

Azienda Sanitaria Regionale del Molise

Piano Operativo 2007-2009

Piano Attuativo Aziendale per il contenimento delle liste d'attesa

Iniziative per l'attuazione del piano regionale per il contenimento dei tempi d'attesa

Revisioni del presente documento

In osservanza a quanto previsto dal paragrafo 12 del presente piano, viene riportata la *revision history* del presente documento con brevi note esplicative degli aggiornamenti apportati. Il Direttore Generale ASREM invia tempestivamente con lettera le revisioni del documento all'Osservatorio Regionale sulla Qualità dei Servizi Sanitari e dispone la pubblicazione del documento sul sito www.asrem.org.

Revisione	Note	Data
Versione 1.0	Documento rilasciato all'adozione del piano attuativo	05/06/2007
Versione 1.1	<ul style="list-style-type: none">• Aggiunta della sezione <i>Revisioni del presente documento</i>• Ridefinizione della codifica dei livelli di complessità delle prestazioni del tariffario nomenclatore (Par. 2)• Impegno alla pubblicazione dei tempi d'attesa rilevati sul sito ASREM su dati Molise Dati spa (Par. 7)	27/06/2007

Introduzione

Il presente documento rappresenta la risposta attuativa alle iniziative previste dal Piano Operativo regionale 2007-2009, rif. Obiettivo specifico 7.

La D.G.R. 184 del 6 marzo 2007 che qui viene interamente richiamata, ha sancito l'approvazione del Piano Regionale di contenimento dei tempi di attesa (PRCTA) allegato alla delibera e che ne costituisce parte integrante e sostanziale.

In detto piano sono contenuti in maniera organica iniziative ed adempimenti volti all'obiettivo di monitorare gli effettivi tempi d'attesa per l'erogazione delle prestazioni nonché norme certe atte a stabilire indicatori di risposta del sistema d'offerta regionale alla domanda di servizi sanitari.

Il focus del documento regionale è concentrato sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale in qualsiasi forma erogate all'interno del sistema sanitario regionale ed in questo ambito introduce novità sostanziali che impattano fortemente con la realtà tecnico-organizzativa che gravita intorno all'attività di erogazione delle prestazioni. Obiettivo finale è renderle fruibili agli assistiti.

La lettura della situazione attuale del sistema di erogazione parla essenzialmente di un sistema introverso, plasmato sotto diversi aspetti più sulle esigenze di chi produce che su quelle di coloro che debbono usufruirne. Rientrano in questo caso, ad esempio, le numerose agende di prestazioni erogate ad esempio in ambito ospedaliero, non disponibili sul sistema CUP, l'assenza sullo stesso sistema di quelle prestazioni erogate dai centri privati accreditati o delle strutture direttamente accreditate dalla Regione Molise.

La manovra di cui qui si disegna la logica e le azioni attuative, tende a ribaltare questa situazione e, nel far questo, incontrerà resistenze e difficoltà per la gran parte superabili con una buona comunicazione, con l'individuazione certa delle responsabilità, in un quadro normativo oggi senza dubbio più chiaro che in passato.

Tutto ciò che in questo documento è rappresentato, anche quando confligge con interessi o logiche particolari, è ispirato unicamente all'obiettivo generale di mettere totalmente al servizio del cittadino/committente le risorse produttive disponibili.

Ricapitolazione degli obiettivi regionali

Il PRCTA prevede essenzialmente dieci obiettivi che in sintesi vengono di seguito riportati:

1. Governo della domanda per mezzo di azioni di razionalizzazione dell'attività prescrittiva. Favorire lo sviluppo di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici basati sull'*Evidence Based Medicine (EBM)*
2. Razionalizzazione dell'offerta espressa dall'intero sistema (Pubblico + Privato accreditato)
3. Individuazione del sistema CUP come snodo fondamentale per l'armonizzazione tra domanda e capacità produttiva
4. Monitoraggio tempestivo e approfondito dell'attività prescrittiva
5. Velocizzazione dei tempi di risposta e specializzazione dei compiti tra ospedale e territorio
6. Governo dell'attività libero professionale da utilizzare come strumento per la riduzione dei tempi di attesa e miglioramento del livello di servizio offerto
7. Fissazione degli indicatori regionali su tempi di attesa massimi
8. Corretta informazione e comunicazione sulle liste d'attesa
9. Valorizzazione della funzione di partecipazione degli utenti e delle associazioni di tutela dei diritti del cittadino in ambito di conoscenza delle prestazioni offerte, della loro qualità e dei relativi tempi di erogazione
10. Divieto di qualunque forma di sospensione delle prenotazioni

Il perseguimento degli obiettivi sopra riportati è naturalmente la risultante di un'azione sinergica tra i soggetti Regione-ASREM-Molise Dati-Call Center Sanitario Regionale. Val la pena ricordare che i servizi offerti da Molise Dati (CUP regionale) e da Bucci Voice (Call Center Regionale) sono espletati per conto della Regione Molise che, pertanto, è il soggetto deputato alla vigilanza sulla corretta conduzione delle attività di implementazione dei sistemi e dei servizi offerti da questi due soggetti chiave del processo.

Per questa ragione è utile che la Regione Molise indichi alla ASREM la figura garante dei servizi resi per suo conto dalla società Molise Dati e dalla società Bucci Voice. L'assenza di una tale figura totalmente responsabile e di interfaccia con ASREM è stata per il passato una delle cause di dispersione dell'impegno che tante persone hanno profuso nel tentativo di migliorare il servizio offerto.

Già il PRCTA ha individuato, per quanto attiene al CUP regionale alcune nuove funzionalità da implementare nel sistema la cui disponibilità è propedeutica sia a molte delle azioni di monitoraggio previste dal piano che, per l'operatività, alla gestione del rapporto col cittadino/utente.

Nell'analisi dettagliata che segue degli obiettivi del Piano, saranno evidenziate di volta in volta i requisiti specifici richiesti ai due provider di servizi per il corretto espletamento delle procedure oggetto della presente revisione del piano attuativo.

1. Governo della domanda, diffusione dell'EBM

Le attività di governo della domanda si articolano in attività di formazione (ECM in via preferenziale) sviluppate nell'ambito di progetti volti all'approfondimento ed alla diffusione dell'*Evidence Based Medicine*.

Il Progetto Arianna dovrà essere utilizzato come veicolo per promuovere lo sviluppo di protocolli diagnostico-terapeutici condivisi, anche in sul difficile snodo ospedale-territorio. L'Osservatorio regionale sull'appropriatezza in Medicina Generale (punto 12.2 del Piano Operativo 2007-2009) sarà posto a conoscenza delle patologie oggetto di approfondimento e del calendario degli interventi formativi previsti dal progetto Arianna.

Il Comitato di progetto Arianna proporrà lo sviluppo di campagne di informazione da indirizzare ai Cittadini del Molise sul tema del razionale e consapevole accesso alle risorse sanitarie regionali, coerenti con le azioni formative orientate ai medici (MMG, PLS e specialisti).

Con l'approvazione dell'Atto Aziendale ASREM e la nomina dei relativi responsabili di dipartimento regionale, inoltre, sarà potenziato fortemente il presidio clinico del percorso diagnostico-terapeutico grazie ai responsabili di dipartimento che, coerentemente con la legge istitutiva ASREM, saranno schierati nella compagine organizzativa secondo la logica del distretto anatomico.

Di seguito vengono individuate le azioni da porre in essere e gli organismi responsabili della loro attuazione:

Azione	Soggetto responsabile	Scadenze
1. Messa a punto del calendario delle iniziative formative del Progetto Arianna Regionale	Board Aziendale del Progetto Arianna	60gg dall'adozione del presente piano
2. Nomina del referente unico regionale per i servizi CUP e Call Center Sanitario Regionale	Regione	30gg dall'adozione del presente piano
3. Presentazione del programma all'Osservatorio regionale sull'appropriatezza in Medicina Generale ed approvazione	Board Aziendale del Progetto Arianna	15gg dall'attuazione del punto 1
4. Messa a punto delle iniziative di informazione dirette agli utenti del SSR	Board Aziendale del Progetto Arianna	120gg dall'adozione del presente piano
5. Presentazione di un piano di governo clinico per ciascun responsabile di dipartimento regionale	Responsabili Dipartimento regionale	90gg dalla nomina
6. Conferenza di armonizzazione delle azioni diagnostico-terapeutiche ospedale-territorio	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabili Dipartimento regionale • Board Aziendale del Progetto Arianna 	Entro dicembre 2007

2. Razionalizzazione dell'offerta

La totale razionalizzazione dell'offerta può avvenire sulla base di uno strumento di valutazione multidimensionale che sia in grado di indicare volumi e priorità delle prestazioni richieste.

Per la puntuale individuazione dei livelli di complessità e i conseguenti ambiti di prenotabilità, verrà attribuito a ciascuna prestazione contenuta nel tariffario nomenclatore il relativo grado di complessità, articolato su tre livelli:

- Livello 1 - prestazioni a media-bassa complessità tecnologica e specialistica devono essere garantite su base distrettuale o territoriale
- Livello 2 - concentrazione delle altre prestazioni ad elevata complessità a livello regionale con lo sviluppo di eccellenze in grado di garantire qualità e produttività adeguate alle esigenze dei pazienti
- Livello 3 – prestazioni indisponibili a livello regionale

In questo senso dovrà essere definito, in collaborazione con l'istituzione regionale, l'elenco di tali prestazioni sulla base della loro classificazione.

L'ASREM potrà quindi definire gli obiettivi di produzione richiesti a ciascuna U.O. o Struttura Accreditata, dettagliandoli per tipologia di prestazione e per tempi di erogazione.

Nel punto 3 del presente documento verrà discussa l'importanza del sistema CUP nel far incontrare domanda e offerta, tenendo conto delle priorità, senza deprimere eccessivamente la produttività con la creazione di "vuoti" nelle agende di prenotazione per garantire il rispetto dei tempi di erogazione sulla base dei livelli di priorità.

Azione	Soggetto responsabile	Scadenze
7. Messa a punto della classificazione di complessità delle prestazioni nomenclatore ufficiale sulla base della complessità	<ul style="list-style-type: none"> • Osservatorio Regionale sulla Qualità dei Servizi Sanitari • Direzione sanitaria ASREM 	60gg dall'adozione del presente piano
8. Ridefinizione dei volumi di prestazioni richieste ai soggetti erogatori per tipologia sulla base del dato storico	ASREM	60gg dall'attuazione del punto 6
9. Implementazione nel sistema CUP regionale del flag di classificazione delle prestazioni	Molise Dati	60gg dall'adozione del presente piano
10. Emanazione delle direttive al personale addetto al sistema di prenotazione, attività formative di aggiornamento	Responsabili CUP delle Zone	90gg dall'attuazione del punto 6

3. Il CUP come punto di incontro tra domanda e offerta

L'esigenza di garantire il volume di prestazioni richieste, tenendo conto della distribuzione territoriale, stagionalità e tempi di erogazione può essere gestita unicamente attraverso un sistema informativo avanzato, in grado di fornire agli operatori, soprattutto al Call Center Sanitario, un supporto adeguato in fase di prenotazione delle prestazioni.

In tal senso l'attuale sistema CUP, anche grazie alle risorse previste dal PRCTA, dovrà essere migliorato sia dal punto di vista delle informazioni acquisite, con l'affiliazione al sistema delle strutture private accreditate e delle strutture direttamente accreditate (Neuromed, Cattolica) che dal punto di vista della capacità di supportare adeguatamente gli operatori nella fase di prenotazione e le U.O. di produzione attraverso una serie di accorgimenti tendenti a monitorare i propri livelli di attività.

Il sistema CUP dovrà proporre le prime disponibilità tenendo conto della classificazione d'urgenza della prestazione riportata in ricetta (vedi PRCTA) e del grado di complessità della stessa, sulla base della classificazione di cui al punto 6 di questo documento.

Nell'ambito di un sistema di monitoraggio e di pulizia delle liste la ASREM attiverà un'attività di check-out delle prestazioni effettivamente erogate, distribuita sul territorio regionale.

Tutte le impegnative relative alle prestazioni erogate verranno raccolte presso appositi centri istituiti a cura delle Zone Asrem entro la giornata lavorativa successiva alla erogazione della prestazione per essere qui elise dalle agende CUP (check-out) mediante lettura del codice a barre ricetta. Questa operazione consentirà di monitorare, oltre ai tempi teorici d'attesa con metodologia ex-ante, anche i tempi effettivi di erogazione delle prestazioni mediante metodologia ex-post. Inoltre, in tal modo, si procederà alla verifica che tutte e soltanto le ricette "passate" attraverso il CUP siano state utilizzate per l'erogazione delle prestazioni, sia in ambito di struttura pubblica che in ambito di strutture in qualsiasi forma accreditate. Questa rilevazione costituirà, infine, l'indicatore di riferimento di attività delle U.O. Asrem nell'ambito del sistema di controllo di gestione di cui al punto 16 del Piano Operativo 2007-2009.

3.1 Ricoveri programmati

Per quanto riguarda i ricoveri elettivi, ciascuna U.O. dovrà provvedere a rilasciare al paziente apposita prescrizione su ricettario SSN che verrà utilizzata per la relativa prenotazione tramite sistema CUP ed esibita all'atto del ricovero dal paziente, secondo il medesimo schema utilizzato per le prestazioni specialistiche ambulatoriali. Affinché ciò sia reso possibile, ciascuna U.O. appartenente a strutture pubbliche o private accreditate o direttamente accreditate, dovrà provvedere a pubblicare sul CUP il relativo elenco e creare le agende di prenotazione. L'esecuzione effettiva della prestazione ovvero l'avvio del suo iter mediante il ricovero del paziente, dovrà avvenire entro 7 giorni dalla data prenotata, al fine di poter garantire alle U.O. stesse la necessaria capacità di gestire organizzativamente le attività di reparto e gli eventuali imprevisti.

In altre parole, al paziente sarà indicata una data a partire dalla quale potrà effettuare la sua prestazione entro non oltre i 7 giorni lavorativi.

Azione	Soggetto responsabile	Scadenze
11. Notifica ai centri privati accreditati ed alle strutture direttamente	<ul style="list-style-type: none"> Regione 	All'adozione del presente piano

accreditate della D.G.R. 184/07 recante il PRCTA		
12. Passaggio delle agende relative ad ogni attività ambulatoriale e di ricovero elettivo alla gestione attraverso il sistema CUP. Le direzioni sanitarie e amministrative dei presidi ospedalieri, i direttori dei distretti dovranno vigilare affinché nessuna attività prenotabile venga svolta presso i presidi di propria responsabilità o in regime di "intramoenia allargata" senza che questa venga effettivamente gestita dal sistema CUP regionale.	<ul style="list-style-type: none"> • Direzioni sanitarie ed amministrative di presidio e di distretto • Direzione sanitaria ASREM 	60gg dall'adozione del presente piano
13. Le strutture private accreditate dovranno fornire gli elementi informativi necessari all'inserimento sul CUP regionale	Responsabili strutture private accreditate	90 gg dall'adozione del presente piano
14. Le strutture direttamente accreditate con la Regione dovranno fornire gli elementi informativi necessari all'inserimento sul CUP regionale	Responsabili strutture direttamente accreditate	90 gg dall'adozione del presente piano
15. Emanazione delle direttive al personale addetto al sistema di prenotazione, attività formative di aggiornamento	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabili CUP delle Zone • Molise dati 	90gg dall'attuazione del punto 6
16. Implementazione del sistema CUP per la disponibilità delle prestazioni tenendo conto del dato storico riguardante le diverse fasce di priorità	Molise dati	90 gg dall'adozione del presente piano
17. Check-out delle prestazioni erogate in maniera da liberare le agende da prestazioni effettuate in anticipo ed ottenere un dato effettivo dei tempi di attesa (ex-post) da confrontare dal dato di rilevazione ex-ante previsto dal Piano regionale	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabili amministrativi presidio e distretti • Responsabili strutture comunque accreditate • Molise dati • Bucci Voice 	120 gg dall'adozione del presente piano
18. Interfaccia utente CUP migliorata nell'ergonomia, in grado di vedere le disponibilità per le prestazioni sia in priorità geografica (Zona), che di tempi, che di struttura erogatrice, tenendo conto del flag di	Molise dati	90 gg dall'adozione del presente piano

complessità della prestazione		
19. Apertura all'ASREM ed alle altre strutture, ciascuna per i rispettivi ambiti di autorizzazione, di una porta applicativa attraverso la quale poter attingere in tempo reale ed in sola lettura alla base dati dei propri appuntamenti e delle attività già erogate	Molise dati	90gg dall'adozione del presente piano
20. Il sistema CUP dovrà tenere memoria della prima disponibilità (U.O. o struttura di erogazione e relativa data) offerta al cittadino in coerenza col grado di complessità ed urgenza della prestazione e della eventuale diversa scelta da questo effettuata	Molise dati	90gg dall'adozione del presente piano
21. Il sistema CUP dovrà ottemperare all'obbligo informativo previsto dal progetto Tessera Sanitaria del MEF	<ul style="list-style-type: none"> • Regione • Molise dati 	Tempi stabiliti dal Piano Operativo 2007-2009

4. Monitoraggio tempestivo e approfondito dell'attività prescrittiva

Il monitoraggio dell'attività prescrittiva deve svolgersi in modalità multidimensionale e, soprattutto, in relazione alla valutazione dell'appropriatezza, considerando l'indicazione (sospetto diagnostico) riportato sulla ricetta riguardante le prestazioni di specialistica ambulatoriale. A questo proposito è indispensabile l'emanazione di un provvedimento regionale che stabilisca per il sospetto diagnostico di utilizzare codifiche standard (ad es. ICD9-CM) e di effettuare la rilevazione del dato dalla ricetta in fase di invio dei dati. Soltanto la correlazione con l'indicazione diagnostica, infatti, può consentire la valutazione della sussistenza dei requisiti ottimali di appropriatezza e di costo/efficacia.

La tempestività dell'azione di monitoraggio è fondamentale per ottenere risultati "leggibili" in tempi relativamente ristretti, incrementando la capacità di feedback nei confronti dei medici prescrittori sia dal punto di vista della cadenza che da quello dell'approfondimento. A questo proposito l'attivazione del flusso dati di monitoraggio della spesa previsto dal progetto Tessera Sanitaria del MEF costituisce il punto di partenza per la garanzia di un monitoraggio approfondito e tempestivo.

I provvedimenti presi dall'ex ASL 3 Centro Molise, riguardanti l'utilizzo obbligatorio del ricettario anche da parte degli specialisti per gli eventuali approfondimenti diagnostici richiesti, verranno estesi all'intero territorio ASREM in maniera da consentire un monitoraggio con puntuale attribuzione della responsabilità prescrittiva.

La valutazione complessiva di appropriatezza necessita che tutte le prestazioni erogate in ambito regionale siano visibili al sistema datawarehouse ASREM (Punto 16. Piano Operativo 2007-2009 Regione Molise)

Azione	Soggetto responsabile	Scadenze
22. Provvedimento regionale di adozione della codifica standard per il sospetto diagnostico da riportare in ricetta da parte di ogni prescrittore	Regione	60 gg dall'adozione del presente piano
23. Implementazione nel sistema CUP del campo "Sospetto diagnostico" secondo codifica standard stabilita dalla Regione	Molise dati	90gg dall'adozione del presente piano
24. Estensione dell'obbligo dell'uso del ricettario da parte degli specialisti per le richieste di approfondimento diagnostico necessarie per la determinazione della risposta al quesito diagnostico iniziale	<ul style="list-style-type: none"> • Asrem (per le strutture sotto la propria responsabilità) • Regione (per le strutture da essa accreditate) 	60 gg dall'adozione del presente piano
25. Costruzione di un sistema di indicatori e della relativa reportistica nell'ambito del datawarehouse aziendale	<ul style="list-style-type: none"> • ASREM • Osservatorio Regionale sulla Qualità dei Servizi Sanitari 	120 gg dall'adozione del presente piano

5. Velocizzazione dei tempi di refertazione

Sul punto è possibile agire mediante la messa a valore delle tecnologie rese disponibili dal progetto SISR (Lotto 1) che metterà a disposizione un'infrastruttura telematica che interconnette i vari servizi ASREM. Dovranno essere sviluppate applicazioni che consentano, dai diversi sistemi in uso, di creare un repository unico da cui il paziente che lo desidera possa attingere i dati di refertazione che lo riguardano.

I direttori di dipartimento regionale dovranno porre in essere attività di *benchmarking* specifiche, valorizzando le eccellenze tecnico-organizzative presenti in regione.

Azione	Soggetto responsabile	Scadenze
26. Elaborazione del progetto di massima del sistema di consultazione via WEB dei referti diagnostici	ASREM	180gg dall'adozione del presente piano
27. Messa a punto del sistema di monitoraggio dei tempi di risposta	<ul style="list-style-type: none"> • ASREM 	180gg dall'avvio del sistema di consultazione via WEB

6. Governo dell'attività libero professionale da utilizzare come strumento per la riduzione dei tempi di attesa e miglioramento del livello di servizio offerto

Come segnalato da più parti e perfettamente recepito nel Piano di contenimento delle liste d'attesa, le energie disponibili dovranno essere raccolte e concentrate verso l'obiettivo della riduzione delle liste d'attesa. Passaggio propedeutico irrinunciabile è la "pubblicazione" sul sistema CUP delle agende di ogni professionista che opera in qualsiasi forma in regime libero professionale.

A tale scopo verrà costituita dall'ASREM, anche in collaborazione con il Call Center Regionale, una task force di supporto per il trasferimento delle agende sul sistema CUP.

Azione	Soggetto responsabile	Scadenze
28. Emanazione della direttiva vincolante per le Zone ASREM e per le direzioni amministrative e sanitarie di ciascun presidio ospedaliero e territoriale, per la messa a disposizione sul CUP delle agende relative ad ogni attività ambulatoriale ospedaliera o territoriale. Divieto assoluto di esercizio di attività non gestite mediante CUP	ASREM	45gg dall'adozione del presente piano
29. Costituzione della task force di supporto per il passaggio delle agende al CUP	<ul style="list-style-type: none"> • ASREM • Call Center Regionale 	30gg dall'adozione del presente piano

7. Fissazione degli indicatori regionali su tempi di attesa massimi

La fissazione dei tempi di attesa massimi è definita all'interno del Piano di contenimento ed è in linea con la normativa nazionale e regionale.

Particolare impegno dovrà essere profuso nella creazione di un cruscotto di monitoraggio in tempo reale che consenta, per le prestazioni traccianti soprattutto, di verificare il livello di servizio effettivo fornito, sia mediante analisi *ex-ante* che *ex-post*.

Ogni U.O. dovrà essere tempestivamente informata, mediante e-mail generate in automatico, dell'avvenuto rilascio al cittadino della certificazione prevista dal PRCTA per le prestazioni non erogabili nei tempi massimi previsti dalla regione. Medesima comunicazione elettronica verrà inviata ad una lista di distribuzione fornita dall'ASREM e che conterrà i responsabili di Zona e di dipartimento cui l'U.O. appartiene.

Il sistema degli indicatori e dei tempi di attesa massimi dovranno essere recepiti in forma di standard qualitativi nella nuova Carta dei Servizi ASREM che verrà sviluppata dopo l'approvazione dell'Atto Aziendale.

Su dati Molise Dati spa, verranno esposti sul sito www.asrem.org i tempi d'attesa rilevati periodicamente, con cadenza minima trimestrale.

Azione	Soggetto responsabile	Scadenze
30. Notifica delle tabelle relative alle attese massime a tutti i responsabili di U.O.	ASREM	30 gg dall'adozione del presente piano
31. Recepimento degli standard massimi di attesa nella nuova Carta dei Servizi	URP Zone ASREM	90gg dall'approvazione dell'Atto Aziendale ASREM da parte della Regione Molise
32. Possibilità di stampare dal CUP, per ciascuna U.O., la lista di evidenza delle prestazioni a rischio di superamento dei tempi massimi d'attesa e di quelle che superano tali limiti	Molise dati	90 gg dall'adozione del presente piano
33. Implementazione del sistema di <i>alert</i> in tempo reale per le prestazioni non prenotabili nei tempi stabiliti dalla regione, tenendo conto di disponibilità territoriale, grado di complessità, priorità	Molise dati	120 gg dall'adozione del presente piano

8-9. Migliorare informazione e comunicazione sulle liste d'attesa

La collaborazione col cittadino è un elemento da non trascurare nell'ambito della riduzione dei tempi di attesa. Il tema più generale dell'uso responsabile delle risorse deve essere oggetto di attenzione. Vanno portati a conoscenza del cittadino i determinanti che generano anomale attese (inappropriatezza, abuso del sistema di prenotazione, ecc.) e vanno indicate le modalità più corrette per evitare di concorrere all'intasamento immotivato delle agende di prenotazione. In questa fase sarà importante il contributo di Organizzazioni sindacali ed associazioni di cittadini.

Azione	Soggetto responsabile	Scadenze
34. Messa a punto del manuale dell'operatore CUP	<ul style="list-style-type: none"> • ASREM • Molise dati • Regione 	180 gg dall'adozione del presente piano
35. Campagna informativa del cittadino sui determinanti delle anomale attese e sul corretto accesso alle risorse sanitarie regionali	<ul style="list-style-type: none"> • ASREM • URP Zone • Regione • Organizzazioni sindacali • Associazioni di cittadini 	180 gg dall'adozione del presente piano

10. Divieto di qualunque forma di sospensione delle prenotazioni

Il fenomeno della sospensione dell'attività prenotativa non ha trovato concretizzazione nell'ASREM. Tuttavia, per ottemperare alle normative, il gestore del sistema CUP dovrà produrre un report sui fermi tecnici, inoltre un cruscotto sui volumi di prenotato per tipologia di prestazione, unità erogatrice, branca, ecc. dovrà essere implementato all'interno del sistema.

Azione	Soggetto responsabile	Scadenze
36. Messa a punto del report sui fermi tecnici del sistema di prenotazione che indichi, per ciascun evento almeno: data e ora inizio, servizi coinvolti, effetto del disservizio sull'attività prenotativi, data e ora del ritorno al normale funzionamento	<ul style="list-style-type: none"> • Molise dati 	270gg dall'adozione del presente piano
37. Creazione di un cruscotto di monitoraggio dell'attività di prenotazione (volumi prenotati, accessi in aggiunta, modifica, cancellazione, riprogrammazione) articolati per tipologia di prestazione, unità erogatrice, branca.	Molise dati	270gg dall'adozione del presente piano

11. Sistema incentivante e sanzionatorio. Struttura di vigilanza

Le linee d'azione indicate in questo documento che discendono direttamente dal Piano di contenimento dei tempi d'attesa, dipendono fortemente dalla fedeltà a quanto qui stabilito di ciascun soggetto coinvolto nei processi descritti.

L'ambiziosità della sfida organizzativa prospettata, sia sul piano dei tempi di attuazione che dell'impegno necessario da parte di ciascuno, rende auspicabile la messa a punto di un sistema di misure che possano scoraggiare quanti potranno essere tentati dal "trattare con sufficienza" le misure adottate dalla regione.

In tal senso, dalla stretta collaborazione con la struttura regionale dovrà scaturire nei prossimi mesi un sistema condiviso di misure sanzionatorie ed incentivanti che partendo dalle norme esistenti sia in grado di restituire valore alle regole già esistenti, riportandole in situazioni specifiche contenute nel presente piano. L'idea guida è attualizzare il sistema di regole ed incentivazioni, troppo spesso in passato considerate una *estrema ratio* poco utile nell'attività ordinaria. Questo ha fatto col tempo smarrire valori necessari alla convivenza in un'unica organizzazione che, per essere tale, ha necessità di condividere valori ed obiettivi.

Sulla concreta attuazione del piano di contenimento dei tempi d'attesa dovrà essere individuata un'apposita U.O. ASREM che avrà la responsabilità di seguire operativamente l'attuazione delle misure, riferendo direttamente alla Direzione Generale e che si relazioni con l'Osservatorio Regionale sulla Qualità dei Servizi Sanitari in maniera costante, proponendo iniziative concrete per la migliore attuazione di quanto disposto dalla Regione Molise.

Azione	Soggetto responsabile	Scadenze
38. Individuazione della struttura aziendale deputata alla verifica dell'attuazione delle misure del presente piano attuativo	<ul style="list-style-type: none"> ASREM 	30gg dall'adozione del presente piano

12. Revisione del documento e verifiche attuative del piano

Il presente piano rappresenta una sfida organizzativa, tecnica e culturale impegnativa come del resto l'intero Piano Operativo 2007-2009 della Regione Molise.

Non sia ha pertanto la presunzione di aver saputo prevedere ogni utile elemento per il raggiungimento degli obiettivi di contenimento delle liste d'attesa, pur nella convinzione di aver definito per intero l'ossatura del piano di attuazione aziendale.

Ad ogni modo si ritiene di dover procedere a revisioni periodiche del presente documento che rappresenta il riferimento attuativo per tutti gli attori coinvolti nel processo.

In questo ambito si invita la Regione Molise a prevedere un ambito di confronto con le rappresentanze di tutti i soggetti pubblici e privati coinvolti, con il compito di verifica dello stato d'attuazione del progetto e la sua revisione, sotto il coordinamento delle preposte strutture regionali.

Ogni contributo costruttivo al miglioramento rappresenterà per i cittadini del Molise una maggiore garanzia di tutela della propria salute.

L'indirizzo email attesa@asrem.org è destinato a raccogliere suggerimenti e segnalazioni da parte di cittadini, operatori, organizzazioni.

Azione	Soggetto responsabile	Scadenze
39. Creazione di un organismo consultivo di monitoraggio dell'andamento del progetto	<ul style="list-style-type: none"> Regione 	120gg dall'adozione del presente piano
40. Creazione di iniziative di raccolta on-line delle opinioni e di esposizione dell'andamento del progetto	<ul style="list-style-type: none"> ASREM 	120gg dall'adozione del presente piano

Tempi massimi d'attesa

A. AREA ONCOLOGICA

(numero prestazioni= 22 di 24 in bianco previste nell'Intesa)

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Numero	Prestazione	Cod. ICD9-CM	Codice Nomenclatore	Tempo massimo di attesa (giorni)
1	Visita oncologica		89.7	15
2	Visita radioterapica pretrattamento		89.03	30
Radiologia				
3	Mammografia	87.37	87.37.1- 87.37.2	60 (10 gg. per classe di priorità A)
TC con o senza contrasto				
4	Torace	87.41	87.41- 87.41.1	60 (10 gg. per classe di priorità A)
5	Addome superiore	88.01	88.01.1	60 (10 gg. per classe di priorità A)
6	Addome inferiore	88.01	88.01.4-88.01.3	60 (10 gg. per classe di priorità A)
7	Addome completo	88.01	88.01.6-88.01.5	60 (10 gg. per classe di priorità A)
Risonanza Magnetica				
8	Cervello e tronco encefalico	88.91	88.91.1-88.91.2	60 (10 gg. per classe di priorità A)
9	Pelvi, prostata e vescica	88.95	88.95.4-88.95.5	60 (10 gg. per classe di priorità A)
Ecografia				
10	Addome	88.74-88.75-	88.74.1-88.75.1-88.76.1	60 (10 gg.)

		88.76		per classe di priorità A)
11	Mammella	88.73	88.73.2	60 (10 gg. per classe di priorità A)
Esami Specialistici				
12	Colonscopia	45.23	45.23	60 (10 gg. per classe di priorità A)
13	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24	60 (10 gg. per classe di priorità A)
14	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13-45.16	60 (10 gg. per classe di priorità A)
15	Broncoscopia	33.23	33.22	60 (10 gg. per classe di priorità A)
16	Colposcopia	70.21	70.21	60 (10 gg. per classe di priorità A)
17	Cistoscopia	57.32	57.32	60 (10 gg. per classe di priorità A)
18	Biopsia Transperineale o Transrettale della prostata (agobiopsia ecoguidata)		60.11.1	60 (10 gg. per classe di priorità A)

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO

Numero	Prestazione	Codice intervento	Codice diagnosi	Tempo massimo di attesa (giorni)
20	Interventi chirurgici tumore Mammella	Categoria 85.4	Categoria 174	30
21	Interventi chirurgici tumore Prostata	60.5	185	30
22	Interventi chirurgici per tumore 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

Area Cardiovascolare

(numero di prestazioni= 7 delle 14 in bianco previste nell'Intesa)

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Numero	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice nomenclatore	Tempo massimo di attesa (giorni)
25	Visita cardiologica	89.7	89.7	30 (10 giorni per classe di priorità A)
26	Visita chirurgia vascolare	89.7	89.7	30
Ecografia				
27	Cardiaca (ecocolordoppler cardiaca)	88.72	88.72.3	60
28	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73	88.73.5	60
29	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77	88.77.2	60
Esami specialistici				
30	Elettrocardiogramma	89.52	89.52	60 (10 giorni per classe di priorità A)
31	Elettrocardiogramma Holter	89.50	89.50	60

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL/DAY SURGERY

Numero	Prestazione	Codice intervento	Codice Diagnosi	Tempo massimo di attesa (giorni)
38	Coronarografia	88.55 88.56 - 88.57		180

B. AREA MATERNO-INFANTILE
(numero prestazioni= 2 di 2 in bianco previste dall'Intesa)

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Numero	Prestazione	Codice ICD)-CM	Codice nomenclatore	Tempo massimo di attesa (giorni)
39	Visita ginecologica	V72.3	89.26	30
Ecografia				
40	Ostetrico-Ginecologica	88.78 – 88.79	88.78 – 88.78.2	60

C. AREA GERIATRICA

(numero prestazioni= 9 di 9 in bianco previste dall'Intesa)

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Numero	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice nomenclatore	Tempo massimo di attesa (giorni)
41	Visita neurologica	89.7	89.13	30
TC con o senza contrasto				
42	Capo	87.03	87.03 – 87.03.1	60 (10 giorni per classe di priorità A)
43	Rachide e speco vertebrale	88.38	88.38.2 – 88.38.1	60
44	bacino	88.38	88.38.5	60
Esami Specialistici				
45	Audiometria	95.41	95.41.1	60
46	Spirometria	89.37	89.37.1 – 89.37.2	60
47	Fondo Oculare	95.1	95.09.1	60

PRESTAZIONI DI RICOVERO ORDINARIO

Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi	Tempo massimo di attesa (giorni)
48	Protesi d'anca	81.51 – 81.52 – 81.53		180

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL/DAY SURGERY

Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi	Tempo massimo di attesa (giorni)
49	Cataratta	13.0		180

D. VISITE SPECIALISTICHE DI MAGGIOR IMPATTO

(numero prestazioni= 5 su 5 in bianco previste dall'Intesa)

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Numero	Prestazione	Cod. ICD9-CM	Codice Nomenclatore	Tempo massimo di attesa (giorni)
50	Visita dermatologica	89.7	89.7	30
51	Visita oculistica	95.0	95.02	30
52	Visita otorinolaringoiatrica	89.7	89.7	30
53	Visita ortopedica	89.7	89.7	30
54	Visita urologica	89.7	89.7	30