PIEMONTE

PAGINA BIANCA

Ministero dell'Economia e delle Finanze

DIPARTIMENTO DELLA RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO

ISPETTORATO GENERALE PER LA SPESA SOCIALE

Ufficio II

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
UFFICIO DI SEGRETERIA DELLA CONFERENZA
PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO
LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME

09 MAR. 2005

Prot. n. 1433

Rif. 4.1.21.1.1

Fax

A: dr.ssa Svetlana Parrilla **Da:** Alessandra Versino

Fax: 06-67796530 **Pagine:** 10

Tel: **Data:** 2/3/2005

Ogg.: Regione Piemonte: relazione liste di attesa **CC:**

Come da accordi le invio la relazione sulle liste di attesa della regione Piemonte
Cordiali saluti

Alessandra Versino

REGIONE PIEMONTE

Il Presidente

Torino 9 APR. 2004

Prot. n. 5083/5/PRES

Al Presidente del Senato della
Repubblica
Piazza Madama, 1

00186 R O M A

Oggetto: trasmissione di relazioni da obbligo di legge.

Unitamente alla presente, si trasmette la Relazione al Parlamento ex art. 52, comma 4, lett. c della L. 289 del 27.12.2002.

Per quanto concerne, invece, la relazione ex art. 1, comma 5 della L. 221 del 3.10.2002, si comunica che la Regione Piemonte non ha adottato relativi provvedimenti di deroga,

Cordiali saluti

Il Presidente della Regione
Enzo Ghigo

IL VICE PRESIDENTE
William Casoni

LB/GO/ad

iazza Castello, 165
10122 Torino
Tel. 011.4321600
Fax 011.4323848

REGIONE PIEMONTE

Relazione al Parlamento

ai sensi dell'articolo 52, comma 4, lettera c) della legge 27 dicembre 2002, n. 289

In merito all'attuazione d'adeguate iniziative dirette a favorire l'eliminazione o il significativo contenimento delle liste di attesa nella Regione Piemonte

Preliminarmente si riassumono gli interventi attuati dall'amministrazione regionale nel corso degli ultimi anni, in materia di tempi di attesa.

Già con deliberazione n. 82-26077 del 23 novembre 1998, la Giunta Regionale, in esecuzione delle previsioni dell'articolo 3, commi 10 e 12 del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, (disciplina dei criteri e delle iniziative per il rispetto della tempestività dell'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali), aveva individuato gli standard di riferimento regionali, sotto forma di tempi massimi d'attesa, entro i quali le Aziende sanitarie regionali avrebbero dovuto garantire l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Con successivo provvedimento n. 59-28477 del 25 ottobre 1999, la Giunta Regionale ha deliberato l'attivazione del sistema di controllo delle attività delle Aziende sanitarie piemontesi, attraverso l'utilizzo d'indicatori. Il sistema di controllo e' stato formalmente adottato con determinazione dirigenziale n. 397 del 20 dicembre 1999, essendo state, con il medesimo provvedimento, definite le caratteristiche generali, ivi comprese le modalità ed i criteri di rilevazione.

Alcuni degli indicatori d'attività compresi nello specifico raggruppamento denominato "assistenza specialistica" sono stati finalizzati a valutare la tempistica di esecuzione di prestazioni e pertanto, a partire dal 2000, è iniziato il monitoraggio mensile dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni per le quali non si configuravano le caratteristiche di urgenza e non ricorrevano alcune condizioni di esclusione (quali ad esempio, prestazioni da eseguire in urgenza, l'attività di screening, ecc.).

Le prestazioni specialistiche oggetto di monitoraggio fino al dicembre 2001 sono state le seguenti:

- prime visite per le specialità di Cardiologia, Ortopedia, Urologia, Oculistica, Odontoiatria, Neurologia, ORL, Chirurgia generale, Pneumologia, RRF (distinte per pazienti post - acuti e stabilizzati);
- Inizio trattamento prestazioni di RRF distinte per pazienti post-acuti e stabilizzati,prestazioni di Radiodiagnostica, Diagnostica ecografica/con doppler, TAC, RMN, Prelievi.

In seguito, sulla scorta degli esiti delle rilevazioni fin ad allora effettuate, anche alla luce degli orientamenti e delle indicazioni nazionali, con Deliberazione di Giunta regionale n.55-4769 del 10 dicembre 2001, sono state ridefinite le prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio e ne sono stati determinati gli standard. Pertanto a partire dall'anno 2002 la metodologia di monitoraggio ha presentato delle modifiche riguardanti gli oggetti della rilevazione e i valori di riferimento.

Trattasi in ogni caso di prestazioni di significativa rilevanza nei percorsi diagnostico terapeutici e in particolare:

- le prime visite specialistiche oggetto di monitoraggio sono: Cardiologia, Ortopedia, Urologia, Oculistica, Odontoiatria, Neurologia, ORL, Dermatologia, Ginecologia, R.R.F. pazienti post- acuti e stabilizzati.
- le prestazioni specialistiche ambulatoriali per le quali è effettuato il monitoraggio sono: Radiologia contrastografica, Mammografia, Ecografia addome superiore, Ecocardiografia, Ecografia con doppler arti e tronchi sovraortici, T.A.C. (capo, torace, rachide), R.M.N. (cervello e tronco encefalico, colonna), Inizio trattamento RRF (suddiviso in post-acuti e stabilizzati), Elettromiografia semplice e Esofagogastroduodenoscopia.

La citata D. G. R. n. 55- 4769 del 10 dicembre 2001, nell'allegato n. 1, enunciava poi una serie di principi, nel rispetto dei quali le AA SS RR avrebbero dovuto organizzare ed uniformare le proprie azioni nel processo di erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali. Conseguentemente, nell'ambito del sistema regionale di controllo, è stata introdotta, a partire dal primo semestre 2002, una rilevazione della consistenza delle liste di attesa per le prestazioni precedentemente elencate.

Tra l'altro, la Regione Piemonte, ha partecipato alla sperimentazione nazionale sulle liste di attesa delle prestazioni e dei ricoveri, che ha visto coinvolte due aziende regionali nel corso del mese di dicembre 2002 e che ha avuto il prosieguo nel corso del successivo anno. La sperimentazione ha permesso di valicare il sistema di monitoraggio per le prestazioni ambulatoriali; quello relativo ai ricoveri richiede ulteriori approfondimenti e pertanto riveste ancora carattere di sperimentazione

Da ultimo, con D.G.R. n.14-10073 del 28 luglio 2003 sono state introdotte novità nella gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero elettivo e alle prestazioni specialistiche ambulatoriali. Di seguito sono riportati i contenuti dell'allegato alla citata deliberazione, titolato "Linee guida per la gestione dell'accesso alle prestazioni programmabili in Regione Piemonte".

La Regione Piemonte ha elaborato le linee guida per la gestione delle liste di attesa in armonia con la legislazione vigente e gli accordi Stato-Regioni, con particolare attenzione a fornire ai medici prescrittori uno strumento di supporto finalizzato ad agevolare l'appropriatezza delle prescrizioni.

Dalle risultanze degli studi effettuati negli anni si è valutato necessario definire l'ammissibilità in lista, sia per i ricoveri programmati che per le prestazioni ambulatoriali, in base a criteri di priorità clinica, distinguendo fondamentalmente tra prestazioni urgenti, urgenti differibili e programmabili.
Questo provvedimento attua del resto un'attività già in essere in molte unità operative del Piemonte, che autonomamente si riferivano da tempo, per la gestione clinica di liste con tempi di attesa particolarmente lunghi, a protocolli interni mirati a consentire modalità di accesso differenziato ai pazienti affinché l'attesa non potesse pregiudicare il loro stato di salute.

Pertanto le classi di priorità previste nel provvedimento sono da attribuirsi a seguito delle seguenti valutazioni:

1. severità del quadro clinico presente (incluso il sospetto diagnostico);
2. prognosi;
3. tendenza al peggioramento a breve;
4. presenza di dolore e/o deficit funzionale;
5. implicazioni sulla qualità della vita;
6. casi particolari che richiedono di essere trattati in un tempo prefissato;
7. speciali caratteristiche del paziente che possono configurare delle eccezioni, purché esplicitamente motivate dal medico prescrittore.

Non è richiesto l'attribuzione di priorià nei casi di emergenza e di urgenza non differibile, poiché l'accesso avviene direttamente da pronto soccorso, e per le visite di controllo programmate.

CLASSE DI PRIORITA' PER IL RICOVERO	INDICAZIONI
CLASSE A	casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi
CLASSE B	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	casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
CLASSE D	casi clinici che non causano dolore, disfunzione o disabilità.

TIPO DI PRESTAZIONE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	PERIODO DI EFFETTUAZIONE
Non differibile *Classe 1*	Prestazione relativa a una malattia in fase acuta o in riacutizzazione per la quale il prescrittore valuta che la mancata esecuzione nell'arco di 48 ore possa comportare un peggioramento del quadro patologico e/o pregiudichi l'evoluzione del piano terapeutico	Accesso diretto con richiesta motivata del medico prescrittore negli ambulatori specialistici territoriali o ospedalieri che devono definire sede, calendari orari in cui sono possibili tali prestazioni urgenti e consegna immediata o entro la giornata successiva dell'esito	Prestazione da effettuarsi entro 48 ore dalla richiesta
Differibile *Classe 2*	Prestazione relativa ad una malattia in fase acuta o in riacutizzazione per la quale il prescrittore valuta che la mancata esecuzione nel breve/medio periodo (15 gg) possa comportare un peggioramento del quadro patologico e/o pregiudichi l'evoluzione del quadro terapeutico nel breve/medio periodo	Prenotazione tramite CUP o altri sistemi di prenotazione coerenti con la normativa vigente, resi comunque visibili attraverso il CUP. Accesso diretto per un numero ristretto di agende dedicate presso le sedi individuate Prenotazione con richiesta del MMG o del PdLS, dello specialista ospedaliero ..... o convenzionato interno	Prestazione da effettuarsi entro 15 gg dalla richiesta

Programmabile *Classe 3*	Prestazione la cui esecuzione tempestiva non influenza significatamene la prognosi a breve,	Prenotazione tramite CUP altri sistemi di prenotazione coerenti con la normativa vigente, resi comunque visibili attraverso il CUP. Prenotazione con richiesta del MMG o del PdLS, dello specialista ospedaliero o convenzionato interno	Visita specialistica entro 30 giorni; accertamenti diagnostici e strumentali entro 60 giorni

Il paziente dovrà essere trattato quindi non semplicemente sulla base dell'ordine di iscrizione in lista, ma l'ordine di prenotazione andrà osservato solo all'interno di classi di priorità.

Pertanto ciò che deve essere chiaramente percepito dal cittadino è che il SSN non opera solo in un'ottica di contenimento dei consumi a seguito di una continua analisi dei costi, ma che il servizio è mirato al soddisfacimento del bisogno di cura, in termini di qualità ed equità di accesso alle prestazioni.

Stabilire dei criteri di priorità clinica consente di attuare un governo della domanda, affrontando la problematica delle attese sotto l'aspetto di una gestione efficiente delle risorse presenti: sia applicando il principio di appropriatezza, sia con una corretta gestione delle liste. Considerato inoltre che le risorse disponibili non sono illimitate e che la continua evoluzione delle conoscenze scientifiche, del progresso tecnologico, la formazione culturale dei cittadini e non ultimo l'influenza che viene ad essere esercitata in materia dai mass-media, porta ad avere una forte richiesta di prestazioni, si rende necessario intervenire sui quadri clinici più gravi o comunque nei casi in cui l'attesa possa compromettere lo stato di salute del paziente.

L'attenzione è posta quindi sull'attesa che non deve pregiudicare lo stato di salute del paziente. Sarà a cura di tutti gli attori che intervengono in tale complesso sistema applicare gradatamente una nuova modalità di gestione delle liste, con particolare riferimento ai medici prescrittori che avranno il delicato compito di assumersi le necessarie responsabilità verso i cittadini nell'indirizzare la rilevante domanda in affermazione del principio di appropriatezza.

La Regione Piemonte ha pertanto previsto la registrazione in lista dei pazienti per classi di priorità per ogni specialità. Si è ritenuto di affrontare un lavoro così impegnativo nella convinzione che in tal modo i livelli essenziali di assistenza possono essere garantiti indirizzando la domanda secondo criteri di priorità clinica.

In prima applicazione non sono stati definiti il numero di giorni di attesa per le classi riferite ai ricoveri programmati per i quali lo specialista individuarà la gravità clinica. In tale contesto sono dati i seguenti obiettivi:

1. garantire equità nell'accesso alle prestazioni;
2. garantire che l'accesso del paziente alle prestazioni sia gestito ad un livello qualitativo ottimale;
3. favorire l'ottimizzazione nell'impiego delle risorse aziendali;
4. stimolare l'attività di programmazione strategica aziendale sul tema delle liste di attesa, con l'obiettivo di migliorare il livello di accessibilità, anche attraverso una riduzione dei tempi di attesa.

La Regione Piemonte ha ritenuto di apportare cambiamenti importanti nella gestione delle liste a livello clinico e organizzativo, per arrivare gradualmente a un miglior utilizzo delle risorse secondo le indicazioni di seguito indicate.

A partire dal 1° gennaio 2004:

- non sarà più permesso la chiusura delle liste di attesa.
- i registri dei ricoveri programmati dovranno essere progressivamente informatizzati.
- anche per i casi di forza maggiore (es: rottura del macchinario) sarà cura delle Aziende contattare i pazienti non appena diventa possibile l'erogazione delle prestazioni.
- le ASL e i Presidi dovranno garantire l'accesso diretto, senza prenotazione, per elettrocardiogramma, Rx torace e per le più usuali analisi di Laboratorio.
- è previsto il pagamento della prestazione per i cittadini che non abbiano provveduto a comunicare la disdetta dell'appuntamento.
- gli interventi per asportazione di tumori maligni, le cure chemioterapiche e radioterapiche dovranno essere garantite entro un mese dalla prescrizione (tempi peraltro già presenti in larga massima nell'ambito regionale).
- è previsto l'obbligo di verificare semestralmente la consistenza delle stesse liste di attesa in modo da evitare stime di attese più lunghe di quelle effettivamente attuabili e per consentire un'adeguata programmazione delle attività.

In questo contesto un ruolo fondamentale sarà ricoperto dai medici prescrittori per l'individuazione delle priorità, in particolare dai Medici di medicina generale e dai Pediatri di libera scelta.

Considerato il grosso sforzo richiesto in breve tempo a tutti gli attori coinvolti in questo complesso processo di riorganizzazione, si è reso necessario che, per l'attività specialistica e ambulatoriale, l'attribuzione delle classi di priorità avvenga sino a marzo 2004 solo per le prestazioni afferenti l'ambito oncologico e cardiovascolare mentre tutti gli altri aspetti compresi nel provvedimento, e in particolare per quanto riguarda i ricoveri programmati, trova piena applicazione dal 1 gennaio 2004.

Al fine di constatare le modalità di applicazione della deliberazione nelle diverse realtà territoriali, è stato effettuato un primo sondaggio riferito al 15 ottobre u.s. quale data di riferimento della prima revisione delle liste di attesa con attesa maggiore a 120 giorni.
Le Aziende hanno mostrato una particolare sollecitudine nel trasmettere le relazioni, spesso correlate dalle deliberazioni aziendali di recepimento della DGR, esaustive nella maggioranza dei casi delle principali iniziative intraprese.

Per quanto riguarda la prima parte è stato verificato che oltre il 15% dei pazienti iscritti nelle liste prima della revisione (oltre 44.000) sono stati cancellati e quindi in molti casi la revisione delle liste ha prodotto aspettative di attesa più brevi.

Inoltre nella gran parte delle aziende sono stati predisposti criteri di priorità per gli interventi che in qualche caso sono stati adottati immediatamente, revisionando così le stesse liste riclassificandole.

Il lavoro più impegnativo è stato sicuramente prevedere l'adeguamento dei sistemi di prenotazione (CUP). I CUP oltre a gestire diverse agende prevedono campi riservati a annotazioni riferite ai pazienti. Sempre a livello informatico diverse aziende hanno segnalato l'attivazione di procedure per il recupero delle penalità nei casi di mancata disdetta.

Diverse Aziende hanno riferito inoltre dei diversi incontri formativi effettuati con i medici prescrittori. Questo compito richiede indubbiamente molte energie poiché prevede una collaborazione particolare tra MMG, PLS e medici specialisti. Alcune Aziende hanno posto attenzione nel pubblicizzare i tempi di attesa sul sito aziendale. Presso i Cup sarà possibile inoltre conoscere i tempi di attesa per le prestazioni erogate dalle strutture convenzionate al fine di fornire un ampio ventaglio delle risorse disponibili ai cittadini.

Si rileva l'impegno delle Direzioni Sanitarie nel definire le figure responsabili per ogni fase dell'applicazione della riorganizzazione delle liste e nel prevedere conseguentemente i dovuti controlli. Alcune Aziende hanno in fase di studio controlli particolarmente approfonditi, quali le modalità di verifica della congruenza nell'applicazione dei criteri di priorità clinica fra prescrittori ed erogatori.

Una prima analisi delle liste di attesa, che confermerebbe già i dati conosciuti dall'assessorato, evidenzierebbe che nella maggioranza dei casi le attese per intervento chirurgico appaiono compatibili con le indicazioni che si riferiscono ai codici di priorità anche se si evidenziano criticità che dovranno essere approfondite in particolare per quanto riguarda alcuni presidi specialistici o di ASO e per interventi chirurgici effettuati in modo abbastanza diffuso sul territorio in particolare nelle discipline di Ortopedia, Oculistica ed Urologia.

Per le attività specialisto-ambulatoriali sono evidenziabili criticità in particolare per alcune attività di diagnostica complessa soprattutto di tipo ecografico e per alcune tipologie di visite specialistiche; tale situazione è particolarmente sentita nelle strutture ad alta specializzazione o monospecialistiche.

Occorrerà verificare quindi se vi siano ricadute positive nell'organizzazione delle liste di attesa a seguito dell'integrale applicazione della citata DGR, che attenuino o modificano le problematicità descritte.

E' presumibile che si renda necessario verificare per le situazioni che evidenziano particolari difficoltà, le possibili azioni da intraprendere atte a migliorare le criticità evidenziate.

Il Presidente della Giunta Regionale

Enzo Ghigo

IL VICE PRESIDENTE
William Casoni

REGIONE PIEMONTE

Il Presidente

Torino 9 MAR. 2004

Protocollo 3406/5/PRES

Al Presidente della Camera
dei Deputati
Piazza di Montecitorio, 1

00186 R O M A

Oggetto: trasmissione di relazioni da obbligo di legge.

In riferimento alle Vs. note prot. 2003/0029315/GEN/CP del 14.10.2003 e prot. 2004/0002522/GEN/CP del 27.01.2004, si trasmette la Relazione al Parlamento ex art. 52, comma 4, lett. c della L. 289 del 27.12.2002.

Per quanto concerne, invece, la relazione ex art. 1, comma 5 della L. 221 del 3.10.2002, si comunica che la Regione Piemonte non ha adottato relativi provvedimenti di deroga, così come peraltro già comunicato a questa Spettabile Presidenza con nota prot. 9213/13 del 11.09.2003.

Cordiali saluti

Il Presidente della Regione
Enzo Ghigo

LB/GO/ad

Piazza Castello, 165
10122 Torino
Tel. 011.4321600
Fax 011.4323848

Fabio, sentito Dr. Pinca (Comune): la relazione viene inviata a tutti i Comuni del Piemonte.

PUGLIA

PAGINA BIANCA

REGIONE PUGLIA

IL PRESIDENTE

Prot. n.° 24 | 17592 | 1

Bari, lì - 3 GIU. 2004

AL SIG. PRESIDENTE DELLA
CAMERA DEI DEPUTATI

Piazza Monte Citorio n. 1

ROMA

OGGETTO: Relazione annuale Art. 52, comma 4, lettera C, L. n.289/02.

In riferimento alle disposizioni legislative in oggetto specificate si relaziona quanto segue.

Come è noto l'accordo Stato-Regioni dell'11.7.2002 prevede che siano individuate le condizioni di priorità, basate su criteri di appropriatezza, per la definizione di fasce differenziate di tempi d'attesa massimi per l'accesso alle prestazioni di ricovero ed ambulatoriali. Per alcune di queste, considerate ad alta criticità per frequenza ed impatto sociale, l'Accordo ha, tuttavia, prestabilito quali debbano essere i tempi massimi di attesa e la percentuale di cittadini ai quali garantire il rispetto di tali tempi.

Le prestazioni selezionate sono le seguenti:

- RMN della colonna = tempo massimo di attesa 60 giorni
- TAC cerebrale = tempo massimo di attesa 60 giorni
- Ecodoppler dei tronchi sovraortici e dei vasi periferici = tempo massimo di attesa 60 giorni
- Visita cardiologica = tempo massimo di attesa 30 giorni
- Visita oculistica = tempo massimo di attesa 30 giorni
- Esofagogastroduodenoscopia = tempo massimo di attesa 60 giorni
- Ecografia addome = tempo massimo di attesa 60 giorni

REGIONE PUGLIA

IL PRESIDENTE

A queste prestazioni potrebbero, con il tempo, aggiungersene altre, al fine di coprire altre aree diagnostiche. Il tempo massimo individuato deve essere ottenuto a prescindere dall'individuazione a livello regionale di priorità di accesso su queste prestazioni, che comunque andranno a garantire classi con un arco temporale minore rispetto a quello evidenziato. Si è convenuto, nell'Accordo citato, che dal 1° gennaio 2003 tale tempo debba essere garantito al 50% dei cittadini che effettuano la prestazione. Tale valore è fissato all'80% a far tempo dal 1° luglio 2003, previa verifica condotta in base ai dati del monitoraggio effettuato in tutte le regioni attraverso un apposito Disciplinare tecnico per la rilevazione dei tempi d'attesa.

L'Agenzia Regionale Sanitaria (Ares), in rappresentanza della Puglia, partecipa insieme ad altre quattro regioni ad un Gruppo Tecnico, coordinato dal Ministero della salute e dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, per la sperimentazione di questo disciplinare, che sinora è stato testato in due aziende, le UUSSLL LE/1 e BR/1 (per maggiori dettagli sul Disciplinare vedi su www.arespuglia.it).

Anche per le prestazioni di ricovero si tratta di individuare poche ma salienti prestazioni sulle quali le Regioni si impegnino a promuovere iniziative di miglioramento dei tempi di attesa. Tenuto conto della necessità che le Regioni si attivino per applicare le classi di priorità, in maniera diffusa sul territorio per tutte le prestazioni chirurgiche elettive, nell'Accordo si è ritenuto che il tempo di attesa massimo nazionale si debba concentrare su talune prestazioni di ricovero che, per la loro rilevanza clinica e sociale siano particolarmente garantite (fatti salvi specifici casi con caratteri di emergenza/urgenza clinica o con criteri di priorità elevata che prevedono attese inferiori).

Prestazione di ricovero	Tempo massimo d'attesa per il 90% dei pazienti	Tempo massimo d'attesa per il 50% dei pazienti
intervento per cataratta	180 giorni	90 giorni
intervento di protesi d'anca	180 giorni	90 giorni
coronarografia	120 giorni	60 giorni

Per le prestazioni di ricovero sopra evidenziate si è convenuto che le Regioni siano in grado di garantire i tempi di attesa massimi nazionali concordati, a partire dal 1° gennaio 2003.

Come si evince da questa breve premessa, l'impegno sancito in questo Accordo richiede che si effettui *"il monitoraggio circa il funzionamento dei servizi pubblici e privati, con particolare riguardo alla verifica quali-quantitativa della idonea dotazione delle risorse umane e non, nonché alle liste di attesa ed agli eventuali fenomeni di inappropriatezza"*.

REGIONE PUGLIA

IL PRESIDENTE

Al fine di promuovere immediate iniziative finalizzate alla riduzione dei tempi d'attesa la Giunta regionale con la deliberazione n.572 del 17/4/2003 ad oggetto: "Progetto "Riduzione delle liste d'attesa ". ha proceduto all'adozione di piani operativi volti al perseguimento dell'obiettivo di che trattasi attraverso le seguenti linee operative :

1) Redazione di apposite linee guida e regolamenti (mediante la costituzione di commissioni di esperti da parte dell'ARES (Agenzia regionale sanitaria) , espletamento di interventi formativi e monitoraggio dei risultati sulle problematiche concernenti la definizione delle specifiche cliniche per l'individuazione delle priorità d'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero, criteri ed interventi operativi/formativi per la verifica dell'appropriatezza delle prescrizioni e per la razionalizzazione della domanda , criteri ed interventi operativi/formativi per i coinvolgimento e la sensibilizzazione dei medici di base e degli specialisti ospedalieri e territoriali, criteri per la graduale eliminazione delle agende chiuse per la gestione efficace e trasparente dei tempi e liste d'attesa , criteri per la valutazione della qualità percepita dagli utenti e promozione di eventi formativi;

Tale azione è affidata all'ARES che ne curerà l'intero iter procedurale.

2) Determinazione del fabbisogno tecnologico (apparecchiature diagnostiche e terapeutiche) per le prestazioni ad alta criticità erogativa e definizione dei relativi piani di approvigionamento che tengano conto della attuale capacità di offerta delle varie strutture sanitarie con particolare riferimento alla necessità di garantire la qualità delle prestazioni oltre alla velocizzazione nell'esecuzione delle indagini diagnostiche;

Per realizzare questa azione è stato fissato un budget di spesa di Euro 5.882.609,35 IVA compresa così ripartita :

- assegnazione di Euro 1.150.000,00 IVA compresa all'A.O. "Consorziale Policlinico" di Bari per il completamento del piano di attivazione dell'acceleratore lineare;

- assegnazione di Euro 1.150.000,00 IVA compresa all'A.O. "OO.RR." di Foggia per l'ammodernamento tecnologico della RMN ;

- assegnazione alle altre Aziende Sanitarie della somma di Euro 3.582.609,35 IVA compresa per ammodernamento tecnologico delle diagnostiche per immagini;

REGIONE PUGLIA

IL PRESIDENTE

A tal proposito le Aziende UU.SS.LL. della Regione Puglia sono state invitate ad effettuare una ricognizione delle apparecchiature di diagnostica per immagini esistenti alla data odierna con l'indicazione della marca , tipo e anno di costruzione e procedere alla stima del fabbisogno tenendo conto essenzialmente del grado di vetustà delle stesse e fornire le ulteriori notizie richieste con una scheda censimentaria allegata alla nota di invito .

Completata detta fase le Aziende hanno inviato al Settore Sanità la relazione con la proposta di acquisizione di nuove apparecchiature in sostituzione di quelle obsolete, ovviamente basata, date le esigue risorse finanziarie a disposizione, su impellenti necessità e inderogabilità di acquisizione delle stesse .

La relativa ripartizione delle somme è stata effettuata in base alla popolazione residente.

3) Analisi del livello d'informatizzazione dei CUP aziendali , con particolare riferimento alla tipologia di prestazioni ad alta criticità erogativa e completamento del processo d'informatizzazione e integrazione dei CUP a livello locale e provinciale. Potenziamento degli URP attraverso azioni mirate a favorire e/o potenziare il processo di informatizzazione e di integrazione con i CUP.

L'assegnazione per questa azione ammonta a Euro 1.127.755,94 IVA compresa così suddivisa:

- Euro 977.755,94 IVA compresa assegnate alle AA.UU.SS.LL. in base alla popolazione residente;

- Euro 150.000,00 Iva compresa assegnate alle due AA.OO. presenti nel territorio pugliese nel seguente modo " Euro 80.000,00 per l'A.O. "Consorziale Policlinico" di Bari ed Euro 70.000,00 per l'A.O. "OO.RR. di Foggia.

Le AA.UU.SS.LL. e AA.OO. pertanto sono state invitate a trasmettere all'Assessorato alla Sanità una relazione contenente l'analisi del loro livello d'informatizzazione dei CUP e le eventuali criticità riscontrate con particolare riferimento alle prenotazione di prestazioni sanitarie ritenute prioritarie nonché lo stato del collegamento con i presidi territoriali periferici a livello locale e provinciale. Inoltre è stata richiesta un' ampia relazione sul funzionamento degli URP aziendali , il loro collegamento con i CUP e, nel contempo, sono state richieste proposte per il perseguimento di azioni mirate per favorire i processi di integrazione ed informatizzazione degli URP con i CUP.