4
Area Vasta Udinese	15
Area Vasta Pordenonese	22

Premessa

Il "Programma annuale consolidato 2009 del Servizio sanitario regionale" approvato con DGR n. 957 del 24/4/2009, prevede che

"Rispetto alla problematica di contenimento dei tempi d'attesa, le aziende sanitarie aggiorneranno i propri piani di area vasta per il 2009, recependo gli sviluppi degli strumenti di governo implementati nel corso dell'ultimo triennio (criteri di priorità clinica, informatizzazione del percorso di cura del paziente,...) ed evidenziando le nuove criticità.

Il documento sarà trasmesso all'ARS entro il 31 marzo per la condivisione. I principali obiettivi dei piani saranno allegati al primo rendiconto trimestrale 2009.

Inoltre, nel 2009 proseguirà l'implementazione delle azioni di sistema previste dalla DGR 288/2007, ad esempio la messa a regime del sistema di separazione tra prime visite e controlli, introduzione del monitoraggio dei tempi di risposta degli esami di laboratorio".

Oltre a quanto riportato, sono stati approvati a livello regionale i seguenti ulteriori provvedimenti regionali sul tema del contenimento dei tempi di attesa:

- In data 1-4-2009 è stata pubblicata sul BUR della Regione Friuli Venezia Giulia la LR n. 7 del 26 marzo 2009 "Disposizioni in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio sanitario regionale", di cui parte delle prescrizioni ha effetto già a partire dal 2009.
- Giunta regionale, con la delibera di Generalità n. 1191 del 21 maggio 2009, ha preso atto di un programma di attuazione della L.R. n. 7/2009 nel corso dell'anno 2009.
In particolare la Giunta prende atto che
 - a - alcune disposizioni (art. 3, 4 e 12) devono essere contenute nelle Linee di gestione annuali
 - b - la Giunta deve intervenire con appositi atti su argomenti contenuti negli artt. 7, 11, 14, 19,
 - c - fin dal 2009 verranno applicate le disposizioni dell'art. 6 e dell'articolo 10,
 - d - nel 2009 sarà attuato quanto previsto dalla programmazione annuale e dalla DGR n. 288/07,
 - e - la DCSPS, con il supporto dell'ARS, predisporrà atti attuativi su quanto previsto dagli articoli 8, 9, 13, 14, 16, 17, 19.

Nel contempo l'Agenzia regionale della Sanità e le Aziende Sanitarie hanno dato attuazione a quanto previsto dal Programma consolidato regionale 2009.

In sede di Comitato di Regia, seduta del 30-3-2009, è stato concordato, vista la concomitanza dell'approvazione ma la non promulgazione della LR 7/09, di rinviare la scadenza per la presentazione della proposta di programma 2009 sui tempi di attesa al 15-4.

Le Aziende hanno presentato i programmi di Area Vasta con le seguenti tempistiche:

Area Vasta Pordenonese: nota del 14-4-2009

Area Vasta Giuliano Isontina con nota del 14-4-2009

Area Vasta Udinese con Decreto del Direttore generale dell'ASS n. 4 Medio Friuli n. 193 del 15-4-2009.

Nei giorni 18-5- con l'AV Udinese, 19-5 con l'AV Pordenonese e 21-5 con l'AV Giuliano Isontina, così come previsto dal Consolidato preventivo, si è svolta presso l'ARS la negoziazione dei contenuti dei documenti di area vasta presentati.

Successivamente, da parte delle Aziende sono stati trasmessi documenti integrativi o sostitutivi dei Programmi di Area Vasta, con nota del 8-6-2009, prot. n. 56619 dell'ASS n. 4 Medio Friuli per l'AV Udinese, con nota del 29-5-2009 prot. n. 41057 dell'ASS n. 6 Friuli Occidentale per l'AV Pordenonese e con nota del 16-6-2009, prot. n. 17034 dell'ASS n. 2, per l'AV Giuliano Isontina.

L'ARS ha poi provveduto a redigere il presente documento che è costituito, per ciascuna Area Vasta, da:

- A) Programmi annuale 2009 per i tempi di attesa
- B) Ripartizione tra le Aree Vaste delle risorse previste dall'articolo 22 della L.R. n. 7/2009.
- C) Individuazione degli obiettivi aziendali e risultati attesi della progettualità "Tempi di attesa" di cui all'art 6 della LR 7/09 e all'Allegato 6 del Consolidato preventivo 2009, approvato con DGR n. 957 del 24-4-2009, "Patto annuale tra regione e servizio sanitario regionale e modalità di valutazione dei risultati 2009".

Nella valutazione dei contenuti e degli obiettivi dei programmi e nelle correzioni apportate rispetto alle proposte delle Aziende, è stato tenuto conto dei seguenti elementi:

- le prestazioni oggetto di valutazione, i tempi massimi e le relative modalità di monitoraggio sono quelle elencate nella DGR 288/07;
- gli obiettivi ricalcano i temi e i punti critici sulla base delle indicazioni e degli argomenti contenuti nella stessa DGR.

In appendice al punto A) sono indicate le eventuali disposizioni correttive del documento presentato dalle Aree Vaste.

A seguito all'approvazione da parte della Giunta del presente programma, le Aziende di ciascuna Area Vasta dovranno formalizzare la modifica della propria progettualità annuale con particolare riguardo all'utilizzo delle risorse previste dall'articolo 22 della LR n. 7/09 come specificato ai punti B).

Altri obiettivi di rilevanza strategica

- ✓ Progressivo allineamento tra tempi di erogazione dell'attività in libera professione e attività istituzionale
- ✓ Prescrizione diretta da parte degli specialisti.

Area Vasta Giuliano Isontina

A) Programma annuale 2009 per i tempi di attesa

In conformità a quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale, con la finalità di ottimizzare le risorse disponibili, le Aziende sanitarie pubbliche dell'Area Vasta Giuliano - Isontina hanno predisposto il Piano Interaziendale per il contenimento dei tempi d'attesa per l'anno 2009 articolato secondo i criteri di seguito descritti:

1. Governo della domanda e revisione delle attività prescrittive;
2. Rapporti con le associazioni dei consumatori;
3. Razionalizzazione dell'offerta;
4. Garanzia dell'erogazione delle prestazioni nei tempi d'attesa previsti e organizzazione del loro monitoraggio;
5. Tenuta delle agende e procedure di prenotazione

1. Governo della domanda e revisione delle attività prescrittive

Si intende attuare il governo della domanda attraverso il coinvolgimento diretto dei prescrittori (MMG, PLS, specialisti ambulatoriali, del territorio e ospedalieri) con le seguenti azioni:

1.1 Adeguamento al sistema nazionale di prenotazione UBDP secondo i criteri di priorità clinica, valorizzando l'esperienza specifica già sviluppata dall'area giuliano isontina

Risultato atteso :

Adeguamento dei sistemi di prenotazione ai criteri nazionali (UBDP) secondo criteri di priorità clinica condivisi a livello regionale o locale per le seguenti attività specialistiche:

Attività specialistiche	Aziende interessate all'Obiettivo	Tempi
- ecografie addominali	tutte le Aziende dell' Area Vasta	entro il 30.09.09
- visite cardiologiche	ASS n° 1, ASS n° 2, IRCSS Burlo Garofolo(per l'attività 0-18 anni), Privati Accreditati	entro 60 gg dalla formalizzazione del documento regionale sui criteri di priorità
- visite di neuropsichiatria infantile	IRCSS Burlo Garofolo (N.B. - ASS 1 farà da tramite per rapporti con MMG e PLS)	entro il 31.12.09

1.2. Avviare il sistema di monitoraggio dei tempi di risposta degli esami di laboratorio presso l'IRCSS Burlo Garofolo, presso l'Azienda per i Servizi Sanitari n° 2 "Isontina" e presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti di Trieste":

Risultato atteso :

Adeguamento dei tempi di erogazione dei referti di laboratorio degli esami eseguiti agli standard dichiarati e/o pubblicati sul proprio sito internet nel rispetto di quanto previsto all'art. 4, comma 1 della L.R. n. 7 del 26 marzo 2009.

Aziende interessate all'Obiettivo	Tempi
ASS n° 2, IRCSS Burlo Garofolo, AOU TS	entro il 31.12.09

1.3. Implementazione presso l'ASS n° 1 "Triestina" della sperimentazione di agende di prenotazione nominative che consentano al cittadino di essere seguito dallo stesso specialista

Risultato atteso :

- Predisposizione e messa a regime delle agende informatiche nominative di Cardiologia nel Distretto 3 della ASS 1 che consentano lo sviluppo della continuità assistenziale specialistica.

Aziende interessate all'Obiettivo	Tempi
ASS n° 1	entro il 31.12.09 documento di verifica

1.4. Verifica delle prescrizioni per valutare l'adesione ai criteri di priorità condivisi tra i MMG e/o i PLS e i medici specialisti implementando attività di responsabilizzazione dei prescrittori (MMG, PLS e medici specialisti ambulatoriali ed ospedalieri).

Risultato atteso :

Verifica dell'appropriatezza prescrittiva con le metodiche dell'audit clinico e del confronto fra pari di:

Attività specialistiche	Aziende interessate all'Obiettivo	Tempi
A) visite cardiologiche	ASS n° 1, ASS n° 2 e Privati Accreditati	entro il 31.12.09 almeno 1 incontro di audit tra Direzione e specialisti (ASS e Privati) e UDMG
B) colonscopie	AOUTS, Privati Accreditati	Entro il 31.12.09 almeno 1 incontro di audit tra Direzione AOUTS, specialisti privati accreditati e UDMG
C) ecografie addominali	ASS n° 2	entro il 31.12.09 almeno 1 incontro di audit tra Direzione e specialisti ASS e UDMG
D) esami di laboratorio	IRCSS Burlo Garofolo	entro il 31.12.09 almeno 1 incontro di audit tra Direzione IRCSS BG e prescrittori

(N.B. - ASS n° 1 farà da tramite per rapporti con MMG e Privati Accreditati)

Metodologia delle verifiche:

Saranno analizzate a campione le prescrizioni relative alle tipologie di prestazioni da verificare.

La prima verifica di correttezza sarà effettuata da:

- specialisti del Centro Cardiovascolare (CCV) dell'ASS 1, delle SOC di Cardiologia dell'ASS 2 per la visita cardiologia
- specialisti della S.C. della Gastroenterologia dell'AOUTS e dai Privati Accreditati che eseguono Colonscopie, per le colonscopie
- Specialisti del Dipartimento di Diagnostica per immagini di ASS 2 per le ecografie addominali

I risultati della verifica saranno comunicati agli UDMG durante un incontro formale gestito secondo le tecniche dell'Audit.

I Medici delle UDMG saranno incaricati, se concordi con l'inappropriatezza della richiesta, di avviare l'istruttoria con i MMG prescrittori.

Per i PLS i dati della verifica verranno direttamente trasmessi ai prescrittori.

D) Per quanto riguarda le verifiche di correttezza degli esami di laboratorio, il CUP dell'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo segnalerà direttamente ai MMG ed ai PLS le inapproprietezze prescrittive, inviando copia delle prescrizioni non conformi.

2. Rapporti con le associazioni dei consumatori

Partecipare al Programma di Audit Civico nei tempi e nei modi previsti dal programma regionale, in collaborazione con Cittadinanza Attiva.

Risultato atteso :

Effettuazione e reportistica sull'audit civico

Attività specialistiche	Aziende interessate all'Obiettivo	Tempi
Audit civico	tutte le Aziende dell' Area Vasta	tempi e modi previsti dal programma regionale

3. Razionalizzazione dell'offerta

Si continuerà il processo di razionalizzazione, modifica e potenziamento dell'offerta in ragione dei dati sui tempi di attesa delle prestazioni critiche e appropriate per sviluppare le attività nelle quali i tempi di attesa rischiano di compromettere l'esito delle cure

Risultato atteso :

Le prestazioni erogate rispettano i tempi previsti dalla DGR 288/07

4. Garanzia dell'erogazione delle prestazioni nei tempi d'attesa previsti e organizzazione del loro monitoraggio.

4.1. Attività Ambulatoriale

Le azioni per garantire i tempi massimi di attesa previsti dalla Regione si riportano di seguito:

1. utilizzazione dei criteri di priorità condivisi a livello regionale o locale
2. agende CUP costruite sui criteri di priorità condivisi a livello regionale o locale, tra prescrittori ed erogatori;
3. rispetto dei tempi massimi individuati dal Piano regionale sui tempi di attesa. Nel caso di mancato rispetto avviare tutte le iniziative previste
4. acquisizione, ove possibile, di prestazioni presso altri erogatori pubblici e privati da parte delle Aziende per i Servizi Sanitari n° 1 e n° 2
5. monitoraggio delle agende chiuse e avvio di procedure per la riapertura delle agende
6. utilizzo degli eventuali finanziamenti aggiuntivi previsti dalla legge regionale n° 7 del 26 marzo 2009 la cui ripartizione è stata concordata dal tavolo di Area Vasta come riportato in Tabella 1
7. utilizzo delle risorse previste dalla DGR n° 1912 del 25 settembre 2008, e successive integrazioni, per l'adeguamento dei budget per prestazioni aggiuntive in favore dei soggetti erogatori privati
8. individuazione delle prestazioni critiche, sotto indicate, e stretto monitoraggio dei tempi d'attesa come indicato dalla DGR.288/07

Attività specialistiche	Aziende responsabili dell'Obiettivo	Tempi max (*)
Ecografia dell'addome - 88.74.1, 88.75.1, 88.76.1	ASS n° 1 e AOOTS	180 gg
Rm del cervello e del tronco encefalico, senza e con contrasto - 88.91.1 e 88.91.2 Rm del collo, senza e con contrasto - 88.91.7 Rm della colonna Rm dell'addome Rm del torace, senza e con contrasto - 88.92.1 Rm osteoarticolari Rm della mammella bilaterale - 88.92.8 Rm pelvi, prostata e vescica - 88.95.4, 88.95.5	tutte le Aziende dell'Area Vasta	180 gg
TC del capo, senza e con contrasto - 87.03. e 87.03.1 TC del collo - 87.03.7 TC dell'addome, senza e con contrasto - da 88.01.1 a 88.01.6 Tc del rachide - 88.38.1 e 88.38.2 TC del torace alta definizione - 87.41 e 87.41.1 TC del bacino - 88.38.5	tutte le Aziende dell'Area Vasta	180 gg
Mammografia - 87.37.1 - 87.37.2	ASS n° 2	180 gg
Ecografia della mammella - 88.73.2	AOOTS	180 gg
Rx del torace di routine - 87.44.1	AOOTS, ASS n° 2	60 gg
Rx tradizionali	ASS n° 2	60 gg
Visita ORL - 89.7	ASS n° 1	180 gg
Visita Dermatologica - 89.7	ASS n° 1 e ASS n° 2	180 gg
Visita Oculistica completa - 95.02	ASS n° 1 e ASS n° 2	180 gg
Visita Ortopedica - 89.7	ASS n° 1	60 gg
Visita Urologica - 89.7	AOOTS	60 gg
Visita Cardiologica - 89.7	ASS n° 1	180gg
Elettrocardiogramma Holter - 89.50	tutte le Aziende dell'Area Vasta	180 gg
Elettrocardiogramma - 89.52 Ecocardiografia a riposo - 88.72.11	ASS1, AOOTS, Burlo Garofolo	180 gg
Visita Ginecologica - 89.26	ASS n.1; Burlo Garofolo	30 gg
Chemioterapia	tutte le Aziende dell'Area Vasta	10 gg
Radioterapia	AOOTS	30 gg
Visita Oncologica - 89.7	tutte le Aziende dell'Area Vasta,	30gg
Colonscopia con endoscopio flessibile - 45.23 Esofagogastroduodenoscopia EGDS - da 45.13 a 45.16 Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile - 45.24	AOOTS, ASS n° 1	180 gg
Spirometria - 89.37.1 - 89.37.2	ASS n° 1	60 gg
Audiometria - 95.41.1	ASS n° 1 e AOOTS	60 gg

Attività specialistiche	Aziende responsabili dell'Obiettivo	Tempi max (*)
Visita neurologica – 89.13	ASS n° 1	30 gg
Visita Chirurgia vascolare – 89.7	AOUTS e ASS 2	30 gg
Ecocolordoppler dei tronchi – 88.73.5	ASS n° 1	180 gg
Ecocolordoppler dei vasi – 88.77.2		

(*) = si riferiscono agli esami non prioritizzati; i tempi massimi per ciascuna prestazione sono comunque quelli riferiti alla DGR 288/07

N.B.

L'indicazione "Tutte le Aziende di Area Vasta quali responsabili del raggiungimento dell'obiettivo" comporta che le Aziende si impegnano a garantire il rispetto dei tempi di attesa in almeno uno dei punti di erogazione, agendo sia sul più opportuno orientamento degli Assistiti, sia sul coordinamento dei rispettivi CUP Aziendali, sia, infine, sulla acquisizione di prestazioni da parte di altri erogatori pubblici o privati.

In particolare:

1. ASS n° 1 assicurerà il mantenimento dei Tempi d'attesa attraverso i punti di erogazione gestiti direttamente o attraverso convenzioni con i Privati Accreditati. Per il raggiungimento dell'obiettivo è sufficiente che il tempo di attesa sia rispettato in uno di questi punti.
2. ASS n° 2 assicurerà il rispetto dei tempi massimi presso le sedi di erogazione ospedaliere dei Presidi di Gorizia e Monfalcone. Per il raggiungimento dell'obiettivo è sufficiente il tempo di attesa sia rispettato in uno di questi punti.
3. La A.S.S. n° 1 e la A.S.S. n° 2, sentite AIOP e Federsalute, concordano di utilizzare i fondi destinati alle "vecchie" strutture accreditate di cui al DGR 1912/08 per il contenimento dei tempi di attesa nelle situazioni critiche sia nell'area ambulatoriale che in quella degli interventi chirurgici.
4. L'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo assicurerà il mantenimento dei tempi d'attesa definiti dalla normativa vigente in base al sistema UBDP delle prestazioni sotto indicate per pazienti di età <18; per le prestazioni ostetrico-ginecologiche il rispetto dei tempi di attesa, correlati al sistema UBDP, potrà essere riferito anche all'ambito di Area Vasta, previo specifico accordo interaziendale.

Attività specialistiche – diagnostica per immagini
Ecografia dell'addome - 88.74.1, 88.75.1, 88.76.1
Rm del cervello e del tronco encefalico, senza e con contrasto - 88.91.1 e 88.91.2
Rm del collo, senza e con contrasto - 88.91.7
Rm della colonna
Rm dell'addome
Rm del torace, senza e con contrasto - 88.92.1
Rm osteoarticolari
TC del capo, senza e con contrasto - 87.03. e 87.03.1
TC del collo - 87.03.7
TC dell'addome, senza e con contrasto – da 88.01.1 a 88.01.6
Tc del rachide - 88.38.1 e 88.38.2
TC del torace alta definizione - 87.41 e 87.41.1
TC del bacino – 88.38.5
Rx del torace di routine - 87.44.1
Rx tradizionali

Altre Attività specialistiche
Visita ORL – 89.7
Visita Dermatologica – 89.7
Visita Oculistica completa – 95.02
Visita Ortopedica – 89.7
Visita Cardiologica – 89.7
Chemioterapia
Visita Oncologica – 89.7
Spirometria- 89.37.1 – 89.37.2
Audiometria – 95.41.1

Si rappresenta però che al momento attuale le situazioni di particolare criticità appaiono quelle relative all'erogazione delle prestazioni non prioritarizzate di:

1. **Colonscopia:** che difficilmente si potrà sanare nell'anno in corso anche in ragione dell'avvio dello screening regionale del tumore del colon retto, avendo già AOUTS ed ASS 2 impegnato al massimo possibile gli operatori, le attrezzature e gli spazi disponibili.
2. **Visite Ortopediche:** per la carenza di professionisti disponibili nelle strutture pubbliche

4.2. Interventi Chirurgici

Le azioni per garantire i tempi di attesa previsti dalla Regione si riportano di seguito:

1. rispetto dei tempi individuati dal Piano regionale sui tempi di attesa (N.B. – Calcolato sulla base dei tempi medi). Nel caso di mancato rispetto avviare tutte le iniziative previste
2. Acquisizione, ove possibile, di prestazioni presso altri erogatori pubblici e privati da parte di ASS 1 e di ASS 2.
3. valutazione dei volumi prodotti in caso di non rispetto dei tempi d'attesa
4. i privati si rendono disponibili, in caso di superamento dei tempi d'attesa, a fronte di fondi aggiuntivi concordati con le ASS 1 e 2, ad incrementare l'attività chirurgica per le seguenti tipologie di intervento :
 - artroprotesi d'anca +40
 - cataratta +100
 - asportazione di neoplasia della mammella +25
 - asportazione di neoplasia della prostata +5
 - asportazione di neoplasia della vescica +5

Gli interventi chirurgici monitorati sono i seguenti:

Interventi Chirurgici	Aziende responsabili dell'Obiettivo	Tempi max
- Artroprotesi d'anca	AOUTS e ASS n° 1	180 gg
- Cataratta	ASS n° 2	180 gg
- Asportazione di neoplasia del colon retto	AOUTS e ASS n° 2	30 gg
- Asportazione di neoplasia della mammella	AOUTS, ASS n° 1 e ASS n°2	30 gg
- Asportazione di neoplasia della prostata	AOUTS e ASS n° 2	30 gg
- Asportazione di neoplasia del rene	AOUTS e ASS n° 2	30 gg
- Asportazione di neoplasia della vescica	AOUTS e ASS n° 2	30 gg

Al momento attuale le situazioni di particolare criticità appaiono quelle relative all'erogazione delle seguenti prestazioni e per i motivi indicati:

Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti di Trieste"

Artroprotesi d'anca: le sedute operatorie complessive di ortopedia sono al momento attuale 15 a settimana. Le protesi d'anca eseguite nel corso del 2008 sono state 396 (fonte dei dati: registro operatorio) nel corso del 1° quadrimestre 2009 n° 134 (fonte dei dati: registro operatorio). Il tempo d'attesa medio rilevato il 1° aprile 2009 è pari a 110 giorni. Se per motivi di bilancio si riducessero le sedute a 13 per settimana si avrebbe una riduzione di ben 112 protesi in totale con un risparmio di € 380.000 (costo medio unitario delle protesi = € 3.400) ma un innalzamento del tempo d'attesa oltre la soglia consentita di 180 gg.

Cataratta: le sedute operatorie complessive dedicate agli interventi di cataratta sono in totale 3 per settimana. Gli interventi totali eseguiti nel corso del 2008, sia in regime ambulatoriale che di degenza sono stati 1.356 (fonte dati. DRG 39 + cod.13.41). Nel 1° trimestre del 2009 sono stati eseguiti n° 307 (proiezione al 31.12.2009 pari a 1.228) di interventi complessivi di cataratta. Il tempo d'attesa medio rilevato il 1° aprile 2009 è pari a 58 gg. Se per motivi di bilancio si riducessero le sedute di un terzo per settimana si avrebbe una riduzione di ben 280 interventi in totale con un risparmio di € 84.000 (costo medio unitario delle lentine = € 300) ma un innalzamento del tempo d'attesa oltre i 180 gg.

Asportazione di neoplasia della prostata, del rene e della vescica: a causa dei lavori edili di riqualificazione del complesso operatorio dell'Ospedale di Cattinara le sedute operatorie assegnate alle attività di Urologia sono passate da 7 a 5 per settimana. Nel 1° trimestre del 2009 sono stati eseguiti n° 74 (proiezione al 31.12.2009 pari a 296) di interventi complessivi per asportazione di prostata, rene e vescica. Fino a quando non saranno conclusi i lavori di ristrutturazione non sarà possibile aumentare il numero delle sedute operatorie di urologia.

Si rappresenta, inoltre, sia per AOUTS che per ASS 2, che per ridurre i tempi d'attesa degli interventi chirurgici per neoplasie di rene, vescica e prostata non è possibile acquistare tutte le prestazioni necessarie ad abbattere i tempi d'attesa dai Privati accreditati in quanto in alcune occasioni legate allo stato di salute complessivo dei pazienti tali interventi necessitano della presenza di servizi e strutture attive 24 h/24h.

5. Agende e procedure di prenotazione

5.1. Riorganizzazione del percorso di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali che seguono una prima visita e di quelle di controllo per la valutazione della progressione di malattie croniche.

In tal modo il paziente, specialmente se affetto da malattie croniche progressivamente invalidanti, non dovrà più recarsi dal proprio medico curante per le necessarie prescrizioni e al CUP per la prenotazione, ma potrà avere direttamente dal medico specialista ambulatoriale sia la prescrizione che l'appuntamento per le visite ed le indagini successive.

In particolare:

a) PAzienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti di Trieste" nel corso del 2009 si occuperà di semplificare l'accesso alle prestazioni specialistiche per i pazienti seguiti dagli ambulatori di seguito descritti. I pazienti, dopo la prima visita, riceveranno direttamente dall'ambulatorio sia la prescrizione su ricettario SSR che l'appuntamento per i controlli successivi.

Nel corso del 2009, inoltre almeno 3 agende complessivamente saranno differenziate a seconda se servono per la prenotazione di prime visite o di controlli. In tal modo sarà più semplice per i reparti potere programmare la propria attività, verificare i reali tempi d'attesa e dare trasparenza alla lista d'attesa stessa.

Attività specialistiche	Aziende interessate all'Obiettivo	Tempi
Reumatologia	AOUTS	Entro il 31.12.09
Endocrinologia	AOUTS	Entro il 31.12.09
Diabetologia	AOUTS	Entro il 31.12.09
Differenziazione tra 1° accesso e visita di controllo di almeno 3 agende	AOUTS	Entro il 31.12.09

b) P'Azienda per i Servizi Sanitari n° 2 "Isontina" nel corso del 2009 si occuperà di semplificare l'accesso alle prestazioni specialistiche per i pazienti seguiti dagli ambulatori di seguito descritti. I pazienti, dopo la prima visita, riceveranno direttamente dall'ambulatorio sia la prescrizione su ricettario SSR che l'appuntamento per i controlli successivi

Attività specialistiche	Aziende interessate all'Obiettivo	Tempi
- Dialisi peritoneale	ASS n° 2	Entro il 31.12.09
- Emodialisi	ASS n° 2	Entro il 31.12.09

c) PI.R.C.C.S. Burlo Garofolo curerà la semplificazione dell'accesso alle prestazioni afferenti alle medesime branche offerte all'utenza di propria pertinenza (caratteristica dell'attività di "missione").

Attività specialistiche	Aziende interessate all'Obiettivo	Tempi
- Endocrinologia - Gastroenterologia	IRCSS Burlo Garofolo	Entro il 31.12.09

5.2. Organizzazione del CUP e Call-center di Area Vasta

Le Aziende valuteranno entro il 31.12.09 l'ipotesi di attivare un CUP e/o un Call Center unico di Area Vasta, e l'adesione al CUP/Call center regionale, che visualizzi l'intera offerta territoriale giuliano-isontina almeno per le agende relative alle prestazioni critiche.

Attività specialistiche	Aziende interessate all'Obiettivo	Tempi
CUP e Call Center	tutte le Aziende dell' Area Vasta	Entro il 31.12.09 relazione di fattibilità

NOTA:

Evidenza delle disposizioni correttive del documento presentato dall'Area Vasta

Rispetto al documento presentato dall'Area Vasta, Giuliano-Isoncina sono state apportate le seguenti modifiche:

Punto 3. La voce: **Risultato atteso** :

è integralmente sostituita dalla seguente:

Le prestazioni erogate rispettano i tempi previsti dalla DGR 288/07

Punto 4.

La nota della tabella del punto 4.1 è integrata con la seguente frase:

i tempi massimi per ciascuna prestazione sono comunque quelli riferiti alla DGR 288/07

Alla fine del punto 4 è stata eliminata la seguente parte:

Si ribadisce quanto già enunciato precedentemente che:

Le Aziende dell'Area Vasta si impegnano al rispetto dei tempi d'attesa, come sopra indicato sia per l'attività in regime di ricovero che per quella ambulatoriale, ma se il tempo d'attesa non dovesse essere rispettato, al fine della valutazione del raggiungimento dell'obiettivo si confronteranno i volumi erogati nel corso del 2009 con quelli erogati nell'anno precedente.

In caso di incremento dei volumi erogati nel 2009 superiore al 3% rispetto a quelli erogati nel 2008, l'obiettivo sarà considerato come raggiunto anche se i tempi d'attesa non sono stati rispettati.

Punto 5.2 : Nella seconda riga, dopo le parole Area Vasta, è aggiunta la frase:

“, e l'adesione al CUP/Call center regionale,”

B) RIPARTIZIONE TRA LE AREE VASTE DELLE RISORSE PREVISTE DALL'ARTICOLO 22 DELLA L.R. N. 7/2009.

Alle Aziende dell'Area Vasta è assegnato un fondo di € 467.000,00 da utilizzare per erogare prestazioni a maggiore criticità. L'utilizzo è definito mediante un apposito accordo di Area Vasta, che specifica le priorità e la relativa ripartizione del fondo assegnato tenendo conto di quanto rappresentato nelle proposte presentate con nota del 16-6-2009, prot. n. 17034 dell'ASS n. 2, per l'AV Giuliano Isontina.

In merito a tali proposte si precisa che i fondi non possono essere utilizzati con modalità e finalità diverse da quelle ivi dichiarate.

C) INDIVIDUAZIONE DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI E RISULTATI ATTESI DELLA PROGETTUALITÀ "TEMPI DI ATTESA" DEL "PATTO ANNUALE TRA REGIONE E SERVIZIO SANITARIO REGIONALE E MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEI RISULTATI 2009" (allegato 6 del consolidato preventivo 2009, approvato con DGR n. 957 del 24-4-2009 e art 6 della LR 7/09)

Per ciascuna Azienda dell'AREA VASTA TRIESTINA

Progettualità	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Punteggio
TEMPI D'ATTESA	1. Garanzia dei tempi di erogazione nelle sedi definite nel piano di area vasta.	1. Tutti i tempi delle prestazioni elencate nella DGR 288/2007 sono rispettati.	18
	2. Applicazione dei criteri di priorità clinica	2. Verifica dell'appropriatezza prescrittiva con le metodiche dell'audit clinico e del confronto fra pari di: - visita cardiologica - colonscopia - esami di laboratorio - ecografie addominali	4 (1 punto per prestazione)
	3. Semplificazione del percorso di accesso alle prestazioni specialistiche	3. Vedi obiettivi specifici per ogni Azienda espressi nel capitolo 5.1 del punto A)	2
	4. Governo della Libera professione Impiego delle agende elettroniche per la gestione della libera professione in intramoenia	4.1 Tutte le agende di libera professione intramoenia sono attive. 4.2 Il numero delle agende di libera professione in intramoenia utilizzate è aumentato almeno del 50% rispetto alla differenza, al 1-1-2009, tra le agende utilizzate e le agende attive.	1

* Verificare se aggiungere la frase: Tale valore non dovrà comunque essere inferiore al 20% del totale delle agende.

Nota al punto 1 - Criteri per la valutazione del rispetto dei tempi d'attesa per il 2009

PRESTAZIONI

I tempi devono essere rispettati in area vasta per tutte le prestazioni elencate nella DGR 288/07, secondo i criteri in essa esplicitati.

RESPONSABILITÀ

- Se nel piano di area vasta è esplicitato dove è garantita la prestazione, risponde l'Azienda cui afferisce la struttura erogante.
- Se nel piano di area vasta non è esplicitato dove è garantita la prestazione, rispondono in solido tutte le Aziende di area vasta, in cui la prestazione è erogabile.

VALUTAZIONE

- La valutazione avverrà a partire dalla rilevazione del II trimestre (monitoraggio al 1° luglio), quindi su 3 valutazioni.
- Se i tempi non sono garantiti per 2 volte consecutive, la valutazione è negativa.
- Se i tempi non sono garantiti per:
 - 1 prestazione, vi sarà l'abbattimento del 33% del punteggio
 - 2 prestazioni, vi sarà l'abbattimento del 66% del punteggio
 - 3 o più prestazioni, vi sarà l'abbattimento totale del punteggio.

Area Vasta Udinese

Programma annuale 2009 per i tempi di attesa

Il programma degli interventi per la riduzione dei tempi di attesa nell'anno 2009 è stato condiviso dalle Aziende dell'Area Vasta Udinese, è orientato prioritariamente alla soluzione delle criticità sopra elencate e comprende gli interventi di seguito elencati.

1. Interventi sulla domanda

a1) Priorità clinica :

Elaborare ed avviare l'applicazione dei criteri di priorità clinica per:

- *Visita oculistica,*
 - *Visita neurologica,*
 - *Visita urologica,*
 - *Ecocolordoppler tronchi sovra aortici*
 - *Ecocolordoppler vasi periferici*
 - *Risonanza Magnetica del capo e del collo con contrasto,*
- ordinando la domanda attraverso il consolidamento del metodo dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei" (RAO).*

Indicatori:

Per ecocolordoppler dei tronchi sovraaortici:

- Evidenza di una proposta di criteri di priorità e di progettazione del sistema di verifica della loro applicazione da parte del gruppo di lavoro entro il 30-4-2009
- Organizzazione dell'iniziativa di consensus e adozione formale dei criteri entro il 30-6-09
- Evidenza dell'applicazione dei criteri da parte dei servizi entro il 31-12-2009.

Per Visita oculistica, Visita neurologica, Visita urologia, ecocolordoppler vasi periferici e Risonanza Magnetica del capo e del collo con contrasto:

- Costituzione entro il 30-4-2009 di gruppi di lavoro
- Evidenza di una proposta di criteri di priorità e di progettazione del sistema di verifica della loro applicazione entro il 31/10/2009
- Validazione e adozione formale dei criteri entro il 31-12-09
- Inserimento della loro applicazione nella programmazione attuativa 2010.

a2) Percorsi diagnostico terapeutici:

Concludere le iniziative di consensus dei percorsi diagnostico terapeutici (PDT) dell'oncologia (polmone, utero e colon) e definire nuovi percorsi diagnostico terapeutici su aspetti critici nell'ambito dell'ortopedia (es. traumatologia minore) e della diabetologia.

Indicatori:

Per oncologia

- Progettazione del sistema di verifica dell'applicazione dei PDT
- Organizzazione dell'iniziativa di consensus e adozione formale dei PDT entro il 30-6-09
- Evidenza dell'applicazione dei percorsi da parte dei servizi entro il 31-12-2009.

Per ortopedia e diabetologia:

- Costituzione entro il 30-4-2009 di gruppi di lavoro

- Elaborazione di una proposta di PDT e di progettazione del sistema di verifica della sua applicazione entro il 31-10-2009
- Organizzazione dell'iniziativa di consensus e adozione formale dei PDT entro il 31-12-09
- Inserimento della loro applicazione nella programmazione attuativa 2010

2. Interventi sull'offerta

b1) CUP Regionale:

Partecipazione di personale delle Aziende ai Gruppi di lavoro e di coordinamento condotti dall'ARS o dal CSC su anagrafe unica sanitaria e sull'uniformazione di dizionari, preparazioni alle procedure diagnostiche e acquisizione delle tecnologie

Indicatore: Evidenza della partecipazione agli incontri

b2) Libera professione:

Si rinvia all'attuazione della LR n. 7/09 sui tempi di attesa in base alle disposizioni della Giunta regionale.

b3) Erogazione di prestazioni

Sono da considerarsi punti di erogazione dell'Area Vasta i seguenti:

- *Elenco sedi pubbliche:*

Azienda per i Servizi Sanitari n. 3 Alto Friuli:

Ospedale di Tolmezzo

Ospedale di Gemona

Poliambulatorio Distrettuale di Tarvisio

Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 Medio Friuli

Ospedale di San Daniele

Ospedale Gervasutta

Poliambulatorio di Udine - Via S. Valentino

Poliambulatorio distrettuale di Codroipo

Poliambulatorio distrettuale di Cividale

Poliambulatorio distrettuale di Tarcento

Azienda per i Servizi Sanitari n. 5 Bassa Friulana

Ospedale di Palmanova

Ospedale di Latisana

Poliambulatorio distrettuale di Cervignano

Poliambulatorio distrettuale di San Giorgio

Azienda Ospedaliero Universitaria di Udine

Ospedale di Udine

Sede di Cividale

- *Elenco sedi private*

Casa di Cura Città di Udine

Centro Medico Università Castrense

Friuli Coram
Istituto di Diagnostica Radiologica
Olomed
Polimedica L. Pasteur
Radiologia Cervignanese
Riabimed
Sanirad
Dott. Aschettino Roberto
Dott. Bergantin Adriano

Sedi di erogazione

Le Aziende di Area vasta Udinese s'impegnano a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per l'erogazione delle prestazioni indicate nella DGR 288/2007, in almeno un punto di erogazione dell'Area Vasta Udinese.

Volumi di erogazione

Considerato il conseguimento dell'organizzazione delle agende di prenotazione in prime visite e controlli e la definizione nel 2008 dei criteri di priorità clinica per alcune prestazioni (eco-addome, endoscopia digestiva, visita cardiologica), per il 2009 le Aziende Sanitarie s'impegnano ad erogare il numero di prestazioni come riportate nelle tabelle D, E ed F dell'allegato 3.

b4) Monitoraggi

Avviare il sistema di monitoraggio dei tempi di risposta degli esami di laboratorio.

Indicatore: Evidenza della partecipazione alle iniziative dell'ARS

3. Progetto per l'attuazione della L.R. n. 7/2009 nell'anno 2009

- Piano di intervento per le prestazioni di cui alla DGR 288/207
 Si rinvia a quanto specificato nel successivo punto B)

- Responsabilità

Nel Piano dell'AVUD è previsto l'impegno dell'Area Vasta a mantenere i tempi in almeno una sede senza indicare quale. In questo caso si prevede una responsabilità diffusa per tutte le Aziende che erogano la prestazione, o di singola Azienda se la prestazione viene erogata da una sola Azienda sulla base di quanto emerge dalla seguente tabella:

	ASS3	ASS4	ASS5	AOUUD
1. Visita oncologia	x	x	x	x
2. Mammografia	x	x	x	x
3. TC Torace ed addome	x	x	x	x
4. RM capo e collo e addome inferiore	x	x	x	x
5. Ecografia addome e mammella	x	x	x	x
6. Colonscopia, sigmoidoscopia, gastroscopia	x	x	x	x
7. Visita cardiologica	x	x	x	x
8. Chirurgia vascolare	x	x		x
9. Ecocardiografia	x	x	x	x
10. Ecocolordoppler, sovraortici, arterioso e venoso	x	x	x	x
11. ECG ed ECG dinamico (Holter)	x	x	x	x
12. Visita ginecologica	x	x	x	x
13. Visita neurologica	x	x	x	x
14. TC capo, rachide, bacino	x	x	x	x
15. Audiometria	x	x	x	x
16. Spirometria	x	x	x	x
17. Fondo oculare e Visita oculistica	x	x	x	x
18. Visita dermatologica	x	x	x	x
19. Visita ORL	x	x	x	x
20. Visita ortopedica	x	x	x	x
21. Visita urologica	x	x	x	x
22. Int. chir.di asportazione di neoplasia maligna di colon, m	x	x	x	x
23. Radioterapia				x
24. Chemioterapia	x	x	x	x
25. Intervento di cataratta	x		x	x
26. Intervento di protesi d'anca	x	x	x	x

ASS4 comprende i soggetti erogatori privati

**B) RIPARTIZIONE TRA LE AREE VASTE DELLE RISORSE PREVISTE
DALL'ARTICOLO 22 DELLA L.R. N. 7/2009.**

Alle Aziende dell'Area Vasta è assegnato un fondo di € 656.000,00 da utilizzare per erogare prestazioni a maggiore criticità. L'utilizzo è definito mediante un apposito accordo di Area Vasta, che specifica le priorità e la relativa ripartizione del fondo assegnato tenendo conto di quanto rappresentato nelle proposte presentate con nota del 8-6-2009, prot. n. 56619 dell'ASS n. 4 Medio Friuli.

In merito a tali proposte si precisa che

- i fondi non possono essere utilizzati con modalità e finalità diverse da quelle ivi dichiarate;
- non è autorizzata l'assunzione di medici specialisti in carenza di una struttura complessa della medesima disciplina prevista dalla pianificazione sanitaria regionale in cui incardinarli;
- il finanziamento di cui trattasi deve essere considerato una tantum, e quindi in caso di assunzione di personale, l'Azienda deve verificare la compatibilità economica con la programmazione economica aziendale per gli anni a venire.

C) INDIVIDUAZIONE DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI E RISULTATI ATTESI DELLA PROGETTUALITÀ “TEMPI DI ATTESA” DEL “PATTO ANNUALE TRA REGIONE E SERVIZIO SANITARIO REGIONALE E MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEI RISULTATI 2009”

(allegato 6 del consolidato preventivo 2009, approvato con DGR n. 957 del 24-4-2009 e art 6 della LR 7/09))

Per ciascuna Azienda dell' AREA VASTA UDINESE

Progettualità	Obiiettivo aziendale	Risultato atteso	Punteggio
TEMPI D'ATTESA	1. Garanzia dei tempi di erogazione nelle sedi definite nel piano di area vasta.	1. Tutti i tempi delle prestazioni elencate nella DGR 288/2007 sono rispettati.	18
	2. Elaborare ed avviare l'applicazione dei criteri di priorità clinica per: - Visita oculistica, - Visita neurologica, - Visita urologica, - Ecocolordoppler vasi periferici - Risonanza Magnetica del capo e del collo con contrasto - Ecocolordoppler tronchi sovra aortici	2.1 Evidenza di una proposta di criteri di priorità e di progettazione del sistema di verifica della loro applicazione entro il 31/10/2009 2.2 Validazione e adozione formale dei criteri entro il 31-12-09 2.3 Per ecocolordoppler TSA: – Evidenza di una proposta di criteri di priorità e di progettazione del sistema di verifica della loro applicazione da parte del gruppo di lavoro entro il 30-4-2009 – Evidenza dell'applicazione dei criteri da parte dei servizi entro il 31-12-2009.	6 (1 punto per prestazione)
	3. Governo della Libera professione: Impiego delle agende elettroniche per la gestione della libera professione in intramoenia:	3.1 Tutte le agende di libera professione intramoenia sono attive. 3.2 Il numero delle agende di libera professione in intramoenia utilizzate è aumentato almeno del 50% rispetto alla differenza, al 1-1-2009, tra le agende utilizzate e le agende attive.	1

* Verificare se aggiungere la frase: Tale valore non dovrà comunque essere inferiore al 20% del totale delle agende.

Nota al punto 1 : Criteri per la valutazione del rispetto dei tempi d'attesa per il 2009

PRESTAZIONI

I tempi devono essere rispettati in area vasta per tutte le prestazioni elencate nella DGR 288/07, secondo i criteri in essa esplicitati.

RESPONSABILITÀ

- Se nel piano di area vasta è esplicitato dove è garantita la prestazione, risponde l'Azienda cui afferisce la struttura erogante.
- Se nel piano di area vasta non è esplicitato dove è garantita la prestazione, rispondono in solido tutte le Aziende di area vasta, in cui la prestazione è erogabile.

VALUTAZIONE

- La valutazione avverrà a partire dalla rilevazione del II trimestre (monitoraggio al 1° luglio), quindi su 3 valutazioni.
- Se i tempi non sono garantiti per 2 volte consecutive, la valutazione è negativa.
- Se i tempi non sono garantiti per:
 - 1 prestazione, vi sarà l'abbattimento del 33% del punteggio
 - 2 prestazioni, vi sarà l'abbattimento del 66% del punteggio
 - 3 o più prestazioni, vi sarà l'abbattimento totale del punteggio.

Area Vasta Pordenonese

A) Programma annuale 2009 per i tempi di attesa

1. Descrizione del piano e riferimenti normativi.

Il presente documento definisce il piano operativo dell'Area Vasta pordenonese per il contenimento dei tempi di attesa per l'anno 2009. Il Piano è articolato secondo i temi e le indicazioni contenuti nel Piano regionale attuativo del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa di cui all'art.1 della legge n.266 del 23 dicembre 2005 e nella D.G.R. n°288 del 16 febbraio 2007; in particolare, sintetizza gli indirizzi condivisi dall'Area Vasta pordenonese e definisce le azioni da intraprendere nel corso del 2009, anche in attesa del piano attuativo della LR 07/2009. Tale piano è una integrazione ed aggiornamento del Piano 2007-2008, cui si rimanda per tutte le considerazioni più generali sulla problematica delle liste di attesa e sulle strategie per affrontare tale problema.

2. Gli attori e il processo di integrazione.

Il piano sviluppa operativamente i percorsi integrati degli attori istituzionali cui viene deputata l'azione di governo sui tempi di attesa; in particolare, l' ASS n. 6 " Friuli Occidentale", quale committente, assume il ruolo di coordinamento dell' Area vasta, istituisce il tavolo istituzionale di raccordo con i Medici di Medicina Generale ex art. 49, comma 7, dell'ACN dei MMG e coinvolge gli erogatori pubblici e privati per le specialistiche interessate.

Per la gestione del piano sono identificati i seguenti attori:

- ASS 6 " Friuli Occidentale";
- Azienda Ospedaliera "S.Maria degli Angeli";
- I.R.C.S.S. Centro di Riferimento Oncologico di Aviano;
- Casa di Cura "S. Giorgio" di Pordenone ed altri privati accreditati;
- UDMG;
- MMG.

Gli attori sopra identificati sono coinvolti tanto nella costruzione di percorsi clinico-assistenziali appropriati e condivisi, quanto nella valutazione della domanda e nella eventuale, conseguente modulazione dell'offerta. Tali soggetti, dunque, sono conseguentemente integrati nel processo complessivo di definizione di criteri di priorità di accesso e di valutazione sia dell'appropriatezza prescrittivi che dei volumi prestazionali necessari.

3. Obiettivi di area vasta e tempistica.

Le singole aziende, coerentemente alle indicazioni del documento di area vasta derivano i propri piani specifici e si coordinano nell'ottica di integrazione e di complementarietà che l'approccio al controllo dei tempi di attesa impone. Le azioni individuate nel presente documento sono state definite alla luce della rivalutazione del piano biennale di area vasta 2007-08 a cura degli attori istituzionali coinvolti.

Obiettivo 1. Proseguire il lavoro di riordino della gestione della libera professione.

Azioni programmate e risultati attesi 2009:

Predisporre gli strumenti per la regolamentazione della libera professione

1. completare l'impiego delle agende elettroniche per la gestione della libera professione;
2. perseguire il progressivo allineamento tra tempi di erogazione attività libero professionale e attività istituzionale;
3. mantenere aggiornato il monitoraggio dei volumi di prestazione.

Attuazione obiettivo 1

Azione 1) completare l'impiego delle agende elettroniche

- **ASS6:** nel corso del primo trimestre 2009 sono state individuate le nuove modalità operative per la corretta gestione della LP intramoenia, togliendola alla conduzione delle segreterie di reparto e riconducendola a sportelli CUP (ufficio cassa), call center, ogni singolo specialista;
Entro il maggio 2009 tutta l'attività erogata in LP è dichiarata nelle agende di prenotazione informatizzate ed è stata predisposta una ricognizione per tutta l'area vasta per identificare i produttori non ancora allineati (luglio 2009).
- **AOSMA:** il processo di informatizzazione delle agende per la prenotazione delle attività di LP individuale sarà ultimato entro maggio 2009 e proseguirà l'attività di aggiornamento/manutenzione delle agende. E' obiettivo dell'AOSMA garantire la prenotazione delle prestazioni in LP presso tutti i punti prenotativi (Call Center, Sportelli CUP/Prenotazione-Cassa, Segreterie delle SS.OO relativamente ai professionisti ivi afferenti)
- **CRO:** entro dicembre 2009 sono attivate per il 50% dei dirigenti le agende di prenotazione informatizzata per l'attività erogata in libera professione.

Azione 2) perseguire il progressivo allineamento dei tempi di erogazione

- In previsione della piena attuazione della LR. 7/09 che avverrà attraverso il processo di programmazione regionale e aziendale nel 2010, per l'anno in corso, l'ASS6 ha predisposto gli strumenti per rilevare e monitorare i tempi di erogazione e i volumi di attività in regime di LP attraverso un unico modello condiviso, sia per i produttori aziendali sia per quelli di area vasta.
 - entro fine luglio sarà predisposta una rilevazione dei tempi di erogazione delle attività in regime LP e istituzionale per tutta l'area vasta;
 - obiettivo per il 2009 è relativo alla valutazione degli scostamenti e all'individuazione delle aree maggiormente problematiche.

Azione 3) monitoraggio dei volumi di prestazione

- **ASS6:** con l'attivazione delle casse automatiche prevista per la fine del 1° semestre del 2009, sarà possibile rilevare le singole prestazioni erogate in LP; si può stimare che la rilevazione sistematica dei volumi di attività e il relativo monitoraggio sarà disponibile entro la fine del 2009.
- **AOSMA:** è prevista la rilevazione sistematica del volume erogato in LP per singola prestazione e il relativo monitoraggio sarà disponibile entro la fine del 2009.
- **CRO:** già rileva le singole prestazioni erogate in LP, continuerà pertanto la rilevazione sistematica dei volumi di attività e il relativo monitoraggio

Obiettivo 2. Attivazione di agende per criteri di priorità clinica

Completamento dell'aggiornamento delle agende elettroniche in relazione alle classi di priorità per specifiche specialità. Revisione e sviluppo di nuovi criteri di priorità.

Azioni programmate e risultati attesi:

1. Definire i criteri di priorità con la commissione ex art. 49 per la visita cardiologica e per le prestazioni di ecocolordoppler, doppler vascolare, ecocardio ed holter.
2. Monitorare e completare la messa a sistema delle agende per criteri di priorità per prestazioni di ecografia addominale;
3. Consolidare le iniziative di condivisione tra medici specialisti e MMG relativamente alla separazione nelle agende tra prime visite e controlli
4. Rivalutare i criteri di priorità per diagnostica per immagini già adottati.

Attuazione obiettivo 2

Azione 1) Definire i criteri di priorità per la visita cardiologica e per le prestazioni di ecocolordoppler, doppler vascolare

Entro il 31/12 è attivata la commissione ex art. 49 per la definizione e la condivisione delle priorità per la visita cardiologica e per le prestazioni di ecocolordoppler, doppler vascolare, ecocardio ed holter.

Indicatore: predisposto e approvato documento di area vasta..

Azione 2) Messa a sistema delle agende per criteri di priorità per prestazioni di ecografia addominale

Attualmente per gli erogatori della ASS6 e per l'AOSMA è possibile utilizzare la prioritarizzazione contattando direttamente i reparti; entro il 31/12 le agende con criteri di priorità sono attive attraverso CUP regionale.

Indicatore: agende secondo priorità

Azione 3) Consolidare la condivisione tra medici specialisti e MMG relativamente alla separazione delle agende tra prime visite e controlli

Entro il 31/12 è attivata la commissione ex art. 49 per la ricondivisione dei principi della titolarità e delle competenze prescrittive generali e della distinzione tra prima visita e controllo così come definito nel documento relativo al tariffario regionale per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (DGR.531/2006).

Indicatore: documento diffuso alle UDMG

Azione 4) Rivalutare i criteri di priorità per diagnostica per immagini.

Entro il 31/12 è attivato il tavolo tecnico ex articolo 49 per rivedere i criteri del 2006.

Indicatore: documento approvato in Area vasta

Obiettivo 3. Rispetto dei tempi di attesa e rivalutazione delle aree critiche di specialistica ambulatoriale.

Attuazione obiettivo 3

Azioni programmate e risultati attesi:

Adozione degli interventi necessari a garantire la migliore aderenza tra domanda e offerta in un'ottica di programmazione per Area Vasta e secondo criteri che tengono conto delle competenze distintive delle Aziende interessate.

1. Colonscopia: dopo l'attivazione dello screening regionale ci si aspetta una riduzione della domanda; non si prevede quindi nessuna implementazione dell'offerta in attesa della stabilizzazione della dinamica della formazione delle liste di attesa.
2. Oculistica: si prevedono tre approcci integrati
 - a. aumento dell'offerta – per portare l'attesa a 60 giorni dagli attuali 290 circa si stimano necessarie 60 ore settimanali aggiuntive, per un costo stimato di € 76.000
 - b. razionalizzazione dell'offerta – molte visite richieste all'oculista sono in realtà non per patologie oculari, ma per misurazione del visus; scorporando le due fattispecie, e disegnando dei percorsi guidati che differenzino le due tipologie di visite, si stima possibile una riduzione delle attese;
 - c. inoltre verrà avviato un programma di screening con retinografi per il fundus dell'occhio riservato a diabetici e ipertesi, che dovrebbe diminuire il fabbisogno di visite mediche.
3. Dermatologia: analogamente sono possibili due approcci integrati:
 - a. aumento dell'offerta: per portare i tempi di attesa a 60 giorni dagli attuali 100 circa si stima necessario acquisire 30 ore in più per 12 mesi, per un costo stimato di 36.000 euro/anno.
 - b. razionalizzazione dei percorsi – l'offerta dermatologica è intasata da richieste di *mappatura dei nei*, di fatto uno screening per melanomi che non ha basi scientifiche. La chiusura delle disponibilità per prestazioni di dermatologia preventiva associata ad un intervento di supporto alla dermatologia (1 contratto L.P. per 6 mesi – costo 18.000€) per fornire risposte ai pazienti già in lista per prestazioni di dermatologia preventiva, può contribuire all'ampliamento dell'offerta di prestazioni a contenuto clinico.
4. Ecodoppler: per mantenere l'offerta è stato necessario un incremento di offerta con l'acquisizione di un medico, per un ammontare annuo di 72.000;
5. ECO morfologiche: per mantenere i tempi di attesa, AOSMA e ASS6 acquistano prestazioni esterne per un totale di € 60.000
6. Risonanza magnetica: è necessario acquisire in libera professione Aziendale 200 esami per un importo stimato di circa 6.000 euro, per accordi di Area Vasta fra ASS6 e AOSMA. E' necessario inoltre prevedere un impegno economico per la MR mobile a garanzia della continuità dell'offerta durante i lavori previsti per installazione nuova MR in AOSMA per un totale di € 124.500 (nel biennio di validità del precedente piano. Il Rispetto dei TMA è stato ottenuto mediante integrazione della attività istituzionale con acquisto di attività in LPA)

PRESTAZIONI TRACCIANTI

A. Area oncologica

Prestazioni ambulatoriali

Nr	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore	Tempi massimi in giorni	Sedi
1	Visita oncologica		89.7	10	ASS6, AOSMA, CRO, Casa di cura S. Giorgio
Radiologia					
3	Mammografia	87.37	87.37.1 - 87.37.2	10	AOSMA (*), CRO
TC con o senza contrasto					
4	Torace	87.41	87.41 – 87.41.1	10	ASS6, AOSMA, CRO, Casa di cura S. Giorgio
5	Addome superiore	88.01	88.01.2 – 88.01.1	10	ASS6, AOSMA, CRO, Casa di cura S. Giorgio
6	Addome inferiore	88.01	88.01.4 – 88.01.3	10	ASS6, AOSMA, CRO, Casa di cura S. Giorgio
7	Addome completo	88.01	88.01.6 – 88.01.5	10	ASS6, AOSMA, CRO, Casa di cura S. Giorgio
Risonanza Magnetica					
8	Cervello e tronco encefalico	88.91	88.91.1 - 88.91.2	10	ASS6, AOSMA, CRO, Casa di cura S. Giorgio
9	Pelvi, prostata e vescica	88.95	88.95.4 - 88.95.5	10	ASS6, AOSMA, CRO, Casa di cura S. Giorgio
Ecografia					
10	Addome	88.74 - 88.75 - 88.76	88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1	10	ASS6, AOSMA, CRO, Casa di cura S. Giorgio
11	Mammella	88.73	88.73.2	10	AOSMA (*), CRO
Esami Specialistici					
12	Colonscopia	45.23	45.23	10	ASS6, AOSMA, CRO, Casa di cura S. Giorgio
13	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24	10	ASS6, AOSMA, CRO, Casa di cura S. Giorgio
14	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13 – 45.16	10	ASS6, AOSMA, CRO, Casa di cura S. Giorgio
15	Biopsie e prelievi citologici			80% entro 7 gg.	AOSMA, CRO

(*) Per AOSMA l'erogazione di mammografia ed ecografia mammaria in priorità è prevista solo nell'ambito del percorso clinico-diagnostico della mammella sintomatica/sospetta per lesioni svolto presso l'Unità Senologica

B. Area Cardiovascolare e Neurologica

Prestazioni ambulatoriali

Nr	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore	Tempi massimi in giorni	Sedi
25	Visita cardiologia	89.7	89.7	10	ASS6, AOSMA, Casa di cura S. Giorgio
26	Visita chirurgia vascolare	89.7	89.7	10	AOSMA
41	Visita neurologica	89.7	89.13	10	AOSMA
Ecografia					
27	Cardiaca (Ecocolordoppler cardiaca)	88.72	88.72.3	15	ASS6, AOSMA, Casa di cura S. Giorgio
28	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73	88.73.5	15	ASS6, AOSMA, Casa di cura S. Giorgio
29	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77	88.77.2	15	ASS6, AOSMA, Casa di Cura "S. Giorgio"
Esami Specialistici					
30	Elettrocardiogramma	89.52	89.52	10	ASS6, AOSMA, Casa di cura S. Giorgio
31	Elettrocardiogramma holter	89.50	89.50	10	ASS6, AOSMA, Casa di cura S. Giorgio

C. Area Materno Infantile

Prestazioni ambulatoriali

Nr	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore	Tempi massimi in giorni	Sedi
39	Visita ginecologica	V 72.3	89.26	10	ASS6, AOSMA, Casa di cura S. Giorgio

D. Attività programmata (Prima visita o Diagnostica Strumentale)

Prestazioni ambulatoriali

Nr	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore	Tempi massimi in giorni	Sedi
TC con o senza contrasto					
42	Capo	87.03	87.03 – 87.03.1	60	ASS6, AOSMA, Casa di cura S. Giorgio, CRO solo per oncologia
43	Rachide e speco vertebrale	88.38	88.38.2 – 88.38.1	60	ASS6, AOSMA, Casa di cura S. Giorgio, CRO solo per oncologia
44	Bacino	88.38	88.38.5	60	ASS6, AOSMA, Casa di cura S. Giorgio, CRO solo per oncologia

Esami Specialistici					
45	Audiometria	95.41	95.41.1	60	ASS6, AOSMA
46	Spirometria	89.37	89.37.1 – 89.37.2	60	ASS6, AOSMA
47	Fondo Oculare (vedi visita oculistica n.51)	95.1	95.09.1		ASS6 , AOSMA, Casa di cura S. Giorgio

E. Visite specialistiche di maggior volume di prestazioni.

Prestazioni ambulatoriali

Nr	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore	Tempi massimi in giorni	Sedi
50	Visita dermatologica (dopo separazione agende controlli)	89.7	89.7	60	ASS6 , AOSMA, Casa di cura S. Giorgio
51	Visita oculistica, (escluso visus e dopo separazione agende controlli)	95.0	95.02	60	ASS6 , AOSMA, Casa di cura S. Giorgio
52	Visita otorinolaringoiatria (dopo separazione agende controlli)	89.7	89.7	60	ASS6 , AOSMA, Casa di cura S. Giorgio
53	Visita ortopedica	89.7	89.7	60	ASS6 , AOSMA, Casa di cura S. Giorgio
54	Visita urologica	89.7	89.7	60	ASS6 , AOSMA, Casa di cura S. Giorgio

F. Prestazioni di ricovero e percorsi terapeutici

Prestazione	Tempo massimo di attesa in giorni	Sedi
Intervento chirurgico di asportazione di neoplasia maligna di colon, mammella.	30	ASS6 , AOSMA, CRO, Casa di cura S.Giorgio. (in presenza di indicazione chirurgica all'intervento non differibile)
Radioterapia	30	CRO (limitatamente agli casi programmati e seguiti nelle strutture di Area vasta Pordenonese)
Chemioterapia	30	ASS6, AOSMA, CRO
Biopsia → intervento oncologico (esclusa urologia)	30	ASS6, AOSMA, CRO.
Intervento oncologico → radioterapia	30	CRO (limitatamente al carcinoma della mammella e solo per gli interventi chirurgici programmati ed eseguiti in Area vasta Pordenonese)

Intervento	codici	Tempo massimo di attesa	Sedi
Intervento di cataratta	DRG 39	180	ASS6 , AOSMA, Casa di cura S. Giorgio
Intervento di protesi d'anca	81.51; 81.52; 81.53;**	180	ASS6 , AOSMA, Casa di cura S. Giorgio

B) RIPARTIZIONE TRA LE AREE VASTE DELLE RISORSE PREVISTE DALL'ARTICOLO 22 DELLA L.R. N. 7/2009.

Alle Aziende dell'Area Vasta è assegnato un fondo di € 377.000,00 da utilizzare per erogare prestazioni a maggiore criticità. L'utilizzo è definito mediante un apposito accordo di Area Vasta, che specifica le priorità e la relativa ripartizione del fondo assegnato tenendo conto di quanto rappresentato nelle proposte presentate con nota del 29-5-2009 prot. n. 41057 dell'ASS n. 6 Friuli Occidentale per l'AV Pordenonese.

In merito a tali proposte si precisa che i fondi non possono essere utilizzati con modalità e finalità diverse da quelle ivi dichiarate.

C) INDIVIDUAZIONE DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI E RISULTATI ATTESI DELLA PROGETTUALITÀ "TEMPI DI ATTESA" DEL "PATTO ANNUALE TRA REGIONE E SERVIZIO SANITARIO REGIONALE E MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEI RISULTATI 2009" (allegato 6 del consolidato preventivo 2009, approvato con DGR n. 957 del 24-4-2009 e art 6 della LR 7/09)

Per ciascuna Azienda dell'AREA VASTA PORDENONESE

Progettualità	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Punteggio
TEMPI D'ATTESA	1. Garanzia dei tempi di erogazione nelle sedi definite nel piano di area vasta.	1. Tutti i tempi delle prestazioni elencate nella DGR 288/2007 sono rispettati.	18
	2. Elaborare ed avviare l'applicazione dei criteri di priorità clinica	2.1 Definizione dei criteri per la visita cardiologica e per le prestazioni di ecocolordoppler, doppler vascolare, ed ecocardio e holter. E' predisposto ed approvato un documento di area vasta	4
		2.2 Rivalutare i criteri di priorità per diagnostica per immagini: è approvato un documento di area vasta	2
	3. Governo della Libera professione: Impiego delle agende elettroniche per la gestione della libera professione in intramoenia.	3.1 Tutte le agende di libera professione intramoenia sono attive. 3.2 Il numero delle agende di libera professione in intramoenia utilizzate è aumentato almeno del 50% rispetto alla differenza, al 1-1-2009, tra le agende utilizzate e le agende attive. *	1

* Verificare se aggiungere la frase: Tale valore non dovrà comunque essere inferiore al 20% del totale delle agende.

Nota al punto 1 . Criteri per la valutazione del rispetto dei tempi d'attesa per il 2009

PRESTAZIONI

I tempi devono essere rispettati in area vasta per tutte le prestazioni elencate nella DGR 288/07, secondo i criteri in essa esplicitati.

RESPONSABILITÀ

- Se nel piano di area vasta è esplicitato dove è garantita la prestazione, risponde l'Azienda cui afferisce la struttura erogante.
- Se nel piano di area vasta non è esplicitato dove è garantita la prestazione, rispondono in solido tutte le Aziende di area vasta, in cui la prestazione è erogabile.

VALUTAZIONE

- La valutazione avverrà a partire dalla rilevazione del II trimestre (monitoraggio al 1° luglio), quindi su 3 valutazioni.
- Se i tempi non sono garantiti per 2 volte consecutive, la valutazione è negativa.
- Se i tempi non sono garantiti per:
 - 1 prestazione, vi sarà l'abbattimento del 33% del punteggio
 - 2 prestazioni, vi sarà l'abbattimento del 66% del punteggio
 - 3 o più prestazioni, vi sarà l'abbattimento totale del punteggio.

Delibera n° 936

Estratto del processo verbale della seduta del
19 maggio 2010

oggetto:

INTEGRAZIONI ALLE LINEE PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE NEL 2010
(DGR 2643/2009).

Renzo TONDO	<i>Presidente</i>	<i>presente</i>
Luca CIRIANI	<i>Vice Presidente</i>	<i>assente</i>
Elio DE ANNA	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Andrea GARLATTI	<i>Assessore</i>	<i>assente</i>
Vladimir KOSIC	<i>Assessore</i>	<i>assente</i>
Roberto MOLINARO	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Riccardo RICCARDI	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Alessia ROSOLEN	<i>Assessore</i>	<i>assente</i>
Sandra SAVINO	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Federica SEGANTI	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Claudio VIOLINO	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>

Daniele BERTUZZI Segretario generale

In riferimento all'oggetto, la Giunta Regionale ha discusso e deliberato quanto segue:

Premesso che la legge regionale 15 giugno 1993, n. 41 (Norme propedeutiche e principi per il riordino della disciplina in materia sanitaria in applicazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502), nell'individuare i soggetti e gli strumenti del processo di pianificazione sanitaria regionale, dispone, all'art. 2, comma 1, lettera a) che la Regione elabora, indirizza e coordina il processo medesimo e ne controlla le fasi attuative;

Vista la L.R. 19.12.1996, n. 49, recante "Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo del Servizio sanitario regionale e disposizioni urgenti per l'integrazione sociosanitaria", che, in particolare:

- al comma 1, dell'art. 12, prevede che la pianificazione regionale si attui in conformità alla surrichiamata L.R. n. 41/1993;

- al comma 2, dell'art. 12, demanda alla Giunta Regionale l'emanazione delle linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale, con le quali vengono definiti:

a) gli obiettivi annuali e le modalità di valutazione del loro raggiungimento, ai sensi dell'articolo 14, comma 7, della L.R. n. 12/1994;

b) le risorse disponibili ed i criteri di finanziamento delle Aziende;

Viste inoltre le disposizioni in materia di riassetto istituzionale del Servizio sanitario regionale di cui all'art. 10 della L.R. 23 luglio 2009, n. 12;

Richiamata la Delibera di Giunta Regionale n. 2643 dd. 26.11.2009 con la quale è stato approvato il documento recante le "Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nel 2010";

Richiamato in particolare il paragrafo 2 del citato documento, che delinea il processo di programmazione e controllo per l'anno 2010, prevedendo la necessaria fase programmatoria connessa all'attuazione degli indirizzi del Piano Sanitario e Sociosanitario Regionale 2010 – 2012;

Considerato che con delibera di Giunta Regionale n. 465 in data 11.03.2010 è stato approvato in via definitiva il Piano Sanitario e Sociosanitario Regionale 2010 – 2012 ai sensi dell'art. 8 della Legge regionale 23/2004;

Dato atto che la Direzione regionale Salute, Integrazione sociosanitaria e Politiche sociali ha dato ed ha in corso le indicazioni alle Aziende del SSR su contenuti, modalità e tempistica necessari per portare a compimento il processo di programmazione 2010;

Considerato che la Direzione regionale Salute, Integrazione sociosanitaria e Politiche sociali - nel percorso di coordinamento delle Aziende per l'elaborazione dei Piani Attuativi Locali e dei Piani Attuativi Ospedalieri alla luce delle Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nel 2010 di cui alla sopra citata DGR n. 2643 del 26.11.2009 nonché del Piano Sanitario e Sociosanitario Regionale 2010 – 2012 di cui alla sopra citata DGR n. 465 dell'11.03.2010 – ha rilevato l'opportunità di alcune integrazioni al documento delle citate "Linee annuali per la gestione del SSR nel 2010", allo scopo di migliorare l'efficacia degli interventi e di completare il quadro generale di riferimento;

Viste le integrazioni in argomento, contenute nell'allegato che forma parte integrante della presente deliberazione e ritenuto di approvarle

Tutto ciò premesso, la Giunta regionale, su proposta dell'Assessore alla salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali, all'unanimità

Delibera

1. Di integrare il documento "Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nel 2010" approvato con deliberazione di Giunta regionale n. 2643 del 26 novembre 2009, conformemente all'allegato A "Integrazioni alle Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nel 2010 (DGR n. 2643 del 26.11.2009)" che forma parte integrante della presente deliberazione.

ALLEGATO A

**INTEGRAZIONI ALLE LINEE PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO
SANITARIO REGIONALE NEL 2010 (DGR n. 2643 del 26.11.2009)**

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

<i>Contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie</i>	<i>pag. 1</i>
<i>Obiettivi specifici per l'anno 2010</i>	<i>" 3</i>
<i>Mobilità regionale delle strutture pubbliche: prestazioni svincolate dai tetti</i>	<i>" 4</i>
<i>Misure per fronteggiare temporanee deficienze di liquidità</i>	<i>" 8</i>

Contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie

Si fa richiamo al documento "Linee per la gestione del S.S.R. nel 2010" di cui alla DGR n. 2643 del 26.11.2009, ed in particolare al paragrafo 2, lettera b) "Contenimento dei tempi di attesa" da pagina 6 a pagina 8.

Si confermano i suddetti contenuti e si fa inoltre richiamo alla DGR n. 2787 del 10.12.2009, con la quale, ad integrazione delle citate Linee di gestione 2010, è stato approvato un primo elenco di spese "sovraziendali" 2010, tra cui – punto 33 dell'allegato – un importo di € 2.500.000 per l'attuazione delle previsioni della Legge regionale 7/2009 (Disposizioni in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio sanitario regionale).

Il suddetto finanziamento 2010 per il contenimento dei tempi d'attesa viene assegnato alle aziende capofila di area vasta come segue:

Area vasta	Finanziamento
Area vasta Triestina	778.333,33
Area vasta Udinese	1.093.333,33
Area vasta Pordenonese	628.333,33
Totale	2.500.000,00

Le aziende dovranno finalizzare queste risorse su settori e criticità sensibili per l'abbattimento dei tempi di attesa. L'iscrizione nei bilanci economici preventivi delle quote da stabilire per ciascuna Azienda potrà avvenire in relazione al ruolo di ciascuna Istituzione nell'ambito dell'Area Vasta di competenza. L'accordo di Area Vasta individuerà le prestazioni critiche che richiedono di intervenire per la contrazione dei tempi d'attesa.

L'obiettivo del presente intervento di 2.500.000 € per l'attuazione delle previsioni della LR 7/2009 si traduce nella produzione di fatturato incrementale di prestazioni critiche per tempi di attesa, rispetto all'anno 2009, di valore complessivo pari al finanziamento.

Il riconoscimento del finanziamento a consuntivo a ciascuna Azienda avverrà attraverso la rendicontazione dell'aumento di volumi di prestazioni rispetto al 2009, valorizzati secondo le tariffe vigenti. L'incremento del volume di prestazioni può essere realizzato sia attraverso le strutture sanitarie pubbliche, sia attraverso quelle private.

----- 000 -----

Delibera n° 2643

Estratto del processo verbale della seduta del
26 novembre 2009

oggetto:

LR 49/1996, ART 12: APPROVAZIONE DELLE LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE NEL 2010.

Renzo TONDO	Presidente	presente
Luca CIRIANI	Vice Presidente	presente
Elio DE ANNA	Assessore	presente
Andrea GARLATTI	Assessore	presente
Vladimir KOSIC	Assessore	assente
Roberto MOLINARO	Assessore	presente
Riccardo RICCARDI	Assessore	presente
Alessia ROSOLEN	Assessore	presente
Sandra SAVINO	Assessore	presente
Federica SEGANTI	Assessore	assente
Claudio VIOLINO	Assessore	presente

Daniele BERTUZZI Segretario generale

In riferimento all'oggetto, la Giunta Regionale ha discusso e deliberato quanto segue:

Premesso che la legge regionale 15 giugno 1993, n. 41 (Norme propedeutiche e principi per il riordino della disciplina in materia sanitaria in applicazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502), nell'individuare i soggetti e gli strumenti del processo di pianificazione sanitaria regionale, dispone, all'art. 2, comma 1, lettera a) che la Regione elabora, indirizza e coordina il processo medesimo e ne controlla le fasi attuative;

Vista la L.R. 19.12.1996, n. 49, recante "Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo del Servizio sanitario regionale e disposizioni urgenti per l'integrazione sociosanitaria", che, in particolare:

- al comma 1, dell'art. 12, prevede che la pianificazione regionale si attui in conformità alla surrichiamata L.R. n. 41/1993;
- al comma 2, dell'art. 12, demanda alla Giunta Regionale l'emanazione delle linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale, con le quali vengono definiti:
 - a) gli obiettivi annuali e le modalità di valutazione del loro raggiungimento, ai sensi dell'articolo 14, comma 7, della L.R. n. 12/1994;
 - b) le risorse disponibili ed i criteri di finanziamento delle Aziende;

Rilevato che le surrichiamate disposizioni, inerenti alla programmazione del Servizio sanitario regionale, si applicano, ai sensi dell'articolo 46 della predetta L.R. n. 49/1996 e dell'art. 14, comma 1, della legge regionale 10 agosto 2006, n. 14 anche agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico "Burlo Garofolo" di Trieste e "Centro di riferimento oncologico" di Aviano, i quali, ai sensi dell'art. 3 della L.R. n. 14/2006 sono parte integrante del Servizio sanitario regionale;

Richiamate, altresì, le disposizioni in materia di riassetto istituzionale del Servizio sanitario regionale di cui all'art. 10 della L.R. 23 luglio 2009;

Atteso che, per quanto sopra, è stato predisposto il documento recante le "Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nel 2010";

Visto il parere favorevole all'adozione del documento di cui sopra, espresso - ai sensi dell'art. 1, comma 7, lettera d) della L.R. n. 8/2001 - dalla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociosanitaria e sociale, con delibera n. 8 dd. 17.11.2009;

Atteso che l'entità delle risorse per la gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2010, indicate nel citato documento denominato "Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nel 2010", è subordinata alla definizione delle risorse che risulteranno certe e disponibili in base a quanto previsto dalla legge finanziaria regionale per l'anno 2010 nonché dal bilancio regionale pluriennale 2010-2012, e dal bilancio annuale 2010;

Precisato che, per quanto sopra, l'eventuale diverso ammontare delle risorse certe e disponibili per la gestione del Servizio Sanitario Regionale comporterà - nel consolidamento degli atti della programmazione annuale 2009 del Servizio Sanitario Regionale, di cui all'articolo 20 della citata L.R. n. 49/1996 - il necessario riallineamento, al predetto ammontare, delle risorse indicate nel documento "Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nel 2010", con l'applicazione dei criteri definiti con lo stesso;

Ritenuto, quindi, di approvare il documento "Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale nel 2010", allegato al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante;

Tutto ciò premesso, la Giunta regionale, su proposta dell'Assessore alla salute e alla protezione sociale, all'unanimità

Delibera

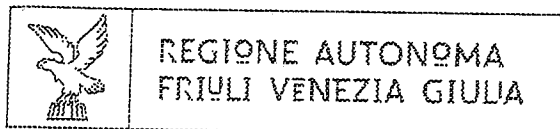
1. di approvare, ai sensi dell'articolo 12, comma 2, della legge regionale 19.12.1996, n. 49, il documento "Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nel

2010", che viene allegato alla presente deliberazione quale parte integrante;

2. di stabilire che - nel consolidamento degli atti della programmazione annuale del Servizio sanitario regionale per l'anno 2010, di cui all'articolo 20 della citata L.R. n. 49/1996 - l'ammontare delle risorse di cui al documento sub 1), secondo quanto indicato nello stesso, dovrà essere riallineato, se diverso, all'ammontare delle risorse certe e disponibili che risulterà dalla legge finanziaria regionale per l'anno 2010 nonché dal bilancio regionale pluriennale 2010-2012, e dal bilancio annuale 2010.

IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
LINEE PER LA GESTIONE 2010

1. Lo scenario	Pag. 1
2. Il processo di programmazione	" 2
3. La progettualità 2010	" 5
4. Le risorse	" 13
4.1. Attività tecnico-amministrative da svolgere in forma Centralizzata	13
4.2. La gestione delle risorse umane	15
4.3. Il programma degli investimenti	" 19
4.4. Sistema informativo	" 27
4.5. Le risorse finanziarie, la loro suddivisione tra gli enti del SSR e le regole gestionali	" 30

3. La progettualità 2010

La progettualità 2010 delle Aziende del S.S.R. è caratterizzata da:

- a) previsione dei volumi quali-quantitativi che si intendono garantire nell'anno 2010 per le diverse classi di attività proprie della mission istituzionale aziendale (da esplicitarsi mediante indicatori suscettibili di rendere possibile la valutazione, da concordare in sede di prima negoziazione);
- b) linee progettuali 2010 già avviate negli anni precedenti o di nuovo avvio, tuttavia riconducibili ad attività ordinaria, oggetto di prima fase di negoziazione;
- c) revisione dell'assetto dell'offerta e miglioramento dell'efficienza del sistema, in attuazione del PSSR 2010-2012, oggetto della seconda fase di negoziazione;
- d) altri obiettivi/progetti di interesse aziendale, che potranno essere proposti in sede di prima o di seconda negoziazione secondo la loro afferenza alla gestione ordinaria (fase 1) o straordinaria (fase 2).

Si forniscono alcune esplicitazioni relative ai punti sopra esposti, precisando che, entro il 20-11-2009, l'A.R.S. invierà alle Aziende ulteriori più dettagliate indicazioni metodologiche ed operative necessarie per procedere alla redazione del PAO/ PAL.

a) Classi di attività proprie della mission istituzionale aziendale: previsione dei volumi quali-quantitativi garantiti per l'anno 2010

Questa sezione dei PAL-PAO aziendali, che costituisce una novità rispetto alle Linee gestionali degli anni precedenti, si propone il raggiungimento dei seguenti risultati:

- dimensionare, attraverso l'individuazione e l'utilizzo di alcuni selezionati indicatori, i volumi quali-quantitativi di attività resi al fine di poterne valutare gli eventuali scostamenti rispetto all'atteso, pertanto evolvendo ad una programmazione non più limitata ad alcuni specifici progetti, per loro natura parziali, ma estesa all'intera attività aziendale;
- ottenere una base di riferimento solida ed oggettiva ai fini della determinazione delle dotazioni organiche;
- ufficializzare un criterio omogeneo di misurazione delle attività rese dalle singole Aziende e dal sistema regionale nel suo complesso.

Ogni Azienda nel proprio Programma indica i volumi e/o i risultati attesi di qualità programmati per l'anno 2010 nei vari settori definiti dai Livelli essenziali di assistenza, evidenziando, in particolare, gli scostamenti previsti rispetto all'anno 2008 ed alle proiezioni 2009.

L'ARS fornirà alle Aziende uno schema per permettere una descrizione il più possibile esaustiva, significativa ed omogenea delle attività proprie della mission ad esse assegnata.

Lo schema, partendo dall'elenco dei livelli essenziali di assistenza definiti dal DPCM del 29-11-2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", conterrà indicatori che siano in grado di valutare:

- La domanda (e quindi la capacità di governo della stessa)
- La capacità di offerta
- L'efficienza
- L'efficacia
- L'appropriatezza
- La qualità

I valori negoziati costituiranno riferimento per la definizione di obiettivi e risultati attesi.

b) Attività già avviate sulla base delle linee progettuali degli anni precedenti o di nuovo avvio ma riconducibili all'ordinaria gestione

Sono riportate alcune indicazioni vincolanti su temi di rilevanza regionale da realizzarsi in prosecuzione delle progettualità già avviate negli anni precedenti:

- Contenimento dei tempi di attesa
- Piano sangue
- Trapianti di organi, tessuti e cellule
- Dipendenze
- Salute mentale
- Formazione
- Assistenza odontoiatrica
- Mobilità internazionale
- Continuità assistenziale per pazienti gravi e gravissimi
- Prevenzione
- Cooperazione socio sanitaria internazionale
- Altre attività programmate

Veniamo ora a descrivere i contenuti dei predetti ambiti di intervento.

Contenimento dei tempi di attesa

In attuazione della L.R. n. 7/2009, viene definito quanto segue:

A – Tempi massimi delle prestazioni

I tempi massimi delle prestazioni, sulla base dell'art. 3 della LR 7/09, sono i seguenti:

- la lettera U corrisponde a urgente, da eseguire nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 24-72 ore;
- la lettera B (Breve) da eseguire entro 10 giorni;
- la lettera D (Differibile) da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti;

Le prestazioni oggetto di monitoraggio sono quelle elencate nella DGR 288/2007.

I piani Aziendali indicano azioni ed obiettivi finalizzate al progressivo allineamento dei tempi di attesa delle prestazioni svolte in attività istituzionale e di quelle rese in libera professione intramuraria (ex. Comma 3 art 3 LR 7/09)

B – Tempi massimi di referto

Sono confermati i tempi massimi e l'elenco delle prestazioni oggetto di verifica nell'area dell'anatomia patologica (citologie e istologia).

Nel 2010 saranno monitorati i tempi di refertazione degli esami di laboratorio più importanti e critici.

C – Responsabilizzazione delle professioni sanitarie

I piani aziendali definiscono il rapporto tra volumi di prestazioni erogate nell'ambito delle attività istituzionali e quelli dell'attività intramuraria.

D – Semplificazione delle prestazioni specialistiche

I piani aziendali definiscono obiettivi finalizzati all'incremento delle prescrizioni dirette di approfondimenti diagnostici e ulteriori visite da parte degli specialisti ospedalieri (ex art. 9 LR 7/09).

E – Diritti in caso di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni

Il cittadino cui sia stata indicata in maniera appropriata la priorità B per le prestazioni elencate o che non possa accedere nei tempi previsti alle ecografie previste in gravidanza, ivi compresa l'ecografia morfologica ha diritto alla prestazione secondo quanto previsto dal comma 3 dell'art 12 LR 7/09.

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Disciplina
1	Visita cardiologica	89.7	8
2	Visita neurologica	89.13	32
3	Visita ginecologica	89.26	37
4	Visita oncologica	89.7	64

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore
Diagnostica per Immagini		
1	Mammografia	87.37.1 - 87.37.2
2	TC senza e con contrasto Torace	87.41 - 87.41.1
2	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2 – 88.01.1
3	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4 – 88.01.3
4	TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6 – 88.01.5
5	TC senza e con contrasto Capo	87.03 – 87.03.1
6	TC senza e con contrasto Bacino	88.38.5
7	RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2
8	RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4 - 88.95.5

Le prestazioni che superano 120 giorni e per le quali è prevista l'applicazione del comma 2 dell'art 12 LR 7/09 sono le seguenti:

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore
Diagnostica per Immagini		
1	TC senza e con contrasto Torace	87.41 - 87.41.1
2	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2 – 88.01.1
3	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4 – 88.01.3
4	TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6 – 88.01.5
5	TC senza e con contrasto Capo	87.03 – 87.03.1
6	TC senza e con contrasto Bacino	88.38.5
7	RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2
8	RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4 - 88.95.5

F – Altri obiettivi

Oltre a quanto elencato nei precedenti punti, nel 2010 vengono confermati tutti gli obiettivi della DGR 288/07 che dovranno essere esplicitati all'interno dei piani aziendali.

Piano sangue regionale

Il sistema trasfusionale regionale è stato sinora in grado di presidiare i temi dell'autosufficienza in emocomponenti ed emoderivati e la sicurezza trasfusionale e di contribuire efficacemente alla compensazione nazionale. Nel corso dell'anno 2010 dovranno essere portate a compimento le azioni residuali previste dal 3° Piano Sangue regionale e non ancora realizzate al 31.12.2009.

La programmazione annuale aziendale deve prevedere:

1) Mantenimento dell'autosufficienza regionale in sangue, plasma ed emoderivati:

- a. programmi di mantenimento dell'attuale offerta donazionale, in accordo con le Associazioni e Federazioni del Volontariato del sangue, fatte salve indicazioni specifiche che derivino dalla programmazione nazionale, per tramite del Centro Nazionale Sangue;
- b. contributo di ogni Azienda sanitaria alla compensazione intraregionale degli emocomponenti;
- c. raccolta di plasma destinato al frazionamento industriale per la produzione di farmaci emoderivati in quantità almeno pari a quella contabilizzata nel 2009, con quote percentuali di plasma di categoria A, B e C monitorate trimestralmente da parte del Coordinamento regionale delle attività trasfusionali in funzione dei fabbisogni di farmaci emoderivati emostatici.

Indicazioni specifiche:

- d. mantenimento dell'attività di raccolta mobile di sangue e plasma sul territorio da parte delle AOU di Udine e Trieste dell'ASS 2 "Isontina", con calendari concordati con le Associazioni e Federazioni del Volontariato del Sangue

2) Garanzia della sicurezza e dell'appropriatezza trasfusionale:

- a. fusione dei server dipartimentali del sistema EMONET;
- b. partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza del rischio trasfusionale e di verifica dell'appropriatezza trasfusionale definiti dal coordinamento regionale trasfusionale;
- c. prosecuzione del programma di autorizzazione/accreditamento delle strutture trasfusionali come previsto dalla DGR 168 del 2 febbraio 2007 ed adeguamento del processo regionale alle indicazioni del Centro Nazionale Sangue.

3) Misure di razionalizzazione e qualificazione del processo trasfusionale:

- a. concentrazione delle attività di frazionamento per la produzione emocomponenti semplici in un unico sito per ciascuno dei tre dipartimenti di medicina trasfusionale.

In merito al Coordinamento regionale si stabilisce che:

- 1) la Direzione Centrale garantirà il coordinamento intraregionale ed interregionale delle attività trasfusionali, dei flussi di scambio e di compensazione nonché il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi definiti dalla pianificazione nazionale e regionale, in relazione agli obiettivi e alle azioni dei piani di settore e svolgerà le azioni di competenza per l'adeguamento del processo regionale alle indicazioni del Centro Nazionale Sangue;
- 2) sono confermate le regole economiche per la compensazione degli emocomponenti e gli emoderivati definite per il 2009.

Valore complessivo:
1.500.000 € anno 2008
2.500.000 € anno 2009

Allegato 5

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA
INTESA TRA
L'ASSESSORE REGIONALE ALLA SALUTE
E PROTEZIONE SOCIALE
E
LE OO.SS DELL'AREA DEL COMPARTO
SULL'ATTRIBUZIONE DELLE
RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI
ANNO 2008/2009

Udine, 30 SET. 2008

PREMESSE

In data 31.12.2007 è scaduta l'intesa regionale sulle risorse finanziarie aggiuntive del personale del Comparto del SSR sottoscritta il 6 aprile 2007 e recepita con D.G.R. n. 2042 del 31.08.2007. Tale intesa oltre a riconfermare quote e vincoli già stabiliti nell'intesa del 10 febbraio 2006 (approvata con D.G.R. n. 1510 del 30.06.2006) ha previsto l'attribuzione alle Aziende ed Enti del SSR di un finanziamento aggiuntivo per l'anno 2007 pari ad € 1.500.000,00 vincolato a specifici obiettivi regionali.

Con protocollo di intesa del 28 febbraio 2008 approvato con D.G.R. n. 859 del 15 maggio 2008 le parti, nelle more della trattazione sulle risorse regionali aggiuntive relative all'esercizio 2008 e, pertanto, nelle more del presente accordo, hanno confermato alcune scelte già operate negli accordi precedentemente stipulati riconoscendo a decorrere dal 1 gennaio 2008 e al solo scopo di garantire la continuità nell'erogazione, gli incentivi già previsti nell'intesa del 10 febbraio 2006 (*prima fase*) approvata con D.G.R. n. 1510 del 30 giugno 2006 e rinnovati nell'intesa del 6 aprile 2007.

Nello specifico le parti hanno vincolato una quota dell'importo totale delle risorse regionali aggiuntive che sarà reso disponibile con il presente documento, per le finalità che di seguito sono ricordate:

1. incentivo per il lavoro notturno e festivo;
2. incentivo turno;
3. incentivi personale ota/oss;
4. personale distaccato corsi di laurea area sanitaria.

Per l'esercizio 2008^{e 2009} gli importi assegnati per tali obiettivi alle varie aziende sono quantificati nella tabella allegata alla presente intesa sulla base dell'importo speso e rendicontato nell'esercizio 2007.

Dato atto che non esistono obblighi specifici di erogazioni aggiuntive da parte della Regione derivanti da norme contrattuali, la Regione ritiene comunque di confermare le opportunità già contenute nelle precedenti intese di incrementare la dotazione dei fondi aziendali di risorse aggiuntive favorevoli politiche del personale che consentano un più efficace utilizzo degli strumenti forniti dalle leggi - d.lgs. n. 502/92 e s.m.e.i. e d. lgs.

165/2001 e s.m.e.i. e dai nuovi contratti di lavoro in correlazione al raggiungimento degli obiettivi contenuti nelle linee regionali di programmazione come calati nei Piani attuativi aziendali.

Prémesso un tanto la presente intesa conterrà indicazioni rispetto alla quantificazione complessiva delle risorse per l'anno 2008 e per l'anno 2009 e provvederà alla definizione generale dei principi e dei criteri sui quali informare la loro definizione. Conterrà, inoltre, indicazioni circa la puntuale quantificazione delle quote spettanti a ciascuna azienda sanitaria ed istituto della regione nonché l'individuazione in dettaglio dei singoli obiettivi cui correlare le risorse assegnate per la parte "vincolata".

RIFERIMENTI NORMATIVI

Si richiamano, di seguito, i riferimenti normativi già indicati nelle precedenti intese, quali fonti legislative che – nell'ambito della piena autonomia e responsabilità finanziaria attribuita in materia di sanità alla Regione Friuli Venezia Giulia – rappresentano il fondamento giuridico per la generalità delle integrazioni finanziarie da parte della Regione alle Aziende sanitarie:

- art. 13, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.e.i.;
- art. 3, comma 12, lettera a) del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124 e s.m.e.i.;
- art. 10, comma 3, lettera c) della Legge Regionale 19 dicembre 1996, n. 49 e successive modificazioni;
- Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del comparto sanità.

RISORSE DISPONIBILI

La presente intesa si riferisce agli esercizi 2008 e 2009 e comprende, per il 2008, vincoli e quote già stabiliti con il protocollo di intesa del 28 febbraio 2008 relativamente al riconoscimento a decorrere dal 1 gennaio 2008 dell'incentivazione del disagio legato al lavoro notturno e festivo, ai turni, nonché per consentire l'omogeneità di trattamento economico complessivamente assegnato al personale distaccato – diplomati universitari.

Ciò premesso, la Regione mette a disposizione le seguenti somme complessive al netto di qualsiasi onere da destinare all'Area del personale del Comparto per essere utilizzate nell'ambito del fondo per la retribuzione di produttività:

per il 2008 vengono destinate le **seguenti somme**, al netto degli oneri riflessi:

- l'importo di **€ 14.227.529,07** già messo a disposizione dalla Regione per l'esercizio 2007 (€ 12.727.529,07 + € 1.500.000,00);
- l'importo **ulteriore pari € 500.000,00** quale **finanziamento aggiuntivo** da destinare al personale del comparto a titolo di incentivazione, a incremento delle risorse non vincolate demandate alla contrattazione integrativa aziendale.

Ciò posto, per l'esercizio 2008 l'importo complessivo messo a disposizione dalla Regione è pari a € 14.727.529,07 al netto degli oneri riflessi.

Le parti prendono inoltre atto che in base alla rendicontazione inerente l'utilizzo delle risorse regionali aggiuntive "vincolate" per l'esercizio 2007 pari ad € 1.500.000,00 predisposta dalle Aziende ed Istituti della Regione in sede di adozione del bilancio di esercizio 2007 ed elaborata dall'Agenzia Regionale della Sanità con gli atti del "consolidamento consuntivo 2007" risultano non impegnate risorse "vincolate" pari ad € 7.512,99 (di cui € 7.499,35 attribuite all'A.S.S. n. 4 ed € 13,64 all'A.S.S. n. 5.).

Ai sensi di quanto previsto dal punto 4 dell'intesa del 6 aprile 2007, le parti danno atto che l'impiego di tale importo, ferma restando la sua assegnazione all'A.S.S. n. 4, sarà oggetto del presente accordo.

Per l'anno 2009, vengono destinate le seguenti somme, al netto degli oneri riflessi:

- l'importo già messo a disposizione per il 2008 come sopra descritto e con le stesse articolazioni per voci dell'anno 2008 pari ad € 14.727.529,07;
- l'ulteriore incremento di € 1.000.000,00 a titolo di finanziamento aggiuntivo alle risorse vincolate per finanziare i progetti aziendali attuativi degli obiettivi regionali definiti con il presente accordo.

Ciò posto, per l'esercizio 2009 l'importo complessivo di risorse regionali aggiuntive messo a disposizione dalla Regione è pari ad € 15.727.529,07 al netto degli oneri riflessi.

Con riferimento all'esercizio 2009 in presenza di disponibilità finanziarie da accertarsi nell'ambito della programmazione aziendale 2009 le parti verificheranno la possibilità di procedere ad incrementi delle quote complessivamente stanziati e distribuiti alle Aziende.

IMPIEGO RISORSE

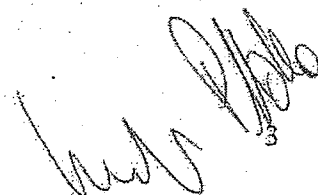
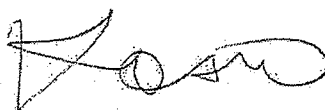
ESERCIZIO 2008 E 2009

PUNTO 1

1. Per effetto di quanto concordato dalle parti nel Protocollo di Intesa siglato il 28 febbraio 2008 sono confermati per il presente biennio a decorrere dal 1 gennaio 2008 gli incentivi già previsti nei punti 1, 2, 3 e 4 dell'intesa del 10 febbraio 2006 (prima fase) approvata con D.G.R. n. 1510 del 30 giugno 2006 e rinnovati nell'intesa del 6 aprile 2007 approvata con D.G.R. n. 2042 del 31 agosto 2007.

Conseguentemente una parte dell'importo totale di risorse regionali aggiuntive 2008 risulta vincolato con le regole e gli importi come descritti nel Protocollo del 28 febbraio 2008 per finalità di seguito riepilogate:

- 1 INCENTIVO PER IL LAVORO NOTTURNO E FESTIVO;
- 2 INCENTIVO TURNO;
- 3 INCENTIVI PERSONALE OTA/OSS;



4 PERSONALE DISTACCATO CORSI DI LAUREA AREA SANITARIA.

Gli importi assegnati per tali obiettivi alle varie aziende sono quantificati sulla base della spesa rendicontata nell'esercizio 2007.

Ne deriva che:

a) una quota pari ad € **7.816.073,29** viene ripartita tra le Aziende per far fronte al riconoscimento al personale interessato:

- dell'incentivo stabilito per il lavoro notturno e festivo (punto 1 Protocollo di intesa del 28 febbraio 2008);
- dell'incentivo stabilito per il turno (punto 2 Protocollo di intesa del 28 febbraio 2008);
- dell'incentivo stabilito per il personale OTA/OSS (punto 3 Protocollo di intesa del 28 febbraio 2008);

A titolo di interpretazione autentica le parti stabiliscono che la frase "Gli importi assegnati anticipano eventuali incrementi dell'indennità per turni notti e feste o comunque collegate ai punti 1, 2, 3 di cui sopra che saranno previste dal rinnovo del CCNL. Le risorse che si renderanno disponibili saranno utilizzate per ulteriori finalità" (di cui all'intesa regionale del 10.02.2006 - prima fase) deve essere intesa nel senso che tali disponibilità sono riferite a livello di negoziazione regionale.

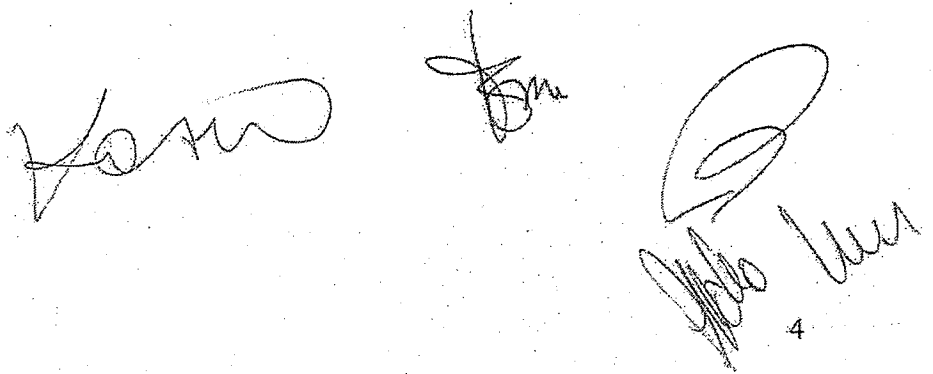
b) un'ulteriore quota pari ad € **333.111,92** viene ripartita tra le Aziende per il riconoscimento dei benefici economici al personale distaccato corsi di laurea area sanitaria (punto 4).

Infine, si ricorda che per effetto delle scelte effettuate con l'intesa del 10.11.2004 e per le motivazioni ivi contenute, una quota pari ad € 21.260,87 è destinata ad integrare il fondo di produttività delle aziende sanitarie nella misura in cui al fine consentire i passaggi Bs-C di tutti i profili NON AD ESAURIMENTO sono state utilizzate, oltre a quelle messe a disposizione, ulteriori risorse del fondo di classificazione.

Premesso un tanto, le parti danno atto che restano ancora disponibili per essere assegnate in questa fase risorse regionali aggiuntive pari ad € **6.578.343,83**.

Le parti concordano che l'importo sopra quantificato pari ad € **6.557.082,99** sarà ripartito tra le Aziende sanitarie regionali (Aziende per i Servizi Sanitari, Aziende ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, Agenzia Regionale della Sanità e Centro Servizi Condivisi) proporzionalmente alla consistenza numerica del personale del comparto del SSR al 31.12.2007 (dati di sistema forniti da INSIEL rilevati dall'ARS, esclusi i supplenti).

Per il solo esercizio 2008, resta invece attribuito all'A.S.S. n. 4 a titolo di quote vincolate con competenza 2007 l'importo di € **7.512,99** che sarà finalizzato come da indicazioni successive.



G

PUNTO 2 - RISORSE VINCOLATE

Esercizio 2008

Sulla scorta del segnale lanciato con l'intesa del 6 aprile 2007 le parti intendono confermare anche per il biennio 2008/2009 l'utilizzo delle risorse aggiuntive aprendolo ad obiettivi VINCOLATI di qualità del lavoro professionale.

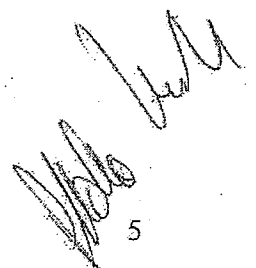
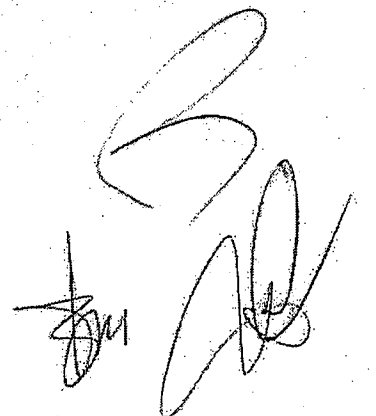
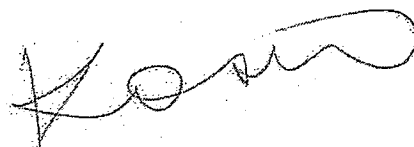
Conseguentemente per il presente esercizio viene confermata per essere vincolata a finanziare progetti aziendali collegati ad obiettivi regionali la medesima cifra del 2007, vale a dire € 1.500.000,00.

La distribuzione per il 2008 è quindi quantificata in risorse VINCOLATE e NON VINCOLATE come da tabella allegata.

Esercizio 2009

Le parti concordano che il finanziamento aggiuntivo messo a disposizione della Regione pari ad € 1.000.000,00 venga destinato ad integrare lo stanziamento già previsto per il 2008 delle quote "VINCOLATE".

Per l'effetto dello stanziamento complessivo di risorse regionali aggiuntive per l'esercizio 2009 (€ 15.727.529,07) un importo pari ad € 2.500.000,00 viene vincolato a finanziare progetti aziendali modulati rispetto alle indicazioni regionali appresso descritte.



5

G

INDIVIDUAZIONE CRITICITA' (utilizzo risorse vincolate)

ESERCIZIO 2008 e 2009

Per il 2008 e 2009, le parti confermano parte delle progettualità già individuate nell'intesa del 6 aprile 2007 e che qui si riportano:

1) a Reparti di degenza con elevato turnover di personale

In alcuni reparti ospedalieri regionali si osserva un *turnover* (effettivo o richiesto) del personale del comparto molto elevato (spesso superiore al fisiologico del 14%) e una insufficiente soddisfazione quantitativa e qualitativa dei livelli assistenziali. Ciò è determinato da varie concause tra cui gli elevati carichi di lavoro, aspetti organizzativi, lo svolgimento di attività inappropriate da parte del personale e questi fattori impattano pesantemente sul clima di lavoro. Si propone di incentivare progettualità al fine di:

- attivare nuovi modelli organizzativi dell'assistenza (per esempio attraverso l'erogazione dell'assistenza per équipes/settori);
- elaborare e diffondere dei protocolli **condivisi** tra il personale infermieristico e il personale medico dei reparti/servizi interessati;
- valorizzare il personale che si dedica "regolarmente" all'inserimento dei neo-assunti;
- progettare e attuare modelli di dimissione protetta secondo le indicazioni della letteratura o, qualora tali progetti siano già stati attivati, avviare progetti per la valutazione e il miglioramento della completezza e pertinenza delle informazioni trasmesse all'utenza, ai caregivers e alle strutture territoriali di riferimento;
- attivare, nei reparti vecchi e nuovi per post acuti, un sistema organizzativo basato sull'autonomia dell'assistenza infermieristica e l'inserimento delle figure tecniche della riabilitazione e la flessibilità dell'organizzazione del lavoro determinate anche dalla necessità di fare riferimento a medici di diversi reparti.

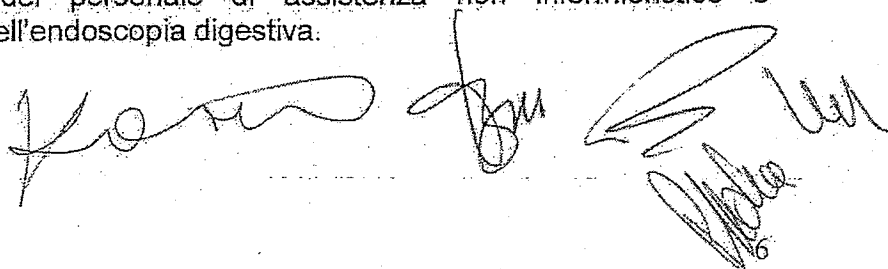
1b) Si conferma per il solo 2008 e negli stessi termini indicati nell'intesa del 6 aprile 2007 il progetto di Pronto Soccorso.

2) Screening per il tumore colonrettale

Come noto nel 2007 la programmazione regionale ha previsto **l'attivazione del programma di screening per il tumore colonrettale** che ha determinato un aumento dei carichi di attività per i servizi di endoscopia e di anatomia patologica oltre che per alcuni laboratori di analisi regionali.

Per il personale del comparto che svolge attività infermieristica per il personale di assistenza (OSS), per quello amministrativo e per i tecnici di laboratorio biomedico si propone di incentivare progettualità al fine di:

- potenziare l'offerta di diagnostica nei due settori di: anatomia patologica, e laboratorio di analisi che intervengono nei due livelli di funzionamento del programma di screening;
- Potenziare il supporto del personale di assistenza non infermieristico e amministrativo all'attività dell'endoscopia digestiva.



CS

3) Prevenzione - infortuni sul lavoro

Considerata la posizione del FVG che si pone ai primi posti a livello nazionale per l'elevata numerosità degli infortuni sul lavoro rispetto agli addetti, che appare necessario conseguire pienamente le previsioni della DGR 2682/02 e 3926/02 nonché DGR 1508/06, e attuare le nuove disposizioni del Piano regionale della prevenzione la parte, in tema di infortuni sul lavoro, si propone di incentivare progettualità al fine di:

- incrementare le attività di vigilanza e formazione per raggiungere gli standard programmati in particolare nel settore dell'edilizia e della metalmeccanica;
- ridurre i tempi di attesa per il completamento delle pratiche di malattia professionale;
- adottare le nuove modalità di inserimento dati nel nuovo sistema informativo;
- completare la valutazione dei casi arretrati in attesa di iscrizione nel registro degli ex esposti all'amianto.

4) Distretto (ADI, RSA, UVD, personale in case di riposo, personale dedicato all'assistenza del paziente oncologico)

L'integrale sviluppo del piano regionale per quanto attiene gli *aspetti di integrazione sociosanitaria* comporta importanti modifiche organizzative e di processo che coinvolgono il personale del comparto in modo sempre più professionalizzato ed autonomo ed implica una radicale modifica delle attività.

Si propone di incentivare progettualità al fine di:

- lavorare con una modalità che preveda l'elaborazione di progetti di assistenza personalizzata ed introdurre la figura del case manager;
- ottimizzare la gestione dell'attività domiciliare durante i periodi di caldo per prevenire le disidratazioni degli anziani;
- elaborare e sperimentare, con un lavoro congiunto ARS e Aziende, strumenti per la valutazione qualitativa dell'assistenza fornita agli utenti.

5) Radioterapia

Le prestazioni di radioterapia nella Regione hanno una evidente *sperequazione dei tempi di attesa*: si passa infatti dai 22 giorni complessivi nella AOU di Trieste per prima visita, simulazione e inizio radioterapia ai 66 giorni di Udine (ex A.O.) fino ai 103-138 giorni a seconda della tipologia tumorale dell'area pordenonese per analogo iter. Si propone di incentivare progettualità al fine di:

- riorganizzare il flusso di pazienti tra le aree vaste attraverso l'adozione di protocolli per la modificazione della distribuzione della casistica, per attuare un coordinamento delle prestazioni e lo scambio di informazioni tra i centri sui tempi di attesa;
- ampliare l'offerta dei servizi favorendo l'accessibilità degli utenti anche attraverso la espansione dell'attività.

6) Personale di assistenza (ota, oss, oss con formazione complementare, inf. gen., puericultrici)

Considerato che nell'ambito dell'organizzazione del lavoro - anche per effetto dei processi di riqualificazione - si assiste all'inserimento di nuove figure professionali con modifiche delle mansioni precedentemente svolte da parte di tutto il personale di assistenza, si propone di incentivare progettualità al fine di:

CS

CS

CS

CS

7

- 5
- individuare modalità organizzative (anche a livello di turno), per il miglior utilizzo del personale di supporto con l'obiettivo di conseguire la più efficiente ed appropriata azione da parte del personale deputato all'assistenza e l'inserimento delle nuove figure nelle equipe di cura volte a garantire l'assistenza agli anziani con cronicità sia nel setting di cura ospedaliero (es: Medicina, Chirurgie etc) che in quello territoriale (es: RSA, SID).

Le parti prevedono, altresì, per il presente biennio i seguenti ulteriori obiettivi regionali come appresso descritti:

7) Programmi di Prevenzione

Gli ambiti di azione della prevenzione sono attinenti al Piano Nazionale Prevenzione e al programma "Guadagnare Salute". Rispetto ai temi individuati dal programma, si ritiene di intervenire nei seguenti settori specifici che la Regione valuta come prioritari e bisognosi di supporto:

- Malattie infettive -politiche vaccinali-** : Campagna vaccinazione HPV delle giovani, attività di vaccinazione e counselling; avvio campagna (corsi di formazione aziendali; inizio sedute vaccinali);
- Infortuni sul lavoro**: Attività di informazione -formazione e progetto Ispesl per lo studio delle dinamiche infortunistiche: vanno attivate iniziative aventi caratteristiche di qualità;
- Incidenti stradali**: Attività di informazione e formazione nelle scuole, nelle comunità, nelle scuole guida ecc.: vanno attivate iniziative aventi caratteristiche di qualità;
- Incidenti domestici: target infanzia** : Attività di formazione ed informazione per le famiglie ed i genitori in genere sul controllo del rischio domestico, anche attraverso moltiplicatori della prevenzione (formare i formatori). **Target anziani** : promozione dell'attività fisica in età senile, informazione e consulenza nel corso dell'attività di assistenza domiciliare ADI/ ARD: vanno attivate iniziative aventi caratteristiche di qualità;
- Obesità** : attività di sorveglianza nutrizionale quali-quantitativa nelle scuole;
- Guadagnare salute** : progetti integrati in ambito scolastico: vanno attivati progetti integrati aventi caratteristiche di qualità;
- Valutazione epidemiologica** : attività del progetto Passi e del progetto OKkio alla salute.

- L'attività del progetto Passi consiste nella rilevazione sistematica e continua delle abitudini, degli stili di vita e dello stato di attuazione dei programmi di intervento che il Paese sta realizzando per modificare i comportamenti a rischio;

- L'attività correlata al progetto OKkio alla salute consiste nello svolgimento di indagini sulle abitudini alimentari e sull'attività fisica dei bambini delle scuole primarie (6-10 anni), attraverso la rilevazione sistematica e continua delle abitudini alimentari, degli stili di vita e dei valori antropometrici

8) Sistema informativo emodialisi

Si propone di incentivare la partecipazione del personale del comparto alla implementazione del sistema informativo del registro dialisi.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

8 *[Handwritten signature]*

10) personale amministrativo: attività carichi di lavoro, nuove procedure gestionali

In considerazione della tendenziale diminuzione, soprattutto nell'ultimo triennio, delle unità di personale amministrativo, si intendono incentivare le predette figure sia in presenza di incrementi di carichi di lavoro aziendali nonché direttamente coinvolto nello studio, predisposizione e applicazione di nuovi strumenti gestionali/informativi la cui pianificazione e sviluppo viene ricordata da INSIEL.

il personale

MODALITA' GESTIONALI

ESERCIZIO 2008 e 2009

1. Le risorse regionali aggiuntive complessivamente stanziato e distribuite per il 2008 e 2009 devono essere prioritariamente utilizzate per gli obiettivi individuati nel Protocollo di Intesa siglato il 28 febbraio 2008;
2. L'impiego delle altre risorse disponibili è così stabilito:

a) l'importo di risorse c.d. VINCOLATE pari a complessivi € **1.500.000,00 nel 2008 e 2.500.000,00**, è demandato alla contrattazione integrativa aziendale che dovrà VINCOLARLE a remunerare le problematiche nell'ambito delle criticità individuate a livello regionale e sovra descritte.

a1) per il solo esercizio 2008 resta invece attribuito all'A.S.S. n. 4 a titolo di quote vincolate con competenza 2007 l'importo di € **7.512,99** che sarà anch'esso finalizzato agli obiettivi vincolati regionali;

b) La rimanente quota di risorse c.d. NON VINCOLATE pari a complessivi € **5.057.082,99** è demandata alla contrattazione integrativa aziendale.

Al fine dell'impiego delle risorse di cui al presente punto 2, lettere a) e b) la C.I.A. dovrà individuare in modo coerente i destinatari e stabilire adeguatamente gli importi da assegnare nel rispetto del c.c.n.l. oltre che una loro utilizzazione basata su modalità che non possano acquisire carattere di irreversibilità;

3. Qualora gli importi assunti a base di calcolo per l'incentivazione degli obiettivi di cui al punto 1 (importi spesi e rendicontati nell'esercizio ~~2004~~ ²⁰⁰⁷) ed in quella misura attribuiti ad ogni singola Azienda si rivelassero insufficienti rispetto al fabbisogno emergente nel 2008, le Aziende utilizzeranno la parte delle risorse regionali aggiuntive NON VINCOLATE di cui al punto 2 lettera b), al fine di riconoscere i diritti spettanti al personale interessato.

o Le parti concordano che l'utilizzo delle quote di cui al punto 2 sarà oggetto di specifica rendicontazione. A tale scopo l'ARS, sentite le OO.SS. del comparto, predisporrà il modello di rendicontazione che sarà trasmesso ad ogni Azienda ed Istituto del SSR ai fini di un'analisi delle modalità di utilizzo.

4. Qualora l'Azienda non abbia impegnato totalmente o parzialmente le risorse regionali aggiuntive "vincolate" di cui al punto 2 lettera a) agli obiettivi indicati dalla Regione, dovrà evidenziarlo nella rendicontazione.

Eventuali residui di dette risorse dovranno essere riportati dalla singola Azienda nell'esercizio successivo a quello di attribuzione ad incremento delle quote vincolate con

[Handwritten signatures and initials at the bottom of the page]

GT

competenza riferita all'anno di assegnazione. Tali importi resteranno congelati in attesa di ulteriori indicazioni in merito al loro utilizzo.

- 5. Parimenti eventuali residui delle quote regionali NON VINCOLATE di cui al punto 2 lettera b) dovranno essere riportati nell'esercizio ~~2006~~ con competenza riferita all'anno di assegnazione ~~(2007)~~.

SUCCESSIVO

[Handwritten signature]
[Handwritten signature] 3/10/08
[Handwritten signature]

Le risorse aggiuntive devono essere utilizzate dalle Aziende con le modalità previste per la retribuzione di produttività nel pieno ed integrale rispetto delle disposizioni contrattuali sulle relazioni sindacali.

La liquidazione a saldo dei relativi compensi a favore del personale non può essere effettuata che dopo la verifica del raggiungimento degli obiettivi.

Così come previsto dai CCNLL, le eventuali anticipazioni o stati di avanzamento potranno essere erogati con le modalità dei Contratti Integrativi aziendali, ferma restando la corresponsione a partire dal 1 gennaio 2008, degli incentivi di cui al punto 1.

Il controllo e le valutazioni sulla congruenza dei progetti e le verifiche formali sul corretto utilizzo dei fondi fanno carico agli organismi aziendali deputati: Nucleo di Valutazione/Servizio Controllo Interno o organismi e equivalenti diversamente denominati, e Collegio dei Sindaci.

Le risultanze definitive saranno approvate e rendicontate da ciascuna Azienda unitamente al Bilancio di esercizio.

[Handwritten mark]

L'Assessore

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]

Le OO.SS

FP CGIL *[Handwritten signature]*

UIL FPL *[Handwritten signature]*

CISL FP *[Handwritten signature]*

USAE F.S.I. *[Handwritten signature]*

FIALS *[Handwritten signature]*

9

TABELLA ALLEGATA ALL'INTESA RISORSE REGIONALI AGGIUNTIVE dd. 30 settembre 2008

ATTRIBUZIONE RISORSE REGIONALI AGGIUNTIVE
PERSONALE DEL COMPARTO
esercizio 2008

Azienda	ris.agg.ve.2008 NON VINCOLATE distribuite pro-capite	risorse 2008 VINCOLATE ad obiettivi regionali distribuite pro-capite	residuo risorse vincolate 2007 in base a rendicontazione	ris.agg.ve per passaggi Bs-C prof.NON esaurimento	stima ris.agg.ve 2008 per incentivi lavoro notturno e festivo, turno, personale otoloss, tutor e coordinatori	totale risorse regionali aggiuntive esercizio 2008	totale risorse regionali aggiuntive compresi i residui vincolati 2007
A.S.S. n. 1	316.641,31	93.920,15	-	-	316.000,00	726.561,46	726.561,46
A.S.S. n. 2	507.543,90	150.544,46	-	-	695.312,91	1.353.401,28	1.353.401,28
A.S.S. n. 3	286.353,88	84.936,48	-	20.894,21	564.158,53	946.283,10	946.283,10
A.S.S. n. 4	555.269,55	164.700,54	7.499,35	-	864.420,62	1.584.390,71	1.591.890,06
A.S.S. n. 5	367.120,36	108.892,92	13,64	-	591.769,53	1.057.782,81	1.057.796,45
A.S.S. n. 6	457.064,85	135.571,69	-	-	570.000,00	1.162.636,54	1.162.636,54
A.O.U.Trieste	753.208,61	223.411,98	-	-	1.575.859,19	2.552.479,78	2.552.479,78
A.O.U.Udine	965.526,55	286.388,38	-	-	1.683.296,62	2.936.211,56	2.935.211,56
A.O. Pordenone	484.598,88	143.738,66	-	-	859.262,46	1.487.600,00	1.487.600,00
CRO Aviano	151.131,22	44.827,59	-	-	137.000,00	332.958,80	332.958,80
Burlo Trieste	187.843,25	55.716,88	-	426,66	302.105,35	546.092,14	546.092,14
ARS	7.036,47	2.087,11	-	-	0,00	9.123,59	9.123,59
CSC	17.744,15	5.263,16	-	-	0,00	23.007,31	23.007,31
TOTALE	6.057.082,99	1.500.000,00	7.512,99	21.260,87	8.149.185,21	14.727.529,07	14.735.042,06

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

9

30 settembre 2008

TABELLA ALLEGATA ALL'INTESA RISORSE REGIONALI AGGIUNTIVE dd.

ATTRIBUZIONE RISORSE REGIONALI AGGIUNTIVE
PERSONALE DEL COMPARTO
esercizio 2009

Azienda	ris.reg.agg.ve 2008 NON VINCOLATE distribuite pro- capite	risorse 2008 VINCOLATE ad obiettivi regionali distribuite pro-capite	residuo risorse vincolate 2007 in base a rendicontazione	ris.reg.agg.ve per passaggi Es-C prof.NON esaurimento	stima ris.agg.ve 2009 per incentivi lavoro notturno e festivo, turno, personale ot/loss, tutor e coordinatori	totale risorse regionali aggiuntive esercizio 2009
A.S.S. n. 1	316.641,31	166.533,58	-	-	316.000,00	789.174,89
A.S.S. n. 2	507.543,90	250.907,44	-	-	695.312,91	1.453.764,25
A.S.S. n. 3	286.353,88	141.560,80	-	20.834,21	554.158,53	1.002.907,42
A.S.S. n. 4	555.269,55	274.500,91	-	-	864.420,62	1.694.191,08
A.S.S. n. 5	367.120,36	181.488,20	-	-	591.769,53	1.140.378,10
A.S.S. n. 6	457.064,85	225.992,81	-	-	570.000,00	1.253.017,66
A.O.U. Trieste	753.208,61	372.353,30	-	-	1.575.859,19	2.701.421,10
A.O.U. Udine	965.528,55	477.313,97	-	-	1.683.296,62	3.126.137,15
A.O. Pordenone	484.598,88	239.564,43	-	-	859.262,46	1.583.425,77
CRÖ Aviano	151.131,22	74.712,64	-	-	137.000,00	352.843,86
Burlo Trieste	187.843,25	92.861,46	-	426,66	302.105,35	583.236,73
ARS	7.036,47	3.476,52	-	-	0,00	10.515,00
GSC	17.744,15	8.771,93	-	-	0,00	26.516,08
TOTALE	5.057.082,99	2.500.000,00	-	21.260,87	8.149.185,21	15.727.529,07



Prot n. 4650

Udine, 30 OTT. 2008

Oggetto: indicazioni operative utilizzo risorse
vincolate 2009 ex intesa regionale 1
ottobre 2008 – dirigenza medica e
veterinaria.

Rif.: Cristina Turco

Valore complessivo:

1.440.000 € anno 2008

1.545.838 € anno 2009

Ai Direttori Generali
delle Aziende per i Servizi Sanitari, delle
Aziende Ospedaliere e delle Aziende
Ospedaliero-Universitarie

Ai Direttori Generali
degli Istituti di Ricovero e Cura
a Carattere Scientifico

All'Amministratore Unico del Centro
Servizi Condivisi

E p.c.

Alla Direzione Centrale alla salute e
protezione sociale

LORO SEDI

In data 1 ottobre 2008, tra l'Assessore alla salute e Protezione Sociale e le OO.SS della dirigenza medica e veterinaria è stata sottoscritta l'intesa sulle risorse regionali aggiuntive (e successiva correzione degli errori materiali dd. 7 ottobre 2008) per il biennio 2008 e 2009, in corso di approvazione da parte della Giunta Regionale. Sulla scorta di quanto avvenuto anche per il biennio precedente, le parti hanno individuato due tipologie di risorse disponibili: quote "vincolate" e quote "non vincolate". L'intesa citata contiene le indicazioni operative riguardanti l'utilizzo delle risorse vincolate 2008 e demanda le indicazioni una nota da emanarsi entro il 30 ottobre p.v. quelle riferite all'esercizio 2009.

In ottemperanza a quanto sopra, su conforme indicazione dell'Assessore, si trasmettono gli obiettivi che la Regione ha individuato per l'esercizio 2009 e che Codeste Amministrazioni, – previo accordo con le OO.SS. della dirigenza medica e veterinaria – dovranno associare per il 2009 alle quote vincolate loro assegnate.



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
AGENZIA REGIONALE DELLA SANITÀ

Si fa presente che secondo quanto previsto dall'accordo del 1 ottobre 2008, eventuali importi non consumati per gli obiettivi indicati in allegato, confluiranno nel fondo di risultato aziendale dell'esercizio successivo ad incremento delle quote vincolate con competenza riferita all'anno di assegnazione. I predetti importi resteranno congelati in attesa di ulteriori indicazioni in merito al loro utilizzo.

Distinti saluti.

Il Direttore generale
- dott. Lionello Barbina -

All.: ut sopra.

	OBIETTIVO	DIRIGENTI INTERESSATI	INDICATORE	RISULTATO ATTESO	INCENTIVO
1	Malattie infettive - politiche vaccinali: campagna vaccinazione HPV delle giovani, attività di vaccinazione e counselling	Medici (individuati a scelta dal direttore generale) dei servizi di igiene e sanità pubblica	copertura di tutte le classi di età previste dal programma regionale per il 2008 e 2009 (invito, counselling, vaccinazione)	quantificazione da individuarsi in sede aziendale	min 2.500 Euro
2	Infortuni sul lavoro: Attività di informazione - formazione e progetto Ispesi per lo studio delle dinamiche infortunistiche	Medici (individuati a scelta dal direttore generale) delle uopsa	n. iniziative attivate aventi caratteristiche di qualità; progetto ISPEL a regime con inserimento eventi 2005	quantificazione da individuarsi in sede aziendale	min 2.500 Euro
3	Incidenti stradali: 1) Attività di informazione e formazione rivolte alla promozione della sicurezza stradale, alla modificazione comportamentale a rischio e alla prevenzione degli incidenti stradali in occasione di lavoro e in itinere; 2) partecipare all'individuazione di criteri da adottare nell'espressione di pareri igienico-sanitari relativi alla pianificazione urbanistica e progettazione edilizia finalizzati a mobilità sostenibile	Medici (individuati a scelta dal direttore generale) del Dipartimento di Prevenzione	1) n. iniziative attivate aventi caratteristiche di qualità; 2) proposta in bozza prodotta a livello di area vasta o interaziendale	quantificazione da individuarsi in sede aziendale	min 2.500 Euro
4	Incidenti domestici: - realizzare iniziative/programmi di formazione per operatori ASS, associazioni di categoria tecnicamente idonee, Comuni; - realizzare iniziative/programmi di formazione per l'empowerment di coloro che gestiscono le fasce di popolazione a maggior rischio: badanti, caregivers, baby sitter e nonni. La popolazione interessata da questo obiettivo è rappresentata dal TARGET INFANZIA E TARGET ANZIANI	Medici (individuati a scelta dal direttore generale) del Dipartimento di Prevenzione	n. iniziative attivate aventi caratteristiche di qualità	quantificazione da individuarsi in sede aziendale	min 2.500 Euro
5	obesità: - sviluppare iniziative e programmi di collaborazione tra dipartimenti di prevenzione, pediatri di libera scelta (con riferimento all'accordo integrativo regionale), dirigenti scolastici, Comuni, per promuovere una buona alimentazione negli asili nido, compresa la continuazione quando desiderato dalla madre dell'allattamento al seno; - sviluppare programmi di sorveglianza nutrizionale nelle scuole (consumi di frutta e verdura, consumi di merendine e bevande zuccherate, verifica del menù su indirizzo condiviso tra i Sian, promozione di azioni correttive)	Medici (individuati a scelta dal direttore generale) del Dipartimento di Prevenzione	1) % mense scolastiche sottoposte a sorveglianza (indicatori del Piano Regionale di Prevenzione); 2) produzione di bozza condivisa in area vasta o a livello interaziendale per linee di indirizzo sulla ristorazione collettiva in ambito scolastico	numero da definirsi in sede aziendale	min 2.500 Euro
6	Guadagnare salute : lotta al tabagismo: adesione ed implementazione sul territorio delle iniziative nazionali di prevenzione del tabagismo rivolte ai seguenti setting: ASS, istituti scolastici, luoghi di lavoro. Lotta all'abuso di alcol: realizzazione di iniziative di contrasto all'assunzione e somministrazione di alcol nelle attività lavorative a rischio con particolare priorità per il comparto dei trasporti; attività motoria: favorire tutte quelle iniziative che permettono, soprattutto agli utenti deboli, di svolgere un'adeguata attività fisica, ad esempio i "piedibus" per i bambini, e i "gruppi di cammino" per gli anziani. In questi progetti collaborare con altri attori (ad esempio le Amministrazioni locali, le associazioni sportive, le scuole)	Medici (individuati a scelta dal direttore generale) del Dipartimento di Prevenzione e del Dipartimento delle Dipendenze	n. progetti integrati attivati aventi caratteristiche di qualità	quantificazione da individuarsi in sede aziendale	min 2.500 Euro
7	Valutazione epidemiologica : attività del progetto Passi (1) e del progetto OKKio alla salute (2). 1. rilevazione sistematica e continua delle abitudini, degli stili di vita e dello stato di attuazione dei programmi di intervento che il Paese sta realizzando per modificare i comportamenti a rischio; 2. indagini sulle abitudini alimentari e sull'attività fisica dei bambini delle scuole primarie (6-10 anni), attraverso la rilevazione sistematica e continua delle abitudini alimentari, degli stili di vita e dei valori antropometrici	Medici (individuati a scelta dal direttore generale) del Dipartimento di Prevenzione	numero dei soggetti indagati secondo le indicazioni CCM per ogni singolo progetto; partecipazione alle rilevazioni regionali nell'ambito dei progetti	quantificazione da individuarsi in sede aziendale	min 2.500 Euro
8	prevenzione cardio vascolare: nell'ambito del programma di monitoraggio e di intervento sul rischio, svolgimento di attività di nuove funzioni di raccordo tra MMG, specialisti e operatori dei dipartimenti di prevenzione e la cittadinanza in relazione ai comportamenti disfunzionali (alcol, fumo, obesità, sedentarietà ecc...) da svilupparsi a livello di distretto	medici coinvolti nella sperimentazione dell'azienda/e pilota	partecipazione al progetto	definito all'interno del progetto coordinato da ARS/DCSPS/Azienda	min 2.500 Euro
9	sicurezza alimentare, igiene del mangimi, sanità e benessere degli animali: attuazione a regime delle azioni definite dal piano sanitario regionale sulla materia ed avviate nel 2008	veterinari individuati dal direttore generale	da concordare in sede aziendale	da concordare in sede aziendale	min 2.500 Euro

NB: iniziative formative con caratteristiche di qualità = con indicatori di processo e risultato

10	partecipazione al programma regionale di revisione del sistema di codifica dell'anatomia patologica	medici anatomo patologi partecipanti	partecipazione ai gruppi di lavoro aziendali e regionali	predisposizione e test del nuovo sistema di codifica	min 2.500 Euro
11	semplificazione procedure di accesso a visite ed esami: 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 e, ove possibile, prenotando le prestazioni successive.	medici delle UU.OO. individuate dalla direzione generale	numero di impegnative SSN redatte dallo specialista in ambito ambulatoriale	n° superiore rispetto al valore 2008 per ciascuna U.O. individuata, in % da definirsi a livello aziendale	min 2.500 Euro
12	riduzione liste di attesa su: a) visita oculistica b) ECDIsta	medici di AOU TS	monitoraggio da parte di ARS	a) aumento del 20% b) aumento del 15%	min 2.500 Euro
13	riduzione liste di attesa su: a) EDCIsta b) visita urologica	medici di ASS n. 2 a) Gorizia b) Montalcone	monitoraggio da parte di ARS	a) aumento del 15% b) aumento del 15%	min 2.500 Euro
14	riduzione liste di attesa su: a) visita neurologica	medici di ASS n. 3	monitoraggio da parte di ARS	a) aumento del 15%	min 2.500 Euro
15	riduzione liste di attesa su a) RM cervello/tronco/colonna b) ECOcardio	medici di AOU UD	monitoraggio da parte di ARS	a) aumento del 15% b) aumento del 20%	min 2.500 Euro
16	riduzione liste di attesa su a) ECDIsta	medici di ASS 4 (ospedale S. Daniele)	monitoraggio da parte di ARS	a) aumento del 5%	min 2.500 Euro
17	riduzione liste di attesa su a) visita oculistica	medici di ASS 5 (ospedali Palmanova e Latisana)	monitoraggio da parte di ARS	a) aumento del 5%	min 2.500 Euro
18	riduzione liste di attesa su: a) ecodoppler TSA	medici di ASS 6 (ospedali San Vito e Spilimbergo)	monitoraggio da parte di ARS	a) aumento del 25%	min 2.500 Euro
19	riduzione liste di attesa su a) visita oculistica	medici di AO PN	monitoraggio da parte di ARS	a) aumento del 10%	min 2.500 Euro