

Genehmigung des „Landesplanes für die Einschränkung der Wartezeiten für fachärztliche Leistungen“, gültig für den Dreijahreszeitraum 2007-2009

Approvazione del „Piano provinciale per il contenimento dei tempi di attesa“ per prestazioni mediche specialistiche, valido per il triennio 2007-2009

Nach Einsichtnahme in das gesetzvertretende Dekret vom 30. Dezember 1992, Nr. 502, in geltender Fassung betreffend die Neuordnung im Bereich Gesundheitswesen, welches ein neues Kontrollsystem eingeführt hat, das auf den Indikatoren für die Qualität, die Effizienz und die Bürgernähe aufbaut;

nach Einsichtnahme in den X. und XII Absatz des Art. 3 des gesetzvertretenden Dekretes 124/98 (sogenannte "Sanitometro-Regelung"), welches die Bestimmung von Kriterien für die Neuordnung der ambulatorialen Tätigkeit, für die Verwaltung der Wartelisten, die Höchstdauer der Wartezeiten und die Einrichtung eines Informationssystems zur Überprüfung des angesprochenen Phänomens vorsieht;

nach Einsichtnahme in das Dekret des Präsidenten der Republik vom 27.03.1998 betreffend den „Staatlichen Gesundheitsplan 1998-2000“, welcher im Rahmen der Ziele der Regionen und Sanitätsbetriebe die Ausarbeitung von Programmen zur Reduzierung der Wartezeiten vorsieht;

nach Einsichtnahme in den Beschluss der Landesregierung Nr. 3917 vom 13.09.1999 betreffend die „Neuformulierung der Richtlinien und Kriterien für die fachärztliche ambulante Tätigkeit mit dem Ziel der Festsetzung der Höchstgrenze bei Wartezeiten für fachärztliche ambulante Leistungen“;

festgestellt, dass im Landesgesundheitsplan 2000-2002, die Landesverwaltung die Verbindlichkeit eingeht, in den Diensten das „Qualitätskonzept“ zu verbreiten und die Zahl von Initiativen zur Qualitätssteigerung in den Gesundheitsdiensten zu fördern;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, concernente il riordino della disciplina in materia sanitaria, che ha introdotto un nuovo sistema di controllo basato sugli indicatori di qualità, efficienza e di stato dei rapporti con i cittadini;

visti il X ed il XII comma dell'art. 3 del decreto legislativo 124/98 (cd. "sanitometro") che prevede l'individuazione dei criteri per la riorganizzazione dell'attività ambulatoriale, per la gestione delle liste di attese, dei tempi massimi d'attesa e l'istituzione di un sistema informativo per conoscere e monitorare il sopraccitato fenomeno;

visto il decreto del Presidente della Repubblica del 27.03.1998 „Piano sanitario nazionale 1998-2000“, che indica, tra gli obiettivi di regioni e aziende sanitarie, l'elaborazione di programmi per la riduzione dei tempi di attesa;

vista la delibera della Giunta Provinciale n. 3917 del 13.09.1999 riguardante "la rimodulazione delle linee guida e dei criteri per l'attività specialistica ambulatoriale del tempo massimo di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali";

visto il Piano sanitario provinciale 2000-2002, con il quale la Provincia ha confermato il proprio impegno a diffondere nei servizi „la cultura della qualità“ e ad incrementare iniziative di sviluppo della qualità nei servizi sanitari;

nach Einsichtnahme in das Staat-Regionen-Abkommen, das am 14. Februar 2002 unterzeichnet wurde, und welches eine zusätzliche Bedeutung einer Reihe von Programmen im Rahmen der Reduzierung der Wartelisten für fachärztliche Leistungen und im Day-Hospital, zukommen läßt;

nach Einsichtnahme in den Beschluss der Landesregierung Nr. 1067 vom 07.04.2003 betreffend „das Programm für die klinischen Prioritäten im Bereich des Zuganges zu fachärztlichen Leistungen für diagnostische und therapeutische Zwecke“;

nach Einsichtnahme in den Vereinbarungsentwurf zwischen der Regierung, den Regionen und den Autonomen Provinzen von Trient und Bozen in Bezugnahme auf den „Nationalen Plan zur Einschränkung der Wartezeiten für das Triennium 2006-2008“. Der zitierte Plan hat sich zum Ziel gesetzt, einen Weg für die Verwaltung der Wartelisten aufzuzeigen und diesen gutzuheißen, im Sinne eines angemessenen Zuganges der Bürger zu den Gesundheitsdiensten. Dieser Weg, welcher den strengen Vorgaben beziehungsweise den Kriterien für die Angemessenheit und der Dringlichkeit von fachärztlichen Leistungen Rechnung trägt soll die Transparenz auf allen Ebenen sicherstellen;

zur Kenntnis genommen, dass das Phänomen der „Wartelisten“ in allen Staaten präsent ist, wo sich ein funktionierender Gesundheitsdienst entwickelt hat, welcher fortgeschrittene Betreuungsstandards anbietet, unabhängig vom effektiv angewandten organisatorischen Modell. Eine systematische Überwachung der Wartezeiten ist deshalb unverzichtbar, da diese es ermöglicht, den Landesgesundheitsdienst besser zu positionieren und durch Vergleiche mit anderen Regionen Italiens sowie im Zusammenhang mit der Gesundheitsplanung auf nationaler Ebene, anzustellen.

visto l'accordo tra Stato e Regioni, siglato in data 14 febbraio 2002, con il quale è stata attribuita una serie di programmi in materia di riduzione delle liste di attesa per le prestazioni specialistiche e di day hospital, maggiore efficacia ed incisività;

vista la delibera della Giunta Provinciale n. 1067 del 07.04.2003 relativa "il programma di priorità clinica per l'accesso alle prestazioni specialistiche diagnostiche e terapeutiche";

visto lo schema di intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008. Il predetto piano si propone di condividere un percorso per il governo delle liste d'attesa finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari. Tale percorso deve tener conto delle applicazioni di rigorosi criteri rigorosi sia di appropriatezza sia di urgenza delle prestazioni specialistiche e deve garantire la trasparenza del sistema a tutti i livelli;

preso atto che il fenomeno delle liste di attesa è presente in tutti gli Stati dove è attivo un servizio sanitario che assicuri livelli di assistenza evoluti, qualunque sia il modello organizzativo adottato. È indispensabile un monitoraggio sistematico dei tempi di attesa, al fine di avere un ritorno oggettivo degli interventi attuati e di posizionare il servizio sanitario provinciale ai servizi sanitari delle altre Regioni ed alle indicazioni della programmazione nazionale;

die Autonome Provinz Bozen, hat besonders seit Ende der 90-er Jahre eine Reihe von Maßnahmen ergriffen, welche in direkter oder indirekter Weise auf eine Rationalisierung der Wartezeiten für Leistungen des Gesundheitsdiensts abzielen. Daher hat sich das Gesundheitsassessorat in enger Zusammenarbeit mit den zuständigen Sanitätsbetrieben um neue Modelle und innovative Projekte, im Hinblick auf eine bessere Verwaltung der Wartelisten und Wartezeiten bemüht, vor allem in Berücksichtigung, dass sich die technische Qualität im Gesundheitswesen ständig weiter entwickelt, das heißt immer öfters die biomedizinische Technologie und die ambulanten Dienste in Anspruch genommen werden. Deshalb wurde es als zweckmäßig erachtet, homogene Gruppierungen betreffend die Wartezeiten (HGW - RAO) und klinische Wege zu definieren, mit dem Ziel, in akzeptablen Zeiten den klinischen Bedürfnissen bei nicht dringenden medizinischen Eingriffen Rechnung zu tragen und sowie in angemessener Art und Weise die bestehenden technologischen und humanen Ressourcen zu nutzen;

nach Anhören des Berichterstatters wird von der Landesregierung einstimmig in gesetzlicher Form

#### b e s c h l o s s e n:

1. den „Landesplan zur Einschränkung der Wartezeiten für fachärztliche Leistungen“, gültig für den Dreijahreszeitraum 2007-2009, gemäss Anlage, welche einen wesentlichen Bestandteil dieses Beschlusses bildet, zu genehmigen;

la Provincia Autonoma di Bolzano, in particolare dalla fine degli anni `90, ha adottato una serie di provvedimenti rivolti – sia direttamente che indirettamente – all’ottimizzazione dei tempi di attesa per le prestazioni assicurate dal Servizio Sanitario Provinciale. A tal fine l’Assessorato alla Sanità di Bolzano, in stretta collaborazione con le Aziende Sanitarie competenti ha iniziato ad interessarsi a nuovi ed originali modelli per una migliore gestione dei tempi e delle liste d’attesa. Considerato inoltre l’incremento della qualità tecnica nell’ambito della sanità, quindi dell’uso sempre più elevato di tecnologia biomedica, e dell’utilizzo sempre maggiore dei servizi ambulatoriali, si è ritenuto opportuno definire raggruppamenti d’attesa omogenei (RAO) e percorsi clinici con il duplice obiettivo di rispondere in tempi clinicamente accettabili alle richieste non emergenti d’intervento sanitario e di utilizzare in modo appropriato le risorse tecnologiche ed umane;

sentito il relatore, la giunta provinciale a voti unanimi, espressi nei modi di legge

#### d e l i b e r a:

1. di approvare il “Piano provinciale per il contenimento dei tempi di attesa per prestazioni mediche specialistiche”, valido per il triennio 2007-2009, in allegato al presente atto quale sua parte integrante e sostanziale;

- |  |   |
|--|---|
| <p>2. inhaltliche Abänderungen des Beschlusses der Landesregierung Nr. 1067/2003, mit diesem neuen Dokument vorzunehmen;</p> <p>3. festzuhalten, dass dieser Beschluss keine zusätzlichen Ausgaben für den Landeshaushalt mit sich bringt;</p> <p>4. festzuhalten, dass gegenständlicher Beschluss im „Amtsblatt der Region“ kundzumachen ist.</p> | <p>2. di apportare delle modifiche al contenuto della delibera della Giunta Provinciale n. 1067/2003, con il seguente nuovo documento;</p> <p>3. di dare atto che la presente delibera non comporta ulteriore spese a carico del bilancio provinciale;</p> <p>4. di dare atto che la presente deliberazione sarà pubblicata nel “Bollettino Ufficiale della Regione”.</p> |
|--|---|

DER LANDESHAUPTMANN

IL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA

DER GENERALSEKRETÄR DER L.R.

IL SEGRETARIO GENERALE DELLA  
G.P.

**PIANO PROVINCIALE PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI  
DI ATTESA  
(valido per il triennio 2007 – 2009)**

**1 - I TEMPI MASSIMI DI ATTESA**

- le prestazioni del Piano Nazionale
- le altre prestazioni

**2 - PRINCIPI GENERALI**

- sviluppo di linee guida

**3 - AZIONI CORRETTIVE**

**4 - COMUNICAZIONE - INFORMAZIONE**

## 1 - I TEMPI MASSIMI DI ATTESA

### Le prestazioni del Piano Nazionale:

in allegato segue secondo quanto stabilito dal Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa ed approvato in sede di intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006, l'elenco delle prestazioni ambulatoriali, per le quali vi è un impegno prioritario a stabilire una riduzione dei tempi di attesa e la trasparenza, verso gli assistiti, del livello di esigibilità delle prestazioni.

Si tratta di ca. 100 prestazioni:

- individuate in specifiche aree critiche di bisogno assistenziale per le quali è prevedibile un ricorso caratterizzato da un alto livello di appropriatezza (area delle urgenze differibili, area oncologica, area delle patologie cardiache e vascolari);
- prime visite specialistiche in branche caratterizzate da una forte domanda assistenziale;
- prestazioni individuate in settori ad alta complessità tecnologica;
- prestazioni individuate in ambiti che presentano forti differenze di accessibilità nelle diverse realtà regionali.

Per ciascuna area di interesse e, al proprio interno, distintamente per le prestazioni ambulatoriali, di ricovero ordinario, di day hospital e day surgery viene quindi indicato:

- un numero progressivo;
- la descrizione della prestazione;
- il codice ICD9-CM (classificazione internazionale delle cause di morte e di malattia);
- il codice di nomenclatore di riferimento;
- i tempi di attesa massimi di riferimento che l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige dovranno assicurare in forza del presente Piano e del suo programma attuativo dalla data del 1 ottobre 2007.

Si precisa che il tempo massimo di attesa individuato nelle colonne di riferimento deve essere garantito per il 90% dei pazienti residenti / iscritti al Servizio Sanitario Provinciale che richiedano la prestazione.

Il tempo di attesa riferito al caso di ricovero decorre dalla data di prescrizione del ricovero e/o dell'intervento chirurgico effettuata da parte del medico ospedaliero.

I criteri di priorità vengono indicati tramite la definizione di RAO (raggruppamenti di attesa omogenei) o attraverso i PDT (piani diagnostici terapeutici).

Riassumendo: per attuare il provvedimento in questione e per definire il carattere d'urgenza differibile di una prestazione diagnostica e specialistica nella maniera più oggettiva possibile in riferimento alle condizioni di bisogno sotto il profilo clinico, si è resa necessaria la creazione e la dotazione di un apposito strumento tecnico.

In tal senso la Giunta Provinciale attraverso l'Assessorato alla Sanità continua a sensibilizzare l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ad avvalersi del modello metodologico ed organizzato denominato "Raggruppamenti d'Attesa Omogenei" (RAO). Si tratta di uno strumento che, oltre che utilizzabile in questo caso specifico, deve essere considerato anche in senso più generale come metodologia di razionalizzazione delle liste di attesa. Concretamente il modello RAO, per ogni prestazione diagnostica e terapeutica, raggruppa in diversi livelli di priorità le svariate condizioni sintomatologiche e cliniche afferenti a quella prestazione, fissando per ciascun livello di priorità il tempo massimo di attesa e, dunque, precisi punti di riferimento sia per i prescrittori (che devono attenersi a questa classificazione per definire in modo appropriato l'eventuale urgenza di un intervento), sia gli erogatori (che devono fornire, a secondo della priorità, le prestazioni entro il tempo segnalato).

## Elenco delle prestazioni del piano provinciale per il contenimento dei tempi di attesa:

### A – Area oncologica (numero prestazioni = 24)

Primo accesso per diagnosi in sospetto di patologia neoplastica richiesto dall'oncologo ( o altro medico che tratti patologie neoplastiche)\*.

#### Prestazioni ambulatoriali:

N.	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice nomenclatore	Attesa massima in giorni – Tempi max. dalla prescrizione
1	Visita oncologica*	89.07		10
2	Visita radioterapica pretrattamento	89.03		15

#### **Radiologia:**

N.	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice nomenclatore	Attesa massima in giorni – Tempi max. dalla prescrizione
3	Mammografia	87.37	87.31.1 87.32.2	10

#### **TC con o senza contrasto:**

N.	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice nomenclatore	Attesa massima in giorni – Tempi max. dalla prescrizione
4	Torace	87.41	87.41 87.41.1	15
5	Addome superiore	88.01	88.01.2 88.01.1	15
6	Addome inferiore	88.01	88.01.4 88.01.3	15
7	Addome completo	88.01	88.01.6 88.01.5	15

**Risonanza magnetica:**

N.	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice nomenclatore	Attesa massima in giorni – Tempi max. dalla prescrizione
8	Cervello e tronco encefalico	88.91	88.91.1 88.91.2	15
9	Pelvi, prostata e vescica	88.95	88.95.4 88.95.5	15

**Ecografia:**

N.	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice nomenclatore	Attesa massima in giorni – Tempi max. dalla prescrizione
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:**

N.	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice nomenclatore	Attesa massima in giorni – Tempi max. dalla prescrizione
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	Broncoscopia	33.23	33.22	10
16	Colposcopia	70.21	70.21	10
17	Cistoscopia	57.32	57.32	10
18	Biopsia Transperineale o Transrettale della prostata (Agobiopsia Ecoguidata)		60.11.1	10

**Radioterapia:**

N.	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice nomenclatore	Attesa massima in giorni – Tempi max. dalla prescrizione
19	Sessione di radioterapia	V58.0	92.24.1 92.24.2 92.24.3 92.24.4 92.25.1 92.25.2	15

**Prestazioni di ricovero ordinario:**

N.	Prestazione	Codice intervento	Codice diagnosi	Attesa massima in giorni – Tempi max. dalla prescrizione
20	Interventi chirurgici tumore mammella	Categoria 85.4	Categoria 174	30
21	Interventi chirurgici tumore Prostata	60.50	Categoria 185	30
22	Interventi chirurgici per tumori Colon retto	45.7 45.8 48.5 48.6	Categorie 153 – 154	30
23	Interventi ginecologici per tumori dell'utero	Da 68.3 a 68.9	Categoria 182	30

**Prestazioni in day hospital/day surgery:**

N.	Prestazione	Codice intervento	Codice diagnosi	Attesa massima in giorni – Tempi max. dalla prescrizione
24	Chemioterapia	99.25	58.1	15

## B – Area Cardiovascolare (numero prestazioni = 14)

### Prestazioni ambulatoriali:

Casi clinici NON PRIORITARI che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere pregiudizio alla prognosi.

N.	Prestazione	Codice intervento	Codice diagnosi	Attesa massima in giorni – Tempi max. dalla prescrizione
25	Visita cardiologica	89.70	89.70	60
26	Visita chirurgica vascolare	89.70	89.70	60

### **Ecografia:**

N.	Prestazione	Codice intervento	Codice diagnosi	Attesa massima in giorni – Tempi max. dalla prescrizione
27	Cardiaca (Ecocolordoppler cardiaca)	88.72	88.72.3	60
28	Ecocolordoppler tronchi sovra aortici	88.73	88.73.5	60
29	Ecocolordoppler vasi periferici	88.77	88.77.2	60

### **Esami specialistici:**

N.	Prestazione	Codice intervento	Codice diagnosi	Attesa massima in giorni – Tempi max. dalla prescrizione
30	Elettrocardiogramma	89.52	89.52	15
31	Elettrocardiogramma holter	89.50	89.50	60
32	Elettrocardiogramma da sforzo	89.59	89.41 89.43	60
33	Holter pres-Sorio	89.61	89.61.1	60

**Riabilitazione:**

N.	Prestazione	Codice inter- vento	Codice dia- gnosi	Attesa massi- ma in giorni – Tempi max. dalla prescri- zione
34	Cardiologia	93.36	93.36	30

**Prestazioni di ricovero ordinario:**

N.	Prestazione	Codice inter- vento	Codice dia- gnosi	Attesa massi- ma in giorni – Tempi max. dalla prescri- zione
35	By pass aorto- coronarico	36.10		70
36	Angioplastica Coronaria (PTCA)	Categoria 26.0		30
37	Endoarteriec- tomia caroti- dea	38.12		90

**Prestazioni in day hospital/day surgery:**

N.	Prestazione	Codice inter- vento	Codice dia- gnosi	Attesa massi- ma in giorni – Tempi max. dalla prescri- zione
38	Coronarografia	88.55 88.56 88.57		30

### **C – Area Materno Infantile (numero prestazioni = 2)**

Casi clinici NON PRIORITARI che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere pregiudizio alla prognosi.

#### Prestazioni ambulatoriali:

N.	Prestazione	Codice intervento	Codice diagnosi	Attesa massima in giorni – Tempi max. dalla prescrizione
39	Visita ginecologica	V72.3	89.26	60

#### **Ecografia:**

N.	Prestazione	Codice intervento	Codice diagnosi	Attesa massima in giorni – Tempi max. dalla prescrizione
40	Ostetricia - Ginecologica	88.78 88.79	88.78 88.78.2	60

### **D- Area Geriatrica (numero prestazioni = 9)**

Casi clinici NON PRIORITARI che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere pregiudizio alla prognosi.

#### Prestazioni ambulatoriali:

N.	Prestazione	Codice intervento	Codice diagnosi	Attesa massima in giorni – Tempi max. dalla prescrizione
41	Visita neurologica	89.70	89.13	60

**TC con o senza contrasto:**

N.	Prestazione	Codice inter- vento	Codice dia- gnosi	Attesa massi- ma in giorni – Tempi max. dalla prescri- zione
42	Capo	87.03	87.03 87.03.1	50
43	Rachide e speco verte- brale	88.38	88.38.2 88.38.1	60
44	Bacino	88.38	88.38.5	60

**Esami specialistici:**

N.	Prestazione	Codice inter- vento	Codice dia- gnosi	Attesa massi- ma in giorni – Tempi max. dalla prescri- zione
45	Audiometria	95.41	95.41.1	60
46	Spirometria	89.37	89.37.1 89.37.2	30
47	Fondo Oculare	95.10	95.09.1	60

Prestazioni di ricovero ordinario:

N.	Prestazione	Codice inter- vento	Codice dia- gnosi	Attesa massi- ma in giorni – Tempi max. dalla prescri- zione
48	Intervento pro- tesi d'anca	81.51 81.52 81.53		270

Prestazioni in day hospital/day surgery:

N.	Prestazione	Codice inter- vento	Codice dia- gnosi	Attesa massi- ma in giorni – Tempi max. dalla prescri- zione
49	Catararatta	13.00		90

## E- Visite specialistiche di maggior impatto (numero prestazioni = 6)

Casi clinici NON PRIORITARI che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere pregiudizio alla prognosi.

### Prestazioni ambulatoriali:

N.	Prestazione	Codice ICD9 – CM	Codice nomenclatore	Attesa massima in giorni – Tempi max. dalla prescrizione
50	Visita dermatologica	89.70	89.70	60
51	Visita oculistica	95.00	95.02	60
52	Visita otorinolaringoiatrica	89.70	89.70	60
53	Visita ortopedica	89.70	89.70	60
54	Visita urologica	89.70	89.70	60
55	Colloquio psichiatrico	94.10	94.19.1	60
55 bis	Visita stomatologica	89.07	89.07	90
55 tris	Visita ematologica	89.07	89.07	60
55 quater	Visita nefrologica	89.07	89.07	60
55 quinquies	Visita per ipertensione	89.07	89.07	60
55 sexies	Visita dietologica	89.07	89.07	60
55 septies	Visita reumatologica	89.07	89.07	60

## F- Altre prestazioni (numero prestazioni = 45)

Casi clinici NON PRIORITARI che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere pregiudizio alla prognosi.

### Prestazioni ambulatoriali:

N.	Prestazione	Codice ICD9 – CM	Codice nomenclatore	Attesa massima in giorni – Tempi max. dalla prescrizione
56	Radiografia del capo	87.00	87.17.1	30
57	Radiografia del torace	87.44	87.44.1	30
58	Clisma opaco semplice e con doppio contrasto	87.64	87.65.1 87.65.2	30
59	Radiografia completa tubo digerente	87.60	87.61	30
60	Urografia endovenosa	87.73	87.73	50
61	Radiografia ossea e delle articolazioni	87.2 88.2 88.3	87.22 -87.24 87.29 88.21 - 88.23 88.26 - 88.28 88.29.1 88.29.2 88.31	30
62	Radiografia dell'addome	88.0 – 88.1	88.19	30

**TC con/senza mezzo di contrasto:**

N.	Prestazione	Codice ICD9 – CM	Codice no-menclatore	Attesa massima in giorni – Tempi max. dalla prescrizione
63	Massiccio facciale	88.38	87.03.3 87.03.2	60
64	Collo	88.38	87.03.8 – 87.03.7	60
65	Arcate dentarie (dental scan)	88.38	87.03.4	60
66	Orecchio	88.38	87.03.6 87.03.5	60
67	Ghiandole salivari	88.38	87.03.9	60
68	Rene	87.71	87.71 87.71.1	60
69	Arti superiori e inferiori	88.38	88.38.3 88.38.4 88.38.6 88.38.7	60

**Risonanza magnetica:**

N.	Prestazione	Codice ICD9 – CM	Codice no-menclatore	Attesa massima in giorni – Tempi max. dalla prescrizione
70	Torace e miocardio	88.92	88.92 88.92.1	60
71	Muscoloscheletrica	88.94	88.94.1 88.94.2	60
72	Colonna vertebrale	88.93	88.93.1 88.93.1	60

**Ecografia:**

N.	Prestazione	Codice ICD9 - CM	Codice no-menclatore	Attesa massima in giorni – Tempi max. dalla prescrizione
73	Toracica	88.73	88.73.3	50
74	Capo e collo	88.71	88.71.4	50

**Dermatologia:**

N.	Prestazione	Codice ICD9 - CM	Codice no-menclatore	Attesa massima in giorni – Tempi max. dalla prescrizione
75	Test allergologici	72.7	91.90.1 91.90.2 91.90.3 91.90.4 91.90.5 91.90.6	50

**Gastroenterologia:**

N.	Prestazione	Codice ICD9 - CM	Codice no-menclatore	Attesa massima in giorni – Tempi max. dalla prescrizione
76	Visita gastroenterologica	89.70	89.70	60
77	Visita pneumologica	89.70	89.70	60

**Neurologia:**

N.	Prestazione	Codice ICD9 - CM	Codice no-menclatore	Attesa massima in giorni – Tempi max. dalla prescrizione
78	Elettroencefalogramma	89.14	89.14	50
79	Elettromiografia	93.08	93.08.1	60

**Oculistica:**

N.	Prestazione	Codice ICD9 - CM	Codice no-menclatore	Attesa massima in giorni – Tempi max. dalla prescrizione
80	Campo visivo	95.05	95.05	50
81	Fluorangiografia	95.12	95.12	50

**Otorinolaringoiatria:**

N.	Prestazione	Codice ICD9 - CM	Codice nomenclatore	Attesa massima in giorni – Tempi max. dalla prescrizione
82	Impedenzometria	20.39	95.42	50
83	Potenziali evocati	20.39	89.15.1	50
84	Test vestibolare	95.44 95.45 95.46	95.44.1 95.44.2 95.45	50

**Ostetricia e ginecologia:**

N.	Prestazione	Codice ICD9 - CM	Codice nomenclatore	Attesa massima in giorni – Tempi max. dalla prescrizione
85	Isteroscopia	68.12	68.12.1	50

**Riabilitazione:**

N.	Prestazione	Codice ICD9 - CM	Codice nomenclatore	Attesa massima in giorni – Tempi max. dalla prescrizione
86	1° visita riabilitativa	89.70	89.70	90
87	Respiratoria	57.0	93.18	30
88	Motoria	57.1	93.11.1– 93.11.5	120
89	Logopedia	57.3	93.72.1 93.72.2	90
90	Ortottica	57.4	93.78.1 93.78.2	90

**Endocrinologia:**

N.	Prestazione	Codice ICD9 - CM	Codice nomenclatore	Attesa massima in giorni – Tempi max. dalla prescrizione
91	Visita endocrinologica	89.70	89.70	60

Prestazioni di ricovero ordinario:

N.	Prestazione	Codice intervento	Codice diagnosi	Attesa massima in giorni – Tempi max. dalla prescrizione
92	Interventi chirurgici Polmone	32 33		30
93	Interventi chirurgici Colon	46		30
94	Tonsillectomia	28.2 28.3		90
95	Adenoidectomia	28.60		90

Prestazioni in day hospital/day surgery:

N.	Prestazione	Codice intervento	Codice diagnosi	Attesa massima in giorni – Tempi max. dalla prescrizione
96	Artroscopia	80.20		90
97	Biopsia percutanea del fegato	50.11		60
98	Legatura e stripping di vene	38.50		120
99	Emorroidectomia	49.46		60
100	Riparazione ernia inguinale	53.00 - 53.10		60
101	Decompressione tunnel carpale	4.43		60

Per le prestazioni sopra elencate, il tempo massimo d'attesa dovrà essere garantito per il 90 per cento dei pazienti, a prescindere dall'individuazione delle priorità di accesso alle medesime, che comunque andranno a garantire classi di priorità con un arco temporale minore rispetto a quello evidenziato, in coerenza e in analogia con quanto già stabilito dall'Accordo Stato Regioni del 11 luglio 2002 per alcune prestazioni ambulatoriali e di ricovero.

### **Le altre prestazioni:**

#### **A) Prestazioni ambulatoriali:**

La suddivisione dei livelli per i tempi stabiliti nella delibera della Giunta Provinciale n. 1067/2003 relativi alle prestazioni ambulatoriali è aggiornata come segue:

#### **1° livello: Prestazione urgente :**

Prestazione da erogare nel più breve tempo possibile e comunque in giornata.

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

Modalità di erogazione: tramite Pronto Soccorso o per accesso diretto all'erogatore. Le modalità per l'accesso diretto del paziente ai vari servizi sono da identificare mediante regolamento interno, che dovrà essere elaborato dalla Direzione Sanitaria dell' Azienda.

I pazienti con richiesta di prestazioni urgenti accedono direttamente alla Struttura Ospedaliera senza il tramite del Centro Unico di Prenotazione e sono tenuti, ove previsto, al pagamento del ticket

#### **2° livello: Prestazione prioritaria:**

Prestazione da erogare entro un tempo massimo di 8 giorni.

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

Modalità di erogazione: la prenotazione avviene esclusivamente tramite CUP (quando disponibile) con inserimento in posti riservati a tale modalità (agenda dedicata, posti riservati in un'agenda normale). In assenza di CUP le aziende devono disciplinare gli accessi prioritari secondo i principi del presente provvedimento.

Per ogni prestazione specialistica viene identificato e definito il limite massimo di tempo entro cui erogare la prestazione stessa, comunque non superiore ad 8 giorni, e l'elenco dei quadri clinici per i quali sia previsto accesso prioritario, fermo restando che la prestazione deve essere erogata nel minor tempo possibile.

### **Prestazioni che devono essere erogate entro un tempo massimo di 8 giorni:**

Per le prestazioni di cui sopra si fa riferimento a quanto previsto dalla delibera della Giunta Provinciale n. 1.067/2003.

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

- Visita oncologica;
- Visita cardiologia;
- Visita ortopedica;
- Visita neurochirurgia;
- Visita fisiatrica;
- Visita ginecologica;
- Visita neurologica;
- Visita chirurgia vascolare;
- Visita dermatologica;
- Visita diabetologica;
- Visita dietologica;
- Visita ematologia;
- Visita gastroenterologica;
- Visita internistica;
- Visita infettivologica;
- Visita endocrinologica;
- Visita nefrologica;
- Visita pneumologica;
- Visita oculistica;
- Visita urologia;
- Visita ORL;
- Visita chirurgica;
- TAC encefalo;
- RM colonna lombare;
- Mammografia;
- Ecografia addome;
- EGDscopia;
- Ecocolordoppler TSA;
- Ecocolordoppler arterioso arti inferiori e superiori;
- Elettromiografia;

### **3° livello: PRESTAZIONE DIFFERIBILE:**

Prestazioni che di norma devono essere erogate entro 60 giorni dalla richiesta.

Rientrano in questa categoria tutte le prestazioni ambulatoriali contenute nell'apposito tariffario provinciale, comprese quelle di cui al 2° livello (prestazioni prioritarie) ove non motivate da uno dei quadri clinici di cui all'elenco citato.

Viene posto l'obiettivo di garantire entro 60 giorni il 90% di tutte le prestazioni del nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale non riferite a situazioni di priorità, a decorrere dal 1 ottobre 2007.

#### Modalità di accesso:

Prenotazione con inserimento in apposita agenda, previo rilascio di prescrizione medica.

#### Modalità di erogazione:

Tutte le agende vengono monitorate con regolarità da parte della struttura erogatrice.

Pur nel rispetto dei tempi sopra descritti, per le agende i cui tempi di attesa superano i 60 giorni, ad esclusione di quelle nominative, verranno avviati specifici progetti finalizzati allo studio delle cause ed al contenimento di detti tempi.

Le aziende, per ridurre i tempi d'attesa di prestazioni che superano i limiti sopra esposti mettono in atto provvedimenti atti ad aumentare la disponibilità di prestazioni facendo ricorso a:

1. riorganizzazione, ove possibile, delle attività di reparto al fine di un aumento del contingente di ore dedicate all'attività ambulatoriale;
2. acquisto di prestazioni specialistiche da erogatori interni o esterni accreditati, anche attraverso l'attivazione di appositi meccanismi contrattuali;
3. assistenza indiretta in mancanza di altre iniziative. Le rispettive tariffe di rimborso vengono stabilite dalla Giunta Provinciale.

#### **4° livello: PRESTAZIONE PROGRAMMATA:**

Data fissata dallo specialista (è escluso dalla rilevazione quando supera i tempi massimi di cui sopra, analogamente ai casi di scelta discrezionale del paziente che opta per date di fruizione dilazionate rispetto alle disponibilità del Servizio Sanitario Provinciale.

#### **B) PRESTAZIONI DI RICOVERO (pazienti acuti programmati):**

Nel programma di priorità clinica per l'accesso alle prestazioni specialistiche in regime di ricovero devono essere presi in considerazione i ricoveri in ospedale per acuti con ricovero programmato (non urgenti).

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

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

I ricoveri si suddividono nelle seguenti classi:

**Classe A:** ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.

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

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

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

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

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

Tempo massimo d'attesa per il 50% dei pazienti:

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

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

- |                                  |            |
|----------------------------------|------------|
| 1. intervento per cataratta:     | 180 giorni |
| 2. intervento di protesi d'anca: | 270 giorni |
| 3. coronarografia:               | 120 giorni |

## 2 - PRINCIPI GENERALI

### Linee guida – protocollo diagnostici/terapeutici:

L'Assessorato alla Sanità e l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige dovranno completare l'elaborazione dei percorsi diagnostico terapeutici avviati, monitorandone i risultati secondo gli indicatori stabiliti. Allo scopo possono anche far riferimento a linee guida già individuate dalla comunità scientifica, per cui vi siano prove di maggior efficacia. Anche a seguito della segmentazione della domanda e della conseguente differente attesa attribuita agli utenti, si rende necessario sottoporre a monitoraggio continuo l'appropriatezza delle prescrizioni e di cogliere aspetti migliorabili, comportamenti prescrittivi non condivisibili, settori che richiedono intervento di riordino attraverso il coinvolgimento e l'ausilio dei medici prescrittori e, pertanto, al fine di sviluppare:

- la concordanza delle definizioni cliniche contenute nella prescrizione con le parole chiave cliniche contenute nelle linee guida del Manuale RAO;
- l'appropriatezza del valore del tempo di attesa rispetto al quadro clinico degli utenti (riattribuzione del codice RAO da parte dello specialista).

Si dovrà sviluppare un metodo di valutazione di tipo induttivo/analitico in grado di consentire la verifica della corrispondenza tra ciò che stabiliscono le direttive e ciò che effettivamente si produce nella realtà. Per fare ciò, sono quindi indispensabili la tracciabilità delle prestazioni erogate per ciascun caso che rientra in quel percorso e un data base in cui confluiscono tutte queste attività. In questo modo è possibile valutare per singolo caso o per interi gruppi di pazienti quale sia il grado di adesione al percorso ideale, quali i costi/benefici.

### Le modalità da utilizzare per il ritorno informativo ai prescrittori sono le seguenti:

- ritorno informativo periodico (semestrale) al singolo medico di dati sintetici relativi all'attività prescrittiva di un periodo, confrontata con la restante popolazione di prescrittori. I dati di ritorno non appartenenti al medico che riceve le informazioni sono resi in forma anonima.
- Riunioni plenarie con prescrittori e specialisti per discutere sulla casistica complessiva e presentazione di singoli casi clinici.
- Ritorno informativo periodico (mensile o trimestrale) al singolo medico di ogni singola prescrizione con associata valutazione di concordanza da parte dello specialista.

### 3 – AZIONI CORRETTIVE

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

#### **Per prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale:**

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

#### **L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige è tenuta:**

- a garantire le prestazioni specialistiche con i termini ed i tempi indicati nel presente provvedimento;
  - a perseguire gli obiettivi anche nell'assistenza specialistica e quindi a garantire che il paziente con particolari patologie sia seguito da specialisti con specifica competenza;
  - ad abolire le cd. "liste chiuse";
  - a garantire la scelta del professionista solo nell'ambito del possibile.
  - ad una "programmazione reale" delle agende di prenotazione. Deve essere stimato dai vari reparti il tempo effettivo dei medici, escludendo quello "morto" (ad esempio pause caffè e riunioni). Inoltre è necessaria una rilevazione dei "ritardi" del personale. In quest'ottica il medico "ritardatario" è tenuto ad informare la caposala sul motivo del ritardo. Quest'ultima avvisa i pazienti dell'avvenuto inconveniente;
  - alla definizione di tempi di attesa massimi per la refertazione.
- L'utente è tenuto a presentarsi in orario all'appuntamento prenotato. In caso di impossibilità a presentarsi è tenuto ad avvisare tempestivamente la struttura sanitaria coinvolta. In caso contrario gli sarà addebitata una penale pari al 50% del costo dovuto per la stessa prestazione (vedasi le delibere della Giunta Provinciale n. 3917/1999 e n. 1067/2003).
  - Approfondimento con i singoli professionisti mirato a valutare i possibili margini di miglioramento dei rispettivi livelli di produttività.
  - Nel rispetto della normativa e dei contratti di lavoro vigenti, individuazione di modalità ed istituti per aumentare i volumi di offerta nelle aree problematiche.
  - Nell'ambito della politica di gestione del personale vanno accordate le necessarie priorità alle nuove assunzioni di personale medico a tempo determinato o altre forme di coinvolgimento di professionalità di altre Aziende Sanitarie, compatibilmente con i vincoli normativi e finanziari vigenti.

- Vanno aggiornati gli accordi negoziali fra Azienda Sanitaria ed erogatori privati, di fornitura delle prestazioni di assistenza specialistica, nel rispetto dei tetti già definiti, a favore dei settori più problematici e comunque compatibilmente con le risorse che si rendono disponibili allo scopo.
- Individuazione di ogni altra misura che l'Assessorato alla Sanità e l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ritengano utile porre in essere rispetto al conseguimento dell'obiettivo generale del presente piano.
- In via straordinaria, in caso di non esito delle misure stabilite con il presente Piano, vanno potenziate le prestazioni eseguite da équipe o dal singolo in regime libero professionale a tariffe concordate, con oneri interamente a carico del Servizio Sanitario Provinciale.

Per Prestazioni di assistenza ospedaliera nei diversi regimi di ricovero:

- se necessario, aggiornamento degli accordi fra Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ed erogatori privati, di fornitura delle prestazioni di assistenza ospedaliera oggetto del presente Piano, nel rispetto dei tetti complessivi già concordati e comunque compatibilmente con le risorse che si rendono disponibili allo scopo, a favore dei settori più problematici.
- Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa, anche a seguito di corsi di aggiornamento per il personale coinvolto.

#### **4 – COMUNICAZIONE - INFORMAZIONE**

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

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

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

In collegamento con le iniziative già attuate su questo tema da parte delle medesime strutture, si stabilisce altresì di organizzare annualmente una Conferenza provinciale aperta coordinato dall'Assessorato alla Sanità, a cui partecipano i rappresentanti degli assistiti, nella quale verranno illustrate e discusse le questioni concernenti la tematica in oggetto.

### Flussi informativi:

Allo scopo di effettuare un monitoraggio delle liste di attesa saranno attivati appositi flussi informativi sia verso il Nuovo sistema informativo sanitario nazionale (NSIS), sia localmente, per il controllo continuo dell'andamento del fenomeno.

Secondo quanto previsto alla lettera e) del comma 280 dell'articolo 1 della legge finanziaria dello Stato 2006 nel Nuovo sistema informativo sanitario, sono attivati specifici flussi, i quali prevedono un monitoraggio di sistema in grado di differenziare le prenotazioni in funzioni delle priorità ed urgenze delle liste di attesa di:

- prime visite e prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche;
- ricoveri ospedalieri programmabili, sulla base delle "Agende di prenotazione", prevedendo l'inserimento nella Scheda di dimissione ospedaliera dei campi "Dati di prenotazione" e "Classe di priorità".

In attesa di ulteriori indicazioni da parte del Ministero competente per rendere sistematiche e continue le rilevazioni, il monitoraggio nazionale deve essere trimestrale e basarsi su di un periodo indice inizialmente di una giornata e successivamente di una settimana. Le prestazioni ambulatoriali da monitorare sono definite secondo un protocollo nazionale.

Per quanto riguarda la rilevazione dei tempi d'attesa per l'Assessorato alla Sanità, l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige è tenuta ad elaborare e trasmettere, con cadenza bimensile, un report di monitoraggio dei tempi di erogazione delle prestazioni di cui al presente Piano.

### Aggiornamento del Piano:

il piano copre l'arco temporale dalla data della sua approvazione al dicembre 2009 e può essere aggiornato dalla Giunta Provinciale in qualsiasi momento.

# **LANDESPLAN ZUR EINSCHRÄNKUNG DER WARTEZEITEN (gültig für den Dreijahreszeitraum 2007-2009)**

## **1 – HÖCHSTWARTEZEITEN**

- die Leistungen des Nationalen Planes
- die anderen Leistungen

## **2 – ALLGEMEINE GRUNDSÄTZE**

- Entwicklung von Richtlinien

## **3 - KORRIGIERENDE MASSNAHMEN**

## **4 – KOMMUNIKATION - INFORMATION**

## 1 - HÖCHSTWARTEZEITEN

### Die vom nationalen Plan vorgegebenen Leistungen:

in Anlage folgt die Auflistung der ambulanten Leistungen, für welche eine vorrangige Verpflichtung zur Überwachung aufgrund des nationalen Planes zur Einschränkung der Wartezeiten, gemäß Staat-Regionen-Abkommen vom 28. März 2006 besteht. In diesem Zusammenhang muss eine Verkürzung der Wartezeiten und die Transparenz gegenüber der Betreuungsberechtigten sichergestellt werden.

Es handelt sich um ca. 100 Leistungen, welche wie folgt eingeteilt werden:

- in verschiedene kritische Gebiete, für welche ein hoher Grad der Angemessenheit (Reihe von aufschiebbaren Dringlichkeiten, Leistungen im Tumorbereich, Leistungen im Bereich der Herz-Kreislauf- sowie Gefäßkrankungen), notwendig ist;
- Erstvisiten in Fachbereichen, welche einen hohen Betreuungsgrad erfordern;
- Leistungen, welche einen hohen technologischen Aufwand mit sich bringen bzw. voraussetzen;
- Leistungen in Fachgebieten, welche aufgrund der verschiedenen lokalen und regionalen Gegebenheiten erhebliche Unterschiede für deren Zugang aufweisen.

Für jeden Bereich und somit unterteilt in ambulante Leistungen, Aufenthalte sowie Day-Hospital und Day-Surgery-Leistungen werden folgende Informationen angeführt:

- eine fortlaufende Nummer;
- die Beschreibung der Leistung;
- die ICD-9-CM-Klassifizierung (eine internationale Klassifizierung betreffend die Krankheits- und Todesursachen);
- das Landestarifverzeichnis;
- die Höchstwartezeiten, die als Richtwerte von seiten des Südtiroler Gesundheitsbetriebes garantiert werden müssen, um den vorliegenden Landesplan ab 1. Oktober 2007 umsetzen zu können.

Es wird präzisiert, dass die Höchstwartezeit, so wie sie in der dafür vorgesehenen Spalte angeführt ist, in 90% aller Fälle, welche Leistungen für Eingeschriebene des Südtiroler Gesundheitsdienstes betreffen, gewährleistet werden muss.

Die Wartezeit für Krankenhausaufenthalte umfasst den Zeitraum ab Ausstellungsdatum der Verschreibung bis zum effektiven Krankenhausaufenthalt und/oder bis zum Zeitpunkt der Durchführung des chirurgischen Eingriffs durch den zuständigen Krankenhausarzt.

Die Dringlichkeitskriterien werden anhand der Definition durch die so genannte Verwendung der RAO/HGW (homogene Gruppierung von Wartezeiten) oder anhand der diagnostischen Therapiepläne (Betreuungspfade) bestimmt.

Zusammenfassend: um die angesprochenen Maßnahmen umsetzen zu können und den Dringlichkeitscharakter für die diagnostischen Leistungen, klinisch gesehen, so objektiv wie möglich zu gestalten, wird es als notwendig erachtet, geeignete Mittel dafür zu verwenden. In diesem Sinne werden die Südtiroler Landesregierung und das Gesundheitsassessorat den Südtiroler Gesundheitsbetrieb dazu anhalten bzw. dazu sensibilisieren, sich verstärkt der Methodologie und dem Modell der homogenen Gruppierungen von Wartezeiten (HGW-RAO) zu bedienen.

Es handelt sich dabei nicht nur um ein Instrument, das in diesem spezifischen Fall verwendet wird, sondern um ein Mittel als Methodologie im Hinblick auf eine bessere Verwaltung und Rationalisierung der Wartelisten. Im konkreten erlaubt die RAO-HGW-Philosophie, dass für jede diagnostische und therapeutische Leistung eine Unterteilung in verschiedene Dringlichkeitsstufen möglich wird und für die verschiedenen Krankheitssymptome sowie klinischen Indikationen, für jede angesprochene Dringlichkeitsstufe die Höchstwartezeit formuliert werden kann und somit präzise Anweisungen für Verschreiber (welche sich an diese Klassifizierung halten müssen um die Angemessenheit der Dringlichkeit des zu garantierenden Eingriffs festzulegen), wie auch für die Leistungserbringer (welche je nach Dringlichkeit die benötigten Leistungen im Rahmen der angeführten Zeitspanne erbringen müssen), zur Anwendung gelangen.

## Auflistung der Leistungen des Landesplanes zur Einschränkung der Wartezeiten:

### A- Tumorenbereich (Anzahl der Leistungen = 24)

Erster Zugang für Diagnosen bei Verdachtsfällen auf neoplastische Pathologien, angeordnet vom zuständigen Onkologen (oder anderem Facharzt, welcher die zitierten neoplastischen Pathologien behandelt)\*

#### Ambulante Leistungen:

Nr.	Leistung	Kodex ICD 9-CM	Kodex Leistungsverzeichnis	Höchstwartezeit in Tagen – Höchstwartezeit ab Verschreibung
1	Onkologische Visite*	89.07		10
2	Radiologische Visite vor Beginn der Bestrahlungstherapie	89.03		15

#### **Radiologie:**

Nr.	Leistung	Kodex ICD 9-CM	Kodex Leistungsverzeichnis	Höchstwartezeit in Tagen – Höchstwartezeit ab Verschreibung
3	Mammographie	87.37	87.31.1 87.32.2	10

#### **Computertomographie mit oder ohne Kontrastmittel:**

Nr.	Leistung	Kodex ICD 9-CM	Kodex Leistungsverzeichnis	Höchstwartezeit in Tagen – Höchstwartezeit ab Verschreibung
4	Thorax	87.41	87.41 87.41.1	15
5	Oberbauch	88.01	88.01.2 88.01,1	15
6	Unterbauch	88.01	88.01.4 88.01.3	15
7	Gesamter Abdomen	88.01	88.01.6 88.01.5	15

**Magnetresonanz:**

Nr.	Leistung	Kodex ICD 9- CM	Kodex Leis- tungsverzeich- nis	Höchstwartezeit in Tagen – Höchstwartezeit ab Verschrei- bung
8	Gehirn und Hirnstamm	88.91	88.91.1 88.91.2	15
9	Männliche und weibliche Geni- tale sowie Harnblase	88.95	88.95.4 88.95.5	15

**Ultraschall:**

Nr.	Leistung	Kodex ICD 9- CM	Kodex Leis- tungsverzeich- nis	Höchstwartezeit in Tagen – Höchstwartezeit ab Verschrei- bung
10	Bauch (Abdo- men)	88.74 88.75 88.76	88.74.1 88.75-1 88.76.1	10
11	Brustdrüse	88.73	88.73.2	10

**Fachärztliche Untersuchungen:**

Nr.	Leistung	Kodex ICD 9- CM	Kodex Leis- tungsverzeich- nis	Höchstwartezeit in Tagen – Höchstwartezeit ab Verschrei- bung
12	Koloskopie	45.23	45.23	10
13	Sigmoidoskopie mit flexiblem Endoskop	45.24	45.24	10
14	Ösophago- gastroduode- noskopie	45.13	45.13 45.16	10
15	Bronchoskopie	33.23	33.22	10
16	Kolposkopie	70.21	70.21	10
17	Zystoskopie	57.32	57.32	10
18	Transperineale Biopsie oder Nadelbiopsie der Prostata (gesteuerte Na- delbiopsie der Prostata)		60.11.1	10

## Radiotherapie:

Nr.	Leistung	Kodex ICD 9- CM	Kodex Leis- tungsverzeich- nis	Höchstwartezeit in Tagen – Höchstwartezeit ab Verschrei- bung
19	Radiotherapie – Teletherapie mit Linearbeschleu- niger	58	92.24.1 92.24.2 92.24.3 92.24.4 92.25.1 92.25.2	15

## Leistungen im Rahmen ordentlicher Krankenhausaufenthalte:

Nr.	Leistung	Kodex ICD 9- CM	Kodex Leis- tungsverzeich- nis	Höchstwartezeit in Tagen – Höchstwartezeit ab Verschrei- bung
20	Chirurgische Eingriffe an der Brustdrüse	Kategorie 85.4	Kategorie 174	30
21	Chirurgische Eingriffe bei Prostatatumo- ren	60.50	Kategorie 185	30
22	Chirurgische Eingriffe bei Tumoren des Kolon-Rektum	45.7 45.8 48.5 48.6	Kategorien 153 – 154	30
23	Gynäkologische Eingriffe bei Tumoren des Uterus	Von 68.3 bis 68.9	Kategorie 182	30

## Leistungen im Day Hospital/Day Surgery:

Nr.	Leistung	Kodex ICD 9- CM	Kodex Leis- tungsverzeich- nis	Höchstwartezeit in Tagen – Höchstwartezeit ab Verschrei- bung
24	Chemotherapie	99.25	58.1	15

## B – Herz-Kreislauf-Bereich (Anzahl der Leistungen = 14)

### Ambulante Leistungen:

Klinische, NICHT VORRANGIGE FÄLLE, die geringe Schmerzen, Funktionsstörungen oder Unfähigkeiten, ohne Anzeichen für eine Verschlechterung des Zustandes aufweisen und bei denen die in Kauf zu nehmende Wartezeit keinen Nachteil für die festgestellte Prognose bzw. Pathologie mit sich bringt.

Nr.	Leistung	Kodex ICD 9-CM	Kodex Leistungsverzeichnis	Höchstwartezeit in Tagen – Höchstwartezeit ab Verschreibung
25	Kardiologische Visite	89.70	89.70	60
26	Gefäßchirurgische Visite	89.70	89.70	60

### Ultraschall:

Nr.	Leistung	Kodex ICD 9-CM	Kodex Leistungsverzeichnis	Höchstwartezeit in Tagen – Höchstwartezeit ab Verschreibung
27	Farb-Doppler-Echokardiographie	88.72	88.72.3	60
28	Farb-Dopplerechographie der supraaortalen Gefäße	88.73	88.73.5	60
29	Farb-Dopplerechographie der peripheren Gefäße	88.77	88.77.2	60

### Fachuntersuchungen:

Nr.	Leistung	Kodex ICD 9-CM	Kodex Leistungsverzeichnis	Höchstwartezeit in Tagen – Höchstwartezeit ab Verschreibung
30	Elektrokardiogramm	89.52	89.52	15
31	Dynamisches Elektrokardiogramm	89.50	89.50	60
32	Belastungselektrokardiogramm	89.59	89.41 89.43	60
33	Monitorisierung des arteriellen Blutdrucks	89.61	89.61.1	60

## Rehabilitation:

Nr.	Leistung	Kodex ICD 9- CM	Kodex Leis- tungsverzeich- nis	Höchstwartezeit in Tagen – Höchstwartezeit ab Verschrei- bung
34	Kardiologische Rehabilitation	93.36	93.36	30

## Leistungen im Rahmen ordentlicher Krankenhausaufenthalte:

Nr.	Leistung	Kodex ICD 9- CM	Kodex Leis- tungsverzeich- nis	Höchstwartezeit in Tagen – Höchstwartezeit ab Verschrei- bung
35	Koronare By- passoperation	36.10		70
36	Koronare Angi- oplastik	Kategorie 26.0		30
37	Karotide Endar- teriektomie	38.12		90

## Leistungen im Day Hospital/Day Surgery:

Nr.	Leistung	Kodex ICD 9- CM	Kodex Leis- tungsverzeich- nis	Höchstwartezeit in Tagen – Höchstwartezeit ab Verschrei- bung
38	Korona- rographie	88.55 88.56 88.57		30

## **C - Mutter-Kind-Bereich (Anzahl der Leistungen = 2)**

Klinische, NICHT VORRANGIGE FÄLLE, die geringe Schmerzen, Funktionsstörungen oder Unfähigkeiten, ohne Anzeichen für eine Verschlechterung des Zustandes aufweisen und bei denen die in Kauf zu nehmende Wartezeit keinen Nachteil für die festgestellte Prognose bzw. Pathologie mit sich bringt.

## Ambulante Leistungen:

Nr.	Leistung	Kodex ICD 9- CM	Kodex Leis- tungsverzeich- nis	Höchstwartezeit in Tagen – Höchstwartezeit ab Verschrei- bung
39	Gynäkologische Visite	72.3	89.26	60

## Echographie:

Nr.	Leistung	Kodex ICD 9- CM	Kodex Leis- tungsverzeich- nis	Höchstwartezeit in Tagen – Höchstwartezeit ab Verschrei- bung
40	Geburtshilfe – Gynäkologie	88.78 88.79	88.78 88.78.2	60

## D – Geriatrischer Bereich (Anzahl Leistungen = 9)

Klinische, NICHT VORRANGIGE FÄLLE, die geringe Schmerzen, Funktionsstörungen oder Unfähigkeiten, ohne Anzeichen für eine Verschlechterung des Zustandes aufweisen und bei denen die in Kauf zu nehmende Wartezeit keinen Nachteil für die festgestellte Prognose bzw. Pathologie mit sich bringt.

### Ambulante Leistungen:

Nr.	Leistung	Kodex ICD 9- CM	Kodex Leis- tungsverzeich- nis	Höchstwartezeit in Tagen – Höchstwartezeit ab Verschrei- bung
41	Neurologische Leistungen	89.70	89.13	60

## Computertomographie mit oder ohne Kontrastmittel:

Nr.	Leistung	Kodex ICD 9- CM	Kodex Leis- tungsverzeich- nis	Höchstwartezeit in Tagen – Höchstwartezeit ab Verschrei- bung
42	Computerto- mographie des Schädels	87.03	87.03 87.03.1	50
43	Computertomo- graphie der Wir- belsäule und des Wirbelka- nals	88.38	88.38.2 88.38.1	60
44	Computertomo- graphie des Beckens	88.38	88.38.5	60

### Fachärztliche Untersuchungen:

Nr.	Leistung	Kodex ICD 9- CM	Kodex Leis- tungsverzeich- nis	Höchstwartezeit in Tagen – Höchstwartezeit ab Verschrei- bung
45	Audiometrie	95.41	95.41.1	60
46	Spirometrie	89.37	89.37.1 89.37.2	30
47	Fundusuntersuchung	95.10	95.09.1	60

### Leistungen im Rahmen ordentlicher Krankenhausaufenthalte:

Nr.	Leistung	Kodex ICD 9- CM	Kodex Leis- tungsverzeich- nis	Höchstwartezeit in Tagen – Höchstwartezeit ab Verschrei- bung
48	Eingriff Hüftprothese	81.51 81.52 81.53		270

### Leistungen im Day Hospital/Day Surgery:

Nr.	Leistung	Kodex ICD 9- CM	Kodex Leis- tungsverzeich- nis	Höchstwartezeit in Tagen – Höchstwartezeit ab Verschrei- bung
49	Katarakt	13.00		90

## E- Fachuntersuchungen mit größerem Niederschlag (Anzahl der Leitsungen = 6)

Klinische, NICHT VORRANGIGE FÄLLE, die geringe Schmerzen, Funktionsstörungen oder Unfähigkeiten, ohne Anzeichen für eine Verschlechterung des Zustandes aufweisen und bei denen die in Kauf zu nehmende Wartezeit keinen Nachteil für die festgestellte Prognose bzw. Pathologie mit sich bringt.

### Ambulante Leistungen:

Nr.	Leistung	Kodex ICD 9- CM	Kodex Leis- tungsverzeich- nis	Höchstwartezeit in Tagen – Höchstwartezeit ab Verschrei- bung
50	Dermatologi- sche Visite	89.70	89,70	60
51	Augenvisite	95.00	95.02	60
52	Hals-Nasen- Ohren-Visite	89.70	89.70	60
53	Orthopädische Visite	89.70	89.70	60
54	Urologische Visite	89.70	89.70	60
55	Psychiatrische Visite	94.10	94.19.1	60
55 bis	Stomatologi- sche Visite	89.07	89.07	90
55 tris	Hämatologische Visite	89.07	89.07	60
55 quater	Nephrologische Visite	89.07	89.07	60
55 quinquies	Visite wegen Hypertonie	89.07	89.07	60
55 sexies	Diätologische Visite	89.07	89.07	60
55 septies	Rheumatologi- sche Visite	89.07	89.07	50

## F- Andere Leistungen (Anzahl der Leistungen = 45)

Klinische, NICHT VORRANGIGE FÄLLE, die geringe Schmerzen, Funktionsstörungen oder Unfähigkeiten, ohne Anzeichen für eine Verschlechterung des Zustandes aufweisen und bei denen die in Kauf zu nehmende Wartezeit keinen Nachteil für die festgestellte Prognose bzw. Pathologie mit sich bringt.

### Ambulante Leistungen:

Nr.	Leistung	Kodex ICD 9-CM	Kodex Leistungsverzeichnis	Höchstwartezeit in Tagen – Höchstwartezeit ab Verschreibung
56	Röntgenaufnahme des Schädels	87.00	87.17.1	30
57	Röntgenaufnahme des Thorax	87.44	87.44.1	30
58	Kontrast- und Doppelkontrastmitteluntersuchungen des Dickdarms	87.64	87.65.1 87.65.2	30
59	Komplette Röntgenuntersuchung des Gastrointestinaltraktes	87.60	87.61	30
60	Intravenöse Urographie	87.73	87.73	50
61	Röntgenaufnahme der Halswirbelsäule	87.2 88.2 88.3	87.22 - 87.24 87.29 88.21 - 88.23 88.26 - 88.28 88.29.1 88.29.2 88.31	30
62	Röntgenaufnahme des Abdomen	88.0 – 88.1	88.19	30

**Computertomographie mit/oder ohne Kontrastmittel:**

Nr.	Leistung	Kodex ICD 9-CM	Kodex Leistungsverzeichnis	Höchstwartezeit in Tagen – Höchstwartezeit ab Verschreibung
63	Computertomographie des Gesichtsschädels	88.38	87.03.3 87.03.2	60
64	Computertomographie der Halsregion	88.38	87.03.8 87.03.7	60
65	Computertomographie der Zahnreihen (Dental scan)	88.38	87.03.4	60
66	Computertomographie des Ohres	88.38	87.03.6 87.03.5	60
67	Computertomographie der Speicheldrüsen	88.38	87.03.9	60
68	Computertomographie der Nieren	87.71	87.71 87.71.1	60
69	Computertomographie der oberen und unteren Extremitäten	88.38	88.38.3 88.38.4 88.38.6 88.38.7	60

**Magnetresonanz:**

Nr.	Leistung	Kodex ICD 9-CM	Kodex Leistungsverzeichnis	Höchstwartezeit in Tagen – Höchstwartezeit ab Verschreibung
70	Magnetresonanz des Thorax und Myokard	88.92	88.92 88.92.1	60
71	Magnetresonanz der Muskeln und des Skelettes	88.94	88.94.1 88.94.2	60
72	Magnetresonanz der Wirbelsäule	88.93	88.93.1	60

### Ultraschall:

Nr.	Leistung	Kodex ICD 9-CM	Kodex Leistungsverzeichnis	Höchstwartezeit in Tagen – Höchstwartezeit ab Verschreibung
73	Brust-Ultraschall	88.73	88.73.3	50
74	Ultraschall des Kopfes und des Halses	88.71	88.71.4	50

### Dermatologie:

Nr.	Leistung	Kodex ICD 9-CM	Kodex Leistungsverzeichnis	Höchstwartezeit in Tagen – Höchstwartezeit ab Verschreibung
75	Allergologische Untersuchungen	V 72.7	91.90. 1 – 91.90.6	50

### Gastroenterologie:

Nr.	Leistung	Kodex ICD 9-CM	Kodex Leistungsverzeichnis	Höchstwartezeit in Tagen – Höchstwartezeit ab Verschreibung
76	Gastroenterologische Visite	89.70	89.70	60
77	Pneumologische Visite	89.70	89.70	60

### Neurologie:

Nr.	Leistung	Kodex ICD 9-CM	Kodex Leistungsverzeichnis	Höchstwartezeit in Tagen – Höchstwartezeit ab Verschreibung
78	Elektroenzephalogramm	89.14	89.14	50
79	Elektromyographie	93.08	93.08.1	60

### Augenheilkunde:

Nr.	Leistung	Kodex ICD 9-CM	Kodex Leistungsverzeichnis	Höchstwartezeit in Tagen – Höchstwartezeit ab Verschreibung
80	Gesichtsfelduntersuchung	95.05	95.05	50
81	Fluoreszenzangiographie	95.12	95.12	50

**Hals-Nasen-Ohren-Kunde:**

Nr.	Leistung	Kodex ICD 9-CM	Kodex Leistungsverzeichnis	Höchstwartezeit in Tagen – Höchstwartezeit ab Verschreibung
82	Impedanzmessung	20.39	95.42	60
83	Akustisch evozierte Potentiale	20.39	89.15.1	60
84	Vestibuläre Funktionsproben	95.44 – 95.46	95.44.1 95.44.2 95.45	60

**Geburtshilfe und Gynäkologie:**

Nr.	Leistung	Kodex ICD 9-CM	Kodex Leistungsverzeichnis	Höchstwartezeit in Tagen – Höchstwartezeit ab Verschreibung
85	Hysteroskopie	68.12	68.12.1	50

**Rehabilitation:**

Nr	Leistung	Kodex ICD 9-CM	Kodex Leistungsverzeichnis	Höchstwartezeit in Tagen – Höchstwartezeit ab Verschreibung
86	1. Rehasite	89.70	89.70	90
87	Atmungstherapie	57.0	93.18	30
88	Bewegungstherapie	57.1	93.11.1-93.11.5	120
89	Logopädie	57.3	93.72.1 93.72.2	90
90	Orthoptik	57.4	93.78.1 93.78.2	90

**Endokrinologie:**

Nr.	Leistung	Kodex ICD 9-CM	Kodex Leistungsverzeichnis	Höchstwartezeit in Tagen – Höchstwartezeit ab Verschreibung
91	Endokrinologische Visite	89.70	89.70	60

### Leistungen im Rahmen ordentlicher Krankenhausaufenthalte:

Klinische, NICHT VORRANGIGE FÄLLE, die geringe Schmerzen, Funktionsstörungen oder Unfähigkeiten, ohne Anzeichen für eine Verschlechterung des Zustandes aufweisen und bei denen die in Kauf zu nehmende Wartezeit keinen Nachteil für die festgestellte Prognose bzw. Pathologie mit sich bringt.

Nr.	Leistung	Kodex ICD 9-CM	Kodex Leistungsverzeichnis	Höchstwartezeit in Tagen – Höchstwartezeit ab Verschreibung
92	Chirurgischer Eingriff an der Lunge	32 33		30
93	Chirurgischer Eingriff am Kolon	46		30
94	Tonsillektomie	28.2 28.3		90
95	Adenoidektomie	28.6		90

### Leistungen im Day Hospital/Day Surgery:

Nr.	Leistung	Kodex ICD 9-CM	Kodex Leistungsverzeichnis	Höchstwartezeit in Tagen – Höchstwartezeit ab Verschreibung
96	Arthroskopie	80.20		90
97	Perkutane Biopsie der Leber	50.11		60
98	Gefäßunterbindung Stripping Venen	38.50		120
99	Hämorrhoidektomie	49.46		60
100	Wiederherstellung der Inguinal-Hernie	53.00 – 53.10		60
101	Dekompression am Karpaltunnel	4.43		60

Für die genannten Leistungen gilt, dass die dafür vorgesehene Höchstwartezeit in 90% der Patientenfälle garantiert werden muss, abgesehen davon können natürlich Dringlichkeitsstufen zur Anwendung gelangen, die eine geringere Wartezeit mit sich bringen und sich auf das Staat-Regionen-Abkommen vom 11. Juli 2002 stützen, das für bestimmte ambulante Leistungen und Krankenhausaufenthalte andere Zeitspannen definiert hat.

## **A) AMBULANTE LEISTUNGEN:**

Die Unterteilung der im Beschluss der Südtiroler Landesregierung Nr. 1.067/2003 definierte Wartezeit für fachärztliche ambulante Leistungen wird wie folgt abgeändert und auf den neuesten Stand gebracht:

### **1.Stufe: DRINGENDE LEISTUNG**

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

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

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

### **2. Stufe: PRIORITÄRE VORRANGIGE LEISTUNG**

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

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

Modalitäten für die Leistungserbringung: die Vormerkung erfolgt ausschließlich über die Einheitliche Vormerkungsstelle, mit Einfügung in die für diesen Zweck vorgesehenen Plätze. Bei Nichtvorhandensein einer zentralen, einheitlichen Vormerkstelle müssen die Gesundheitsbezirke die prioritären, vorrangigen Zugänge aufgrund der Richtlinien dieses Dokuments regeln.

Für jede fachärztliche Leistung wird die Höchstzeit, innerhalb welcher die jeweilige Leistung erbracht werden muss, festgestellt und definiert, die keinesfalls höher als 8 Tage sein darf sowie die Auflistung der klinischen Fälle vorbereitet, welche Anrecht auf eine prioritäre, vorrangige Behandlung geben, unter Berücksichtigung, dass die Leistung innerhalb kürzest möglicher Zeiträume sichergestellt werden muss.

### **Leistungen, die innerhalb von 8 Tagen erbracht werden müssen:**

Für diese Leistungen verweist man auf den Beschluss der Landesregierung Nr. 1.067/2003. Nachfolgend werden die Bereiche aufgelistet, innerhalb jener bestimmte Krankheitsbilder definiert wurden, die innerhalb von 8 Tagen, ab Verschreibung, Anrecht auf die benötigte Leistung, geben.

Es sind dies:

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

### **3. Stufe: AUFSCHIEBBARE LEISTUNG**

Leistungen, die in der Norm innerhalb von 60 Tagen ab dem Zeitpunkt der Anfrage durchgeführt werden müssen. In diese Kategorie fallen alle ambulante Leistungen, die im entsprechenden Leistungsverzeichnis der Autonomen Provinz Bozen enthalten sind, mit Berücksichtigung der Leistungen der 2. Stufe (vorrangige Leistungen), die nicht durch eine klinische Indikation, gemäß der zitierten Aufstellung gerechtfertigt werden können.

Verpflichtend ist dabei, dass innerhalb von 60 Tagen 90% aller Leistungen des Landesverzeichnisses der fachärztlichen ambulanten Betreuung, die nicht ausdrücklich Dringlichkeitssituationen zugewiesen werden können, ab 1. Oktober 2007 garantiert werden müssen.

### Zugangskriterien:

Vormerkung in spezifischer Agenda, nach erfolgter ärztlicher Indikation.

### Kriterien für die Durchführung:

alle Listen werden regelmäßig vom zuständigen Gesundheitsbezirk überwacht und überprüft.

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

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

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

### **4. Stufe: PROGRAMMIERTE LEISTUNG:**

Vom Facharzt festgelegter Termin (dieser Termin ist von der Erhebung dann ausgenommen, wenn er die genannten Höchstwartezeiten überschreitet, analog zu jenen Fällen in welchen der Patient selbst für bestimmte Leistungen mit der Folge anderer, aufschiebbarer Termine durch den Landesgesundheitsdienst optiert.

### **B) KRANKENHAUSAUFENTHALTE (programmierte Akut-Patienten):**

Im Programm für die klinischen Prioritäten im Hinblick auf den Zugang zu fachärztlichen Leistungen bei Krankenhausaufenthalten, müssen die programmierten, nicht dringenden Krankenhausaufenthalte für Akut-Kranke berücksichtigt werden.

Um eine höhere Transparenz auch zu statistischen Zwecken ermöglichen zu können, müssen die Wartezeiten der Vormerklisten für nicht dringende Krankenhausaufenthalte regelmäßig überwacht werden und zwar zumindest zweimonatlich, Auch diese Erhebung sollte durch die Einheitliche Vormerkstelle gewährleistet werden, soweit diese bereits aktiviert ist und bei der sämtliche Informationen, die hierfür erforderlich sind, zusammenlaufen. Bei Nichtvorhandensein der Einheitlichen Vormerk-Stelle definiert der Südtiroler Sanitätsbetrieb andere Formen zur Erhebung auf der Grundlage der Vorgaben dieses Reglements.

Die Krankenhausaufenthalte werden in folgende Klassen unterteilt:

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

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

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

**Klasse D:** Krankenhausaufenthalte ohne Höchstwartezeiten für klinische Fälle, welche keinen Schmerz, Funktionsstörungen oder Beeinträchtigung hervorrufen. Diese Fälle müssen jedoch innerhalb von 12 Monaten behandelt werden. Diese Einteilung, die ursprünglich für chirurgische Eingriffe gedacht war, kann auch als Anhaltspunkt für medizinische Krankenhausaufenthalte angesehen werden.

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

#### Höchstwartezeiten bei folgenden Leistungen für 50% der Patienten:

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

#### Höchstwartezeiten bei folgenden Leistungen für 90% der Patienten:

1. Eingriffe Katarakt:	180 Tage
2. Eingriffe Hüftprothese:	270 Tage
3. Eingriffe Koronarographie:	120 Tage

## **2 - ALLGEMEINE GRUNDSÄTZE:**

### **Richtlinien – Diagnostische/therapeutische Protokolle:**

Das Gesundheitsassessorat und der Südtiroler Sanitätsbetrieb müssen die Ausarbeitung der bereits in die Wege geleiteten diagnostischen therapeutischen Betreuungspfade abschließen und die daraus resultierenden Ergebnisse nach den festgelegten Indikatoren überprüfen.

Auch in Anbetracht der Anfragen und der daraus resultierenden unterschiedlichen Wartezeit, die den Nutznießern in Aussicht gestellt wird, erachtet man es als notwendig, die Verschreibungen einer kontinuierlichen Überprüfung zu unterziehen, um Verbesserungen ausfindig zu machen, die nicht einheitlich geteilten Verhaltensweisen bei den Vormerkungen zu evidenzieren, und Vorschläge zur Neugestaltung zu formulieren, mittels der Einbindung der verschreibenden Ärzte und zwar über die Förderung folgender Maßnahmen:

- Übereinstimmung der klinischen Definitionen, die in der Verschreibung enthalten sind, mit den Schlüsselbezeichnungen (Key words), die in den Richtlinien und in den Vorgaben der homogenen Gruppierungen der Wartezeiten (RAO/HGW) enthalten sind;
- Angemessenheit des Zeitwertes im Hinblick auf die klinische Einstufung der Nutznießer (neuerliche Beurteilung der Kodifizierung „RAO“ durch den Facharzt).

Es sollte auf jeden Fall ein Bewertungssystem entwickelt werden, welches in induktiver, analytischer Art die Überprüfung der Übereinstimmung zwischen dem was die Richtlinien festlegen und was effektiv in der Realität umgesetzt wird, erlaubt. Um diese Bemühung erfolgreich verwirklichen zu können, muss es möglich sein, den Werdegang der erbrachten Leistungen nachzuvollziehen, und die hierfür notwendigen Daten in einer Datenbank zu erfassen. Somit soll für den jeweiligen Fall oder auch für ganze Patientengruppen der Beteiligungsgrad im Zusammenhang mit den bestehenden Betreuungspfaden erhoben werden, um ebenso über die Kosten/Nutzen der Behandlung Auskunft zu erhalten.

Die Vorgaben für die Datenerfassung und die Rückgabe an die Verschreiber sind diese:

- halbjährliche Auswertung und Rückgabe der Daten, die mit der Verschreibung von Gesundheitsleistungen zusammenhängen an den einzelnen Arzt, mit einer Gegenüberstellung der sonstigen Leistungen, in Bezugnahme auf die Bevölkerungsstruktur im Lande. Die Informationen, die nicht dem betroffenen Arzt zugeordnet werden können, müssen in anonymer Weise zugesandt werden;
- Plenarsitzungen mit den Verschreibern und Fachärzten um über komplexe Formen der Kasuistik zu diskutieren und Vorstellung einzelner klinischer Fälle;
- informatisierte, periodische Wiedergabe (monatlich oder trimestral) an jeden einzelnen Arzt des Landesgesundheitsdienstes mit einer verbundenen Beurteilung der Übereinstimmung der Verschreibungen, durch den Facharzt.

### **3 – KORRIGIERENDE MASSNAHMEN**

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

Das Maßnahmenpaket muss vorab dem Gesundheitsassessorat mitgeteilt werden und gilt als angenommen, wenn innerhalb von 30 Tagen ab Erhalt der Dokumentation, keine Einwände erfolgen.

#### **Für fachärztliche ambulante und diagnostische Leistungen gilt:**

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

### Der Südtiroler Sanitätsbetrieb ist verpflichtet:

- die fachärztlichen Leistungen in angemessenen Zeiten, wie diese mit dem vorliegenden Dokument definiert wurden, zu garantieren;
  - die Zielsetzungen auch im Rahmen der fachärztlichen Leistungen sicherzustellen und zu garantieren, sodass Patienten mit bestimmten Pathologien, die Betreuung durch Fachleute mit spezifischen Kompetenzen erhalten;
  - die sogenannten „geschlossenen Listen“ abzuschaffen;
  - nur im Rahmen des Möglichen die Wahl eines bestimmten Facharztes zu gewährleisten;
  - zu einer realen Programmierung der Vormerklisten verpflichtet. Es muss von den jeweiligen Abteilungen die effektive Zeit gemessen werden, ausgenommen sind die Leerläufe ( beispielsweise aufgrund von Kaffeepausen und Sitzungen). Des Weiteren ist eine Erhebung der Verspätungen des Personals notwendig. In diesem Sinne muss der Arzt, der Verspätungen verursacht, die Oberschwester über die Gründe hierfür in Kenntnis setzen. Diese muss die Patienten über die in Kauf zu nehmenden Unannehmlichkeiten aufklären;
  - die Höchstwartezeiten für die Ausstellung der Befunde festzulegen.
- Der Nutznießer/Patient ist verpflichtet, die vorgemerkte Leistung zeitgerecht in Anspruch zu nehmen. Im Falle von Verhinderung ist er verpflichtet, die betroffene Gesundheitseinrichtung frühzeitig darüber zu informieren. Sollte dies nicht geschehen, muss ihm ein Strafbetrag im Ausmaß von 50% der Kosten der genannten Leistung in Rechnung gestellt werden (siehe Beschlüsse der Landesregierung Nr. 3917/1999 und Nr. 1067/2003).
  - Überprüfung mit den einzelnen Fachärzten um die möglichen Rahmen für Verbesserungen der verschiedenen Stufen der Produktivität zu beurteilen. In Berücksichtigung der bestehenden Gesetzeslage und der gültigen Arbeitsverträge, ist es erforderlich, Modalitäten und Formen zur Steigerung des Angebots in den meist betroffenen, problematischen Fachbereichen, zu individualisieren.
  - Im Rahmen der Führungspolitik des Personals müssen die notwendigen vorrangigen Zielsetzungen im Zusammenhang mit Neuanstellungen von Ärzten/Ärztinnen auf bestimmte Zeit oder andere Facetten des Einbezugs von Fachwissen anderer Gesundheitsbetriebe, die mit den bestehenden gesetzlichen und finanziellen Vorgaben vereinbar sind, formuliert werden.
  - Es müssen die Abkommen zwischen dem Südtiroler Sanitätsbetrieb und den privaten Anbietern für die Bereitstellung von fachärztlichen Leistungen, in Berücksichtigung der bereits definierten Ausgabengrenzen auf den neuesten Stand gebracht werden, und hier vor allem im Hinblick auf die Bedürfnisse, die sich aus den problematischen Bereichen ergeben, aber immer im Einklang mit den verfügbaren Ressourcen, die für diesen Zweck zum Einsatz gelangen können.
  - Feststellung aller anderen Maßnahmen, die das Gesundheitsassessorat und der Südtiroler Sanitätsbetrieb als zweckmäßig erachten um die Vorhaben des Landesplanes zu realisieren.
  - Außerordentliche Maßnahmen und zwar bei Nicht-Greifen der festgelegten Vorgaben durch den genannten Plan, werden Leistungen durch eine freiberuflich tätige Equipe oder durch ebenso wirkende Einzelpersonen zu vereinbarten Tarifsätzen, vollständig zu Lasten des Landesgesundheitsdienstes in Betracht gezogen.

## Für Leistungen der Krankenhausbetreuung bei verschiedenen Formen der Krankenhausaufenthalte:

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

## **4 – KOMMUNIKATION - INFORMATION**

Um die verantwortungsbewusste Einbindung der Bürger/innen im Zusammenhang mit der Thematik der Wartezeiten zu fördern, und in Anbetracht der vorrangigen Bedeutung, die diese in Verbindung mit dem Gesundheitssystem erfüllt, muss von Seiten des Gesundheitsassessorates und des Südtiroler Sanitätsbetriebes die Informationstätigkeit wie auch die Kommunikation hin zur Bevölkerung gestärkt werden, um die getroffenen Entscheidungen besser sichtbar und verständlicher zu machen, die bestehenden Listen zu veranschaulichen und auch um mögliche Verbesserungsvorschläge in Anbetracht der bestehenden Situation, zu erhalten.

Daher werden vom Gesundheitsassessorat und vom Südtiroler Sanitätsbetrieb in Ausführung dieses Planes, spezifische gemeinsam koordinierte Maßnahmen, veranlasst. Zu diesem Zwecke wird eine spezifische, interdisziplinäre Arbeitsgruppe mit Experten auf dem Gebiet eingesetzt, die sich regelmäßig im Amt für Krankenhäuser im Gesundheitsassessorates trifft.

Im Zusammenhang mit den bereits aktivierten Initiativen zu dieser Thematik durch die genannten Einrichtungen, wird jährlich eine Pressekonferenz, welche vom Gesundheitsassessorat koordiniert wird, organisiert, mit welcher über die landesweite Lage Auskunft erteilt wird und an der die Vertreter der Betreuungsberechtigten teilnehmen. Bei der zitierten Angelegenheit werden Fragen in Verbindung mit der hier behandelten Thematik aufgegriffen.

### Informationsflüsse:

Um eine regelmäßige Überwachung der Wartelisten gewährleisten zu können, müssen bestimmte Informationsflüsse sichergestellt werden, die sich mit dem Nationalen Informationssystem (NSIS) kurzschließen, und somit eine verlässliche Kontrolle des Phänomens „Wartezeiten“ wiedergeben können.

In Bezugnahme auf den Artikel 1, Buchstaben E, Absatz 280 des staatlichen Finanzgesetzes 2006 müssen im Rahmen des Neuen Informationssystems im Gesundheitswesen spezielle Flüsse aktiviert werden, die eine Überwachung des Systems ermöglichen, die imstande sind, die verschiedenen Vormerkungen je nach Dringlichkeit der Wartelisten zu differenzieren und zwar unterteilt:

- in Erst-Visiten und Erste Leistungen im diagnostischen/therapeutischen Bereich.
- Programmierbare Krankenhausaufenthalte auf der Basis der Wartelisten mit Aufnahme der Felder „Vormerkdatum“ und „Dringlichkeitsklasse“ im Krankenhausausschreibungsbogen.

In Erwartung weiterer Indikationen von Seiten des zuständigen Ministeriums um die Erhebungen systematisch und fortwährend garantieren zu können, muss die nationale Überwachung vierteljährlich erfolgen und sich auf Indexzeiträume berufen, beginnend mit einem spezifischen Erhebungstag, der schließlich eine ganze Woche umfasst. Die ambulanten Leistungen, die überprüft werden müssen, sind Bestandteil eines staatlich festgelegten Protokolls.

Was die zu erhebende Wartezeit für das Gesundheitsassessorat angeht, muss der Südtiroler Sanitätsbetrieb dafür Sorge tragen, dass diese Informationen zweimonatlich übermittelt werden und zwar mittels eines Überwachungsberichtes mit Aufschlüsselung der Zeiten für die jeweiligen Leistungen gemäß des vorliegenden Planes.

#### Ajourierung des Planes:

Der Plan hat eine Gültigkeit ab Genehmigung des Dokuments bis zum Dezember 2009 und kann jederzeit von der Landesregierung den neuen Bedürfnissen angepasst werden.