



**REGIONE VENETO**

**TITOLO DEL PROGETTO** Piano Regionale di contenimento dei tempi di attesa per il biennio 2007-2008

**LINEA PROGETTUALE NELLA QUALE IL PROGETTO SI COLLOCA:** 6 LISTE DI ATTESA

**REFERENTE:** Dott. Giancarlo Ruscitti

**Direzione per i Servizi Sanitari:** dr.Domenico Mantoan

**Servizio Assistenza Ambulatoriale:** dr.ssa Luisa Toniolo–

**041/2791672 o 041/2791670 Fax 041/ 2791683**

**[luisa.toniolo@regione.veneto.it](mailto:luisa.toniolo@regione.veneto.it)**

**Durata del progetto :** Biennale

**Impianto progettuale**

**SINTESI DEL CONTENUTO DEL PROGETTO:**

Il tema delle liste d'attesa, per il peculiare impatto che riveste sia sull'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale che sul diritto dei cittadini in materia di livelli di assistenza garantiti, costituisce, attraverso la realizzazione del Piano Nazionale di Contenimento delle Liste d'Attesa di cui all'Intesa Stato - Regioni del 28 marzo 2006, oggetto di impegno comune del Governo e delle Regioni per la gestione del sistema sanitario.

L'obiettivo deve essere infatti quello di promuovere la capacità del SSN, sia a livello centrale che periferico, di intercettare il reale bisogno di prestazioni e far coincidere la domanda con il bisogno individuato, cioè che ogni paziente riceva, in rapporto alle proprie condizioni cliniche, la prestazione che produca il miglior esito possibile in base alle conoscenze disponibili, che comporti il minor rischio di danni conseguenti al trattamento con il minor consumo di risorse.

Da ciò deriva la definizione delle caratteristiche di un sistema sanitario ideale: sicurezza, efficacia, centralità del paziente, tempestività delle prestazioni, efficienza ed equità.

Al tal fine la Regione Veneto, con la deliberazione n. 600 del 13/03/2007 nel completare, per il pieno raggiungimento degli obiettivi di cui al Piano Nazionale, la strategia regionale già individuata con la DGR n.3535 del 12/11/2004, ha cambiato l'approccio globale nella gestione della tematica dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie: tutti gli attori del sistema sanitario veneto, tra cui anche il cittadino utente, sono stati chiamati ad interagire sinergicamente attraverso l'assunzione di impegni comuni, da concretizzare anche mediante l'attivazione, da parte di ciascuna Azienda sanitaria, di processi di organizzazione del lavoro specificamente dedicati.

Con il provvedimento sopra citato, l'utilizzo delle "classi di priorità" è divenuto la strategia fondamentale per la gestione delle liste d'attesa secondo principi di appropriatezza clinica, organizzativa e prescrittivi.

E' stato quindi disposto che tutte le prestazioni ambulatoriali di cui al Nomenclatore Tariffario Regionale (Livelli Essenziali di Assistenza regionali) debbano essere prescritte sempre con l'attribuzione della classe di priorità; conseguentemente, l'erogazione delle stesse deve essere garantita nei tempi massimi di attesa corrispondenti alla classe di priorità indicata.

Il nuovo sistema, introdotto con la DGR n. 600 del 13/03/2007 prevede inoltre che ciascuna Azienda debba garantire, per le prestazioni clinicamente più significative, il rispetto dei tempi massimi di attesa nei punti di erogazione specificamente dalla stessa individuati, esclusivamente nei confronti dei propri assistiti nonché degli assistiti di altre Aziende comunque afferenti allo stesso bacino di utenza (provinciale). Pertanto il paziente, per avere garanzia di ottenere di una prestazione specialistica ambulatoriale nei tempi indicati dal medico prescrivente deve rivolgersi all'Azienda sanitaria da cui lo stesso è assistito.

La valenza sociale e sanitaria del presente progetto è elevata poiché verte sull'attuazione del Piano Regionale di contenimento dei Tempi di attesa delle prestazioni sanitarie secondo il quale il livello di assistenza si concretizza come un diritto individuale all'accesso dei cittadini alle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate e alla fruizione di interventi e prestazioni appropriate e anche come uno standard di prestazioni da garantire su un individuato territorio e prioritariamente per una determinata popolazione, fermo restando il diritto alla libera scelta del luogo di cura.

Per la realizzazione di tale progetto è emersa, a livello regionale, la necessità di finanziare corsi di formazione finalizzati a :

- migliorare la "qualità" dei CUP Aziendali con la formazione specifica di un operatore, quale figura di coordinamento degli operatori di ciascuna UISS, definita "Cup Manager" e nell'ottica di un'estensione formativa a tutti gli operatori Cup operanti nelle Aziende;
- ottimizzare la qualità dei "controlli sull'attività sanitaria" aggiornando i componenti dei già costituiti nuclei aziendali di controllo in merito ai nuovi adempimenti previsti dalla DGR.2609 del 7 agosto 2007 e relativi alla DGR 600/2007

La Regione si farà carico di organizzare i suddetti corsi con decorrenza anno 2008.

## **CONTESTO:**

Il Piano Nazionale di Contenimento dei Tempi di Attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'Intesa Stato - Regioni del 28 marzo 2006, ha previsto che le Regioni adottino i propri Piani Attuativi

La Regione Veneto, con i provvedimenti già emanati in materia (D.G.R. n. 3683 del 13.10.98, D.G.R. n. 3535 del 12.11.2004, D.G.R. n. 2066 del 27.06.06) che costituiscono parte integrante del Piano Attuativo Regionale, risultava avere già adottato quasi completamente le linee operative previste dal Piano Nazionale; con la deliberazione n. 600 del 13/03/2007 è stata pertanto completata la strategia regionale, per il pieno raggiungimento degli obiettivi di cui al Piano Nazionale.

Il presente progetto prevede, per la piena attuazione del Piano Regionale di Contenimento dei Tempi di Attesa, la realizzazione delle azioni integrate da parte della Regione e delle Aziende sanitarie che si articolano come segue:

**INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE**

Al fine di migliorare la qualità dell'informazione e della comunicazione sulla tematica dei tempi di attesa e del relativo sistema di governo si prevede, anche a livello regionale, la messa in atto di campagne di informazione con cadenza periodica.

Le Aziende devono:

1. definire le modalità e i tempi per attuare un'efficace e sistematica comunicazione e informazione ai cittadini circa l'organizzazione dell'assistenza ambulatoriale e ospedaliera, specie in relazione ai tempi di erogazione delle prestazioni: sistema dell'offerta e sua accessibilità, caratteristiche dei diversi regimi di erogazione, regole a tutela dell'equità e della trasparenza
2. definire le modalità con le quali è assicurata la diffusione dell'elenco dei punti di erogazione pubblici e privati preaccreditati nei quali sono garantiti i tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui all'elenco riportato nell'allegato A della DGR n. 600 del 13/03/2007, parte integrante del presente provvedimento, nonché l'esplicitazione dei volumi di attività ambulatoriale messi a disposizione per tipologia di prestazione; a tale fine dovranno essere utilizzati tutti gli strumenti di comunicazione disponibili, ivi compresi le carte dei servizi e i siti web, e dovrà essere prevista la diffusione delle suddette informazioni anche presso i luoghi di abituale accesso dei pazienti (es. farmacie, sedi dei distretti, ambulatori dei medici convenzionati ecc.). Le singole equipe potranno informare mensilmente l'utenza sui volumi di attività erogata.

L'informazione deve essere completa anche riguardo ai doveri che l'utente è tenuto a rispettare, in particolare nel:

- 3 dare, entro congruo tempo, la disdetta della prenotazione nel caso di impossibilità a presentarsi all'appuntamento; a tale fine devono essere rese note le modalità attivate per favorire la disdetta (numero verde, via telematica o altro) e deve essere precisato chiaramente che, in caso di mancata disdetta, l'utente è tenuto comunque al pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria, anche se esente; devono essere esplicitate altresì le misure che l'Azienda porrà in essere per il recupero delle somme dovute
- 4 ritirare il referto entro 30 giorni dall'effettuazione della prestazione specialistica o comunque entro 30 giorni dalla data prevista dall'Azienda per la consegna dello stesso; al riguardo deve essere precisato che, in caso di mancato ritiro, l'utente sarà tenuto, anche se esente, al pagamento per intero della prestazione usufruita e devono essere esplicitate chiaramente le misure che l'Azienda porrà in essere per il recupero delle somme dovute.

**DOMANDA**

Per quanto concerne gli adempimenti relativi al governo della domanda, la Regione Veneto, con i provvedimenti sopra citati, ha già identificato l'utilizzo delle "classi di priorità" come strategia fondamentale per la gestione delle liste d'attesa secondo principi di appropriatezza clinica, organizzativa e prescrittivi.

**Prestazioni ambulatoriali**

Il Piano Regionale dispone che tutte le prestazioni ambulatoriali di cui al Nomenclatore Tariffario Regionale (Livelli Essenziali di Assistenza regionali) devono essere prescritte sempre con l'attribuzione della classe di priorità (A, B o C) di cui alla D.G.R. n. 3535/2004 e che, conseguentemente, l'erogazione delle stesse deve essere garantita nei tempi massimi di attesa corrispondenti alla classe indicata.

Le Aziende devono:

1. recepire i tempi massimi di attesa per le prestazioni ambulatoriali di cui all'allegato A, secondo quanto ivi indicato
2. responsabilizzare, con decorrenza 1° luglio 2007, tutti i medici operanti nel proprio territorio all'attribuzione sistematica della classe di priorità all'atto della prescrizione sulla ricetta del S.S.N. delle prestazioni ambulatoriali di cui al Nomenclatore Tariffario Regionale (Livelli Essenziali di Assistenza regionali), anche a prescindere dalla presenza di procedure operative esplicite, nonché all'indicazione, nella ricetta stessa, della diagnosi o del sospetto diagnostico (ciò consentirà alle Aziende ULSS di effettuare verifiche a campione circa l'appropriatezza dell'attribuzione della classe di priorità)
3. mettere in atto, con decorrenza 1° luglio 2007, l'utilizzo di sistemi di prenotazione che tengano conto delle classi di priorità, da parte di tutti gli erogatori, pubblici e privati preaccreditati
4. prevedere le modalità per la verifica a campione del rispetto dei protocolli in tema di prioritizzazione nonché il numero e la tipologia dei processi prescrittivi soggetti a periodico controllo
5. prevedere la sistematica rivalutazione dei percorsi diagnostico/terapeutici e delle specifiche cliniche per l'attribuzione della classe di priorità

A tale proposito si dispone che, se la ricetta non contiene alcuna indicazione della classe di priorità assegnata o della diagnosi/sospetto diagnostico, la richiesta deve essere sempre considerata di classe "C".

I tempi massimi di attesa individuati nell'allegato A della DGR n. 600 del 13/03/2007, sono riferiti alle "prime visite" (così come definite dalla nota regionale prot. n. 214/20M00 del 4.3.1998) e alle prime prestazioni diagnostico/terapeutiche, ovvero a quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto. Sono quindi escluse tutte le visite urgenti (classe "U" nella ricetta), i controlli (come definiti dalla D.G.R. n. 486 del 5/3/2004) e le prestazioni successive al primo accesso e programmate dallo specialista che ha già preso in carico il paziente nonché le prestazioni di screening. Si richiama, altresì, la necessità di distinguere, nella prenotazione, tra "prime visite" e "controlli" mediante l'uso di liste separate di prenotazione.

Al fine di promuovere un accesso omogeneo alle singole prestazioni, la Regione provvederà alla standardizzazione dei protocolli prodotti dai gruppi integrati ospedale-territorio di ciascuna Azienda sanitaria, secondo quanto disposto con la D.G.R. n. 3535/04. In particolare, fermo restando il già definito percorso oncologico, si prevede di definire, previa condivisione con le società scientifiche, le specifiche cliniche per l'attribuzione delle classi di priorità e i percorsi diagnostico - terapeutici relativi al paziente cardiopatico, neuropatico, broncopatico.

Il criterio che verrà utilizzato per la standardizzazione dei suddetti percorsi intende valorizzare la logica della presa in carico del paziente, il quale sarà esonerato dall'effettuazione della prenotazione delle diverse prestazioni oggetto del percorso, cui provvederà direttamente l'organizzazione aziendale.

#### Prestazioni di ricovero

Per quanto attiene le prestazioni di ricovero si richiama quanto già disposto con la D.G.R. n. 2066/06 e con il Decreto regionale n. 32 del 19.12.2005 che prevede l'inserimento nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO), delle informazioni "data di prenotazione" e "classe di priorità", come campo obbligatorio ai fini dell'adozione delle classi di priorità e della garanzia dei tempi massimi di attesa.

Ad integrazione si ritiene opportuno procedere all'adozione formale delle "Linee guida per i registri di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili" elaborate dall'Agenzia Servizi Sanitari Regionali

nell'ambito del progetto Mattone Tempi di Attesa, alle quali si è ritenuto opportuno apportare alcune modifiche.

Si richiama l'attenzione sulla necessità di definire a livello aziendale o interaziendale le specifiche cliniche che costituiranno la griglia di valutazione per l'assegnazione delle classi di priorità. Anche per le prestazioni di ricovero si procederà alla standardizzazione, previa condivisione con le società scientifiche, dei protocolli prodotti dai gruppi integrati ospedale-territorio di ciascuna Azienda sanitaria.

Le Aziende devono:

1. recepire i tempi massimi di attesa per le prestazioni di ricovero di cui all'allegato A della DGR n. 600 del 13/03/2007, secondo quanto ivi indicato
2. prevedere e mettere in atto, con decorrenza 1° luglio 2007, tutti gli adempimenti previsti dalle suddette linee guida

#### OFFERTA

Ciascuna Azienda è tenuta a garantire, per le prestazioni elencate nell'allegato A della DGR n. 600 del 13/03/2007, il rispetto dei tempi massimi di attesa nei punti di erogazione specificamente dalla stessa individuati, esclusivamente nei confronti dei propri assistiti nonché degli assistiti di altre Aziende comunque afferenti allo stesso bacino di utenza (provinciale).

Ciò comporta che ciascuna Azienda provveda a:

1. verificare l'entità del fabbisogno assistenziale locale. Per quanto concerne le prestazioni di ricovero deve essere sempre tenuto presente l'obiettivo regionale del tasso di ospedalizzazione, pari a 160 per mille abitanti, come indicato dalla D.G.R. n. 4449 del 28.12.2006. Per le prestazioni ambulatoriali, in attesa della definizione del numero ottimale di prestazioni per abitante, il fabbisogno aziendale deve essere determinato con particolare attenzione all'appropriatezza
2. verificare la propria organizzazione dell'offerta secondo quanto già indicato nella D.G.R. n. 3535/04, tenendo altresì conto della possibilità di effettuare specifici accordi con altre Aziende U.L.S.S., con le Aziende Ospedaliere, con gli IRCSS, con erogatori privati preaccreditati secondo i meccanismi di cui alla D.G.R. n. 452 del 27.2.2007. L'offerta delle Aziende Ospedaliere e dell'Istituto Oncologico Veneto (IOV) concorre al rispetto dei tempi di attesa degli assistiti delle Aziende territoriali di riferimento (U.L.S.S. 16 e 20) per le prestazioni di base e degli assistiti delle Aziende territoriali della Provincia o della Regione per le prestazioni di media e alta complessità
3. esplicitare, per le prestazioni ambulatoriali di cui all'allegato A della DGR n. 600 del 13/03/2007, i volumi settimanali/mensili che l'Azienda mette a disposizione, distinti per tipologia e classe di priorità
4. distinguere le prestazioni elencate nell'allegato A della DGR n. 600 del 13/03/2007, tra:
  - prestazioni di base, da garantire, necessariamente ai propri assistiti, nei tempi previsti, nell'ambito territoriale di competenza
  - prestazioni ad ampio bacino di utenza o di livello assistenziale di più elevata complessità, da garantire, nei tempi previsti, in ambito territoriale più vasto, anche sulla base di accordi con l'Azienda Ospedaliera, con gli IRCSS o con altre Aziende territoriali della Provincia; tali prestazioni devono essere garantite necessariamente ai propri assistiti nonché agli assistiti delle altre Aziende afferenti al bacino di utenza cui gli eventuali accordi si riferiscono

- 5 individuare gli ambiti territoriali e le strutture eroganti le prestazioni di cui all'allegato A alla DGR n. 600 del 13/03/2007, nelle quali l'Azienda si impegna a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa; tali strutture devono essere equamente distribuite, tenendo conto dei volumi di richiesta e della facilità di accesso per l'utenza, e considerando l'intera rete di offerta (ospedali, distretti, erogatori privati preaccreditati ecc.);
- 6 indicare le procedure individuate dall'Azienda in caso di superamento, per le prestazioni di cui all'allegato A alla DGR n. 600 del 13/03/2007, dei tempi massimi stabiliti presso le strutture specificamente individuate, in modo tale che la prestazione richiesta possa essere erogata all'utente nei tempi previsti, con prenotazione a carico dell'Azienda e senza oneri per l'utente se non quelli dovuti come partecipazione alla spesa. Al riguardo l'Azienda può ricorrere all'acquisto di pacchetti di attività da personale dipendente secondo gli istituti previsti, da medici specialisti ambulatoriali interni, da erogatori privati preaccreditati secondo le modalità previste dalla D.G.R. n. 452 del 27.2.2007, da altre Aziende U.L.S.S. o Ospedaliere o ad altri tipi di accordi. Le procedure di cui sopra devono essere definite sentite le organizzazioni sindacali della dirigenza medica e del comparto nonché i rappresentanti delle associazioni dei pazienti e dei consumatori. Qualora l'utente non intenda fruire della prestazione in uno dei punti di erogazione individuati dalla propria Azienda U.L.S.S., non potrà esigere il rispetto dei tempi massimi di attesa. In tale caso, nel rispetto del principio della libera scelta, la prestazione richiesta sarà comunque oggetto di prenotazione nella struttura indicata dall'utente secondo le disponibilità in essa esistenti;
- 7 definire il tempo di consegna dei referti delle visite o esami diagnostici e di laboratorio, anche diversificandolo per tipologia di prestazione.

Per quanto attiene l'offerta le Aziende devono, inoltre, specificamente prevedere:

- 1 il divieto di sospensione delle prenotazioni per ciascun punto di erogazione (agende chiuse) e l'obbligo della tenuta del registro dei ricoveri ospedalieri; in quest'ultimo vanno riportate altresì le prestazioni di ricovero effettuabili anche in regime ambulatoriale. Tali disposizioni sono da ritenersi immediatamente operative, anche se non sono stati ancora definiti i criteri di applicazione delle sanzioni amministrative, da applicarsi, da parte delle Regioni ai sensi dell'articolo 1, comma 284 della legge finanziaria anno 2005
- 2 la possibilità di sospendere l'erogazione delle prestazioni solamente per motivi eccezionali e previa autorizzazione del Dirigente Medico di Presidio o del Direttore del Distretto, secondo quanto previsto dalle "Linee guida per la sospensione dell'erogazione" elaborate dall'Agenzia dei Servizi Sanitari Regionali nell'ambito del progetto Mattone Tempi di Attesa.
- 3 la riscossione, a decorrere dal 1 luglio 2007, del ticket anticipatamente rispetto alla fruizione della prestazione, ai fini della puntuale applicazione di quanto disposto dall'art. 1, comma 1, del D.L.vo n. 124 del 29 aprile 1998, secondo cui nell'ambito dei LEA "sono individuate le prestazioni la cui fruizione è subordinata al pagamento diretto da parte dell'assistito di una quota limitata di spesa". L'obbligo del pagamento anticipato non si applica nei casi in cui non sia possibile procedere ad una preventiva quantificazione della tariffa complessiva e della conseguente quota di partecipazione alla spesa e nei casi in cui si rende necessaria, nel corso di una prestazione ambulatoriale, l'esecuzione di ulteriori accertamenti e/o prestazioni; in tale ipotesi il cittadino verrà invitato a regolarizzare successivamente il versamento, ma comunque sempre prima del ritiro del referto.
- 4 il completamento del sistema dei CUP Provinciali, tramite il perfezionamento delle modalità di integrazione, tra le Aziende pubbliche e con gli erogatori privati preaccreditati, delle funzionalità e delle applicazioni, mediante la definizione concordata dei nomenclatori e la standardizzazione delle modalità di gestione delle agende.

Al fine di rilevare puntualmente l'efficacia delle azioni poste in essere le Aziende sanitarie saranno chiamate a istituire un "tavolo di monitoraggio per l'attuazione della DGR n. 600/07" composto da rappresentanti della Medicina Generale, della Medicina Specialistica (Ospedalieri e SAI), delle Associazioni dei consumatori e degli utenti e della Direzione Sanitaria Aziendale, con il compito specifico di monitorare sistematicamente l'effettiva attuazione dei percorsi individuati, nonché acquisire informazioni tempestive ed efficaci al fine di governare sia l'appropriatezza prescrittiva che la tempistica erogativa e concordare eventuali correttivi e soluzioni organizzativo/gestionali.

## **RISULTATI ATTESI**

La concretizzazione del progetto consente il conseguimento dei seguenti risultati:

- maggior trasparenza del sistema sanitario tramite l'appropriatezza delle modalità di comunicazione in rapporto al destinatario (cittadino, utente, associazioni di utenti, medici di MMG, PLS, specialisti, altri operatori sanitari) e la completezza dell'informazione sulla tematica dei tempi di attesa e del relativo sistema di governo
- miglioramento dell'accessibilità (prenotazione, orari, struttura di erogazione, distanze) al sistema dell'offerta ;
- auspicabile riduzione quali –quantitativa delle prestazioni richieste a seguito di una maggior appropriatezza nelle prescrizioni, ottenuta attraverso il coinvolgimento degli agenti della domanda nell'individuazione delle priorità cliniche.
- la messa in rete delle strutture di erogazione delle prestazioni (ospedale, poliambulatori, distretti e erogatori privati preaccreditati)
- riduzione delle liste d'attesa con graduale rientro, soprattutto per le prestazioni in sofferenza, negli standard regionali
- maggiore soddisfazione dell'utenza

## **Prospetto:**

## **Durata del progetto : Biennale**

### **OBIETTIVI**

Raggiungimento da parte delle Aziende sanitarie della garanzia, ai propri assistiti nonché agli assistiti delle altre Aziende afferenti comunque allo stesso bacino di utenza (provinciale), del rispetto dei tempi massimi di attesa nell'erogazione delle prestazioni di cui all'allegato A della DGR n. 600/2007, nella tempistica e secondo gli indicatori e le soglie di seguito riportate.

- prestazioni ambulatoriali:

- al 31.12.2007: pazienti codificati come classe A - valore soglia 80%  
pazienti codificati come classe B - valore soglia 70%  
pazienti codificati come classe C - valore soglia 90%
- al 31.12.2008: pazienti codificati come classe A - valore soglia 90%

pazienti codificati come classe B - valore soglia 80%  
pazienti codificati come classe C - valore soglia 100%

percorso oncologico:  
deve essere garantito al 100% degli assistiti al 31.12.2007

- prestazioni di ricovero:

al 31.12.2008: pazienti codificati come classe A - valore soglia 100%  
pazienti codificati come classe B - valore soglia 90%  
pazienti codificati come classe C - valore soglia 80%  
pazienti codificati come classe D - valore soglia 70%

Le prestazioni di ricovero sotto elencate devono essere garantite, al 31.12.2007, nella tempistica e secondo i seguenti indicatori e soglie:

- intervento di protesi d'anca - pazienti codificati come classe C: entro 90 giorni (valore soglia 50%), entro 180 giorni (valore soglia 90%)
- intervento per cataratta - pazienti codificati come classe C: entro 90 giorni (valore soglia 50%), entro 180 giorni (valore soglia 90%)
- coronarografia - pazienti codificati come classe B: entro 60 giorni (valore soglia 50%) - pazienti codificati come classe C: entro 180 giorni (valore soglia 100%)

Sono fatti salvi specifici casi con caratteri di emergenza/urgenza clinica o con criteri di priorità elevata che richiedono attese inferiori.

Il grado di raggiungimento degli obiettivi è rilevabile mediante l'elaborazione dei dati presenti rispettivamente per le prestazioni ambulatoriali nel flusso dell'assistenza specialistica ambulatoriale e per le prestazioni di ricovero nel flusso SDO, entrambi già a regime in questa Regione.

#### **Costi connessi:**

**anno 2007:** Euro 12.038.024 di cui Euro 4.012.675 per la messa in rete sia a livello locale (Centro Unico di prenotazione di ciascuna ULSS) che provinciale (Centro Unico di prenotazione Provinciale) di tutte le strutture di erogazione delle prestazioni, inclusi gli erogatori privati preaccreditati insistenti nel territorio di ciascuna Azienda ULSS; la restante somma sia per la realizzazione, a livello regionale, di campagne di informazione sia per il finanziamento delle Aziende nell'acquisizione di risorse di personale e/o di attrezzature / macchinari

**anno 2008:** Euro 12.038.024 di cui Euro 4.012.675 per il completamento della messa in rete sia a livello locale (Centro Unico di prenotazione di ciascuna ULSS) che provinciale (Centro Unico di prenotazione Provinciale) di tutte le strutture di erogazione delle prestazioni inclusi gli erogatori privati preaccreditati insistenti nel territorio di ciascuna Azienda ULSS e per migliorare la "qualità" dei CUP Aziendali con la formazione di un operatore, quale figura di coordinamento degli operatori di ciascuna ULSS - definita - "Cup Manager" nell'ottica di un'estensione della formazione a tutti gli operatori Cup operanti nelle Aziende; la restante somma sia per corsi di aggiornamento rivolti ai componenti dei già costituiti nuclei aziendali di



controllo in merito ai nuovi adempimenti previsti dalla DGR.2609 del 7 agosto 2007 e relativi alla DGR 600/2007 al fine di ottimizzare la qualità dei “controlli sull’attività sanitaria” sia per finanziare la Aziende nell’acquisizione di risorse di personale e/o di attrezzature / macchinari