

Azienda Sanitaria  
Regionale Molise



**ASREM**

**PIANO ATTUATIVO  
PROVVISORIO  
PER IL GOVERNO DEI TEMPI DI  
ATTESA ANNO 2019/2021**

**IN ATTUAZIONE DEL DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA N.46 DEL  
29.04.2019**

## Premessa

Il contenimento dei tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali rappresenta per l'ASREM obiettivo prioritario soprattutto in un contesto di risorse limitate e di un aumento della domanda.

L'intervento sulla riduzione dei tempi di attesa, per essere efficace, oltre ad un potenziamento della dotazione di personale sanitario attualmente in grave carenza, deve contemplare la verifica dell'appropriatezza prescrittiva da una parte, la migliore organizzazione e gestione dell'offerta da parte degli erogatori dall'altra.

La trasparenza e l'accesso alle informazioni sono indispensabili al fine di facilitare la fruibilità delle cure e contrastare frequenti rimbalzi sull'opinione pubblica, sovente imputabili ad una non esaustiva conoscenza delle disposizioni in materia. La gara per la fornitura di un nuovo CUP Unico Regionale, lo sviluppo del Call Center Regionale, il potenziamento delle attività di back office e monitoraggio dei tempi di attesa rappresentano un fondamentale elemento di razionalizzazione dell'offerta e di facilitazione dell'accesso, nonché opportunità significativa per una pronta risposta al bisogno.

Nonostante la critica situazione che questa Azienda sta attraversando a causa della ben nota carenza di personale sanitario, il presente Piano si pone l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza organizzativa, prescrittiva ed erogativa, per garantire al cittadino l'accesso ai servizi sanitari entro tempi appropriati rispetto alla patologia ed alle necessità di cura, con l'intento di favorire il contenimento dei tempi di attesa così da garantire la prenotazione delle prestazioni entro i tempi stabiliti dalla normativa vigente.

La criticità al momento più rilevante ai fini della adempienza alle prescrizioni dettate dal nuovo PNGLA è dato dalla attuale obbligatorietà, nelle more della conclusione delle procedure relative alla fornitura del nuovo CUP Unico avente tutte le funzionalità indispensabili e a diretta gestione aziendale, di utilizzo dell'attuale sistema informatizzato di gestione delle agende di prenotazione che non permette la corretta ed adeguata gestione delle attività secondo i dettami del PNGLA.

Il CUP Unico Regionale con correlato servizio di call center, front office e back office, il cui capitolato è stato approvato con Provvedimento del Direttore Generale n.524/2019 ed inviato alla Centrale di Committenza Regionale per i successivi adempimenti, permetterà di far fronte alle esigenze richieste dalla normativa nazionale e alla organizzazione aziendale.

la Regione Molise – Servizio Centrale Unica di Committenza, con Determinazione dirigenziale n.3462 del 15.07.2019, ha provveduto alla indizione della procedura apertura per l'appalto alla realizzazione del sistema regionale di gestione delle e delle prenotazioni sanitarie (CUP unico Regione Molise) con correlati servizi di call center, front office e back office. La scadenza per la presentazione delle offerte è stata fissata per il 30 settembre 2019.

Si auspica che le procedure di affidamento siano rapide e che permettano di avviare con tempestività le nuove attività.

Il Programma Attuativo Aziendale recepisce il Piano Regionale e contempla, secondo le indicazioni del PNGLA, le misure da adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti, senza oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota per la compartecipazione alla spesa sanitaria.

Pertanto, la ASREM intende adottare il presente Programma Attuativo avente carattere provvisorio, che include le sole attività realizzabili nel periodo necessario alla conclusione delle procedure di affidamento del nuovo servizio CUP e di avvio del nuovo sistema, rinviando, conseguentemente a successiva adozione, un nuovo PGLA aziendale che contemplerà l'attuazione degli adempimenti non realizzabili in questa prima fase.

La realizzazione del nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 (PNGLA), recentemente recepito dalla Regione Molise cui ha fatto seguito l'adozione del PRGLA approvato con DCA n.46/2019, rappresenta un impegno comune al fine di convenire su azioni fondate sulla promozione del principio di appropriatezza nelle sue dimensioni clinica, organizzativa e prescrittiva.

Il nuovo PNGLA dispone, fra le altre cose:

- l'utilizzo, come strumento di governo della domanda, del modello dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, che si basa sul coinvolgimento partecipativo dei medici prescrittori (MMG, PLS e Specialisti) e dei soggetti erogatori, indicando i criteri per l'accesso prioritario alle prestazioni
- l'obbligo di indicare chiaramente su tutte le prescrizioni (primi accessi e controlli) il quesito

- diagnostico
- l'obbligo di indicare con chiarezza sulla prescrizione se trattasi di primo accesso o di controllo
- l'obbligo per le prestazioni di primo accesso di indicare la classe di priorità

All'attuazione del piano di governo dei tempi d'attesa partecipano le diverse articolazioni dell'Azienda Sanitaria, in funzione delle specifiche competenze.

### **ATTIVITA' SVOLTA NELL'ANNO 2018**

Nel corso dell'anno, a seguito della riorganizzazione delle attività sulla base del nuovo Atto Aziendale che ha previsto una specifica unità organizzativa a livello aziendale per il governo delle Liste di Attesa, è stata eseguita un'intensa attività deputata alla conoscenza delle diverse modalità di gestione delle agende di prenotazione sul territorio. A causa dell'utilizzo di un sistema di gestione delle agende CUP obsoleto dal punto di vista informatico che non permette l'assolvimento degli interventi richiesti dalle nuove Linee Guida del Cup Nazionale e del PNGLA 2019/2021, sono state attivate le procedure per la fornitura e la messa in opera di un sistema di prenotazione Unico regionale con correlato servizio di call center che porrà questa Azienda nella possibilità di organizzare e risolvere molte delle criticità presenti in tema di gestione delle liste di attesa migliorando la fruibilità del servizio al cittadino anche attraverso l'ausilio di modalità web.

Si sta procedendo, inoltre, in collaborazione con i professionisti specialisti ambulatoriali ed ospedalieri alla omogeneizzazione dei tempi di esecuzione delle prestazioni non sempre allineati sull'intero territorio derivanti dalla precedente gestione del Sistema CUP per zone territoriali, e ad un riallineamento della nomenclatura delle prestazioni univoca a livello aziendale.

In conformità a quanto disposto dal DCA n.7/2018 sono già state poste in essere una serie di azioni come di seguito riepilogate:

- Comunicazione ai MMG, PLS e specialisti ambulatoriali dell'obbligo della indicazione del grado di urgenza e del quesito diagnostico sulla prescrizione;
  - Pubblicazione sul sito aziendale dell'offerta di prestazioni territoriale ed ospedaliera, anche in regime di Intramoenia;
  - Pubblicazione sul sito aziendale dei tempi di attesa di prenotazione delle prestazioni specialistiche offerte in regime istituzionale
  - Check out delle prestazioni da parte delle strutture eroganti (ambulatori aziendali) in attività istituzionale
- ;
- Avvio omogeneizzazione dei tempi di esecuzione delle prestazioni per tutte le strutture aziendali;

### **PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ 2019**

In linea con le azioni già poste in atto l'Azienda, compatibilmente con le possibilità offerte dall'attuale Sistema di prenotazione delle Agende e nelle more della acquisizione del nuovo Sistema CUP Unico regionale, effettuerà un attento monitoraggio delle attività e confronti con i Direttori delle Unità Operative e delle Strutture distrettuali, avendo come priorità di attenzione:

- la distribuzione omogenea delle attività per tutto l'arco dell'anno;
  - una buona accessibilità alle prestazioni, misurata come tempi di attesa per aree territoriali omogenee;
  - il rispetto dell'appropriatezza di prescrizione e di effettuazione delle prestazioni per le quali sono definiti a livello regionale dei criteri di appropriata prescrizione, prevedendo azioni di verifica e di monitoraggio in collaborazione con prescrittori ed erogatori;
  - monitoraggio dei tempi intercorsi tra la data di prescrizione delle impegnative e la data di prenotazione da parte del cittadino;
  - pubblicazione di specifica informativa sul sito web aziendale in merito ai diritti e doveri del cittadino;
  - Istituzione di agende per i pazienti cronici presso le strutture erogatrici, individuando slot dedicati agli stessi;
  - la realizzazione di percorsi di presa in carico del paziente cronico che prevedano che l'erogatore si faccia carico della garanzia dell'accesso preferenziale alle prestazioni programmabili.
- Promozione di interventi di sensibilizzazione dei prescrittori sul corretto utilizzo dei codici di priorità, quesito diagnostico circostanziato, appropriatezza prescrittiva, per successivi coinvolgimenti dei MMG e PLS,

valorizzandone il ruolo come soggetto indispensabile ad orientare il paziente nella rete di offerta al fine di ottenere la prestazione appropriata nei tempi previsti.

· Analoga azione di sensibilizzazione in collaborazione con la Direzione Sanitaria dei Presidi nei confronti degli specialisti ospedalieri.

· Attraverso gli accordi contrattuali verranno assegnati obiettivi, atti a ridefinire le prestazioni in linea con le specifiche priorità e a rimodulare i percorsi di cura.

Si specifica ancora che saranno attivate tutte le procedure volte a garantire l'apertura delle liste di prenotazione, in modo da assicurare la "trasparenza" delle liste di attesa e fornire sempre una risposta ai bisogni espressi dai pazienti, riservando tale modalità alle sole prestazioni che necessitano di particolari prescrizioni di preparazione dell'utente. Inoltre, al fine di riallineare e potenziare le attività ambulatoriali volte al contenimento di alcune liste di attesa che presentano elevati tempi di erogazione, la ASREM provvederà a richiedere l'autorizzazione alla pubblicazione di ulteriori ore di specialistica ambulatoriale per la durata necessaria al ripristino dei tempi medi di attesa previsti dal PNGLA.

## CLASSE DI PRIORITA' E QUESITO DIAGNOSTICO

L'appropriata compilazione del campo classe di priorità e del quesito/sospetto diagnostico esauriente e circostanziato, si conferma, oltre che un obbligo, uno strumento fondamentale per il prescrittore al fine di favorire l'accesso alle prestazioni in tempi e modalità adeguati alla condizione clinica dell'assistito.

Le strutture sanitarie devono erogare le prestazioni di Specialistica Ambulatoriale seguendo le seguenti tempistiche specifiche delle classi di priorità come indicato nel PNGLA approvato dalla Regione Molise con DCA n.46/2019 e precisamente:

<b>U / Urgente</b> = nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro le 72 ore; prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo molto breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità.
<b>B / Breve</b> = entro 10 giorni; per situazioni passibili di aggravamento in tempi brevi e comunque per prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo molto breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità.
<b>D / Differibile</b> = entro 30 giorni per le visite specialistiche e entro 60 giorni per le prestazioni strumentali; prestazioni di prima diagnosi da eseguirsi entro 30 giorni per le visite ed entro 60 giorni per le prestazioni strumentali; si tratta di prestazioni la cui tempestiva esecuzione non condiziona in un arco di tempo molto breve la prognosi a breve del paziente.
<b>P / Programmabile</b> = entro 120 giorni;** prestazioni programmate (da erogarsi in un arco temporale maggiore e comunque non oltre 180 giorni); prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità o in quanto rappresenta un accesso di follow up.

\*\* fino al 31/12/2019 la classe P è considerata da eseguirsi entro 180 giorni

in quest'ultima categoria rientrano sia le prestazioni nelle quali il medico prescrittore ha barrato la priorità P, sia quelle nelle quali non è stata siglata alcuna priorità.

Il rispetto del tempo di attesa è estremamente collegato all'appropriatezza prescrittiva che deve guidare la necessità di un intervento sanitario. La corretta indicazione della classe di priorità permette l'erogazione della prestazione nel tempo clinicamente più adeguato.

Tale comportamento richiede la collaborazione di tutti gli attori interessati quali il prescrittore, il cittadino e l'erogatore, permettendo una maggiore garanzia e una migliore distribuzione nel tempo delle prestazioni erogabili in base ai bisogni espressi dalla persona garantendo priorità ai casi ritenuti più urgenti.

La Classe di priorità è obbligatoria solo per i primi accessi.

A decorrere dal 1 gennaio 2020, il monitoraggio sarà esteso anche alla Classe P.

La ASREM, a seguito della attivazione del nuovo CUP, perseguirà l'obiettivo di garantire l'effettiva separazione dei percorsi, sia nella fase di prenotazione sia in quella dell'erogazione della prestazione, ivi compresa la

necessità che per gli “accessi successivi” il medico specialista debba, in relazione a percorsi diagnostico-terapeutici definiti ed a selezionate tipologie di prestazioni di specialistica ambulatoriale, realizzare l’effettiva “presa in carico” dell’assistito.

Il cambiamento in termini organizzativi è dato dal fatto che le ulteriori prestazioni di cui il paziente ha eventualmente bisogno dovranno essere direttamente prenotate dal medico specialista che per la prima volta ha “preso in carico” il paziente stesso.

Uno degli strumenti che sarà preso a riferimento per garantire tale modalità organizzativa è rappresentato dal Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA).

Deve essere garantito su tutto il territorio regionale che le prestazioni da erogare siano codificate dal CUP secondo quanto previsto dal catalogo regionale delle prestazioni (cd nomenclatore).

Si precisa che nella stessa ricetta non potranno essere indicate prestazioni di “**primo accesso**” e prestazioni per “**controlli successivi**”. Va altresì specificato che il termine di validità tra la data di prescrizione specialistica cartacea/dematerializzata e la data di prenotazione (presa in carico per la ricetta dematerializzata) è stabilita per la durata del tempo massimo previsto dalla classe di priorità biffata, a decorrere dalla data di prescrizione. Gli assistiti devono provvedere a prenotare le visite/prestazioni entro tale periodo. Una volta prenotata, la prescrizione resta valida fino alla data di erogazione delle prestazioni. Per le prescrizioni relative alla visita/esame/accesso successivo, ovvero i controlli, il termine di validità è stabilito in 12 mesi, al fine di consentire la spendibilità della prescrizione per le prestazioni.

Ai fini del monitoraggio dei tempi d’attesa delle prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione **esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche-terapeutiche**, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto; sono escluse dai monitoraggi di cui al precedente punto tutte le prestazioni di controllo e le prestazioni di screening e le prestazioni con Classe U (Urgente) che necessitano comunque di osservazione e indicazioni generali anche nel PNGLA.

Poiché l’appropriata compilazione del campo classe di priorità e del quesito/sospetto diagnostico esauriente e circostanziato, si conferma, oltre che un obbligo, uno strumento fondamentale per il prescrittore al fine di favorire l’accesso alle prestazioni in tempi e modalità adeguati alla condizione clinica dell’assistito, la ASREM proseguirà nel lavoro di promozione e divulgazione già intrapreso, con particolare attenzione alla valutazione dell’appropriatezza prescrittiva delle richieste di prestazioni specialistiche ambulatoriali in classe di priorità B e D, in coerenza con le indicazioni del nuovo PNGLA.

L’analisi effettuata nel corso del 2018 attraverso l’estrazione dei dati presenti nel Sistema di prenotazione gestito dalla Società Molise Dati per le prestazioni erogate dalle strutture pubbliche e relative alle prestazioni oggetto di monitoraggio da parte del Ministero presenta i seguenti risultati:

CLASSE PRIORITÀ	Numero di prestazioni prenotate nel pubblico anno 2018
B – Prestazioni da eseguirsi entro 10 giorni	83.188
D – Procedura da eseguirsi entro 30 giorni per visite e 60 giorni per prestazioni strumentali	497.536
P – prestazioni da eseguirsi entro 180 giorni	141.984
U – prestazioni da eseguirsi entro 72 ore dalla prenotazione	9.959
Senza classe di priorità	27.679
<b>Totale complessivo</b>	<b>760.346</b>

Dalla tabella si evidenzia che circa 27 mila prestazioni non contenevano l’indicazione della classe di priorità in sede di prescrizione. Pertanto, attenzione prioritaria sarà data alla comunicazione ai MMG, PLS oltre che ai prescrittori specialisti convenzionati e dipendenti al fine della obbligatorietà di tale indicazione.

- **Specifica indicazione sulla prescrizione della tipologia di accesso: “PRIMA VISITA/ESAME” o “ACCESSO SUCCESSIVO”.** Indicazione sulla prescrizione del QUESITO DIAGNOSTICO. Sistema di prioritizzazione. **Obbligo sulla prescrizione della CLASSE DI PRIORITA’ se si tratta di prima visita /esame.**

Obbligo della specifica indicazione sulla prescrizione della tipologia di accesso: “PRIMA VISITA/ESAME” o “ACCESSO SUCCESSIVO” e della indicazione sulla prescrizione del QUESITO DIAGNOSTICO. Obbligo sulla prescrizione della CLASSE DI PRIORITA’ se si tratta di prima visita/esame.

Si evidenzia che, in assenza di specifica indicazione (biffatura di una delle classi di priorità), la richiesta sarà erogata in classe di priorità “P”.

Nella prescrizione su ricetta del SSR:

- A) **risulta obbligatoria** la specifica indicazione della tipologia di accesso:  
prima visita/esame/accesso per intercettare le richieste di prestazioni che rappresentano il primo contatto del cittadino con il sistema, tanto più che per le prestazioni strumentali non essendo disponibili codici del nomenclatore nazionale che consentono di distinguere se trattasi di primo esame o esame successivo, va necessariamente indicata la tipologia di accesso.
- B) **Solo per la prima visita/esame/accesso risulta obbligatorio** indicare la classe di priorità a cui appartiene la richiesta (U, B, D, P), biffando l’apposita casella sulla ricetta.  
Ai fini del presente documento **per primo accesso deve intendersi**: prima visita e primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e nel caso di un paziente cronico si considera primo accesso la visita o l’esame strumentale necessari inseguito ad un peggioramento del quadro clinico. Per accesso successivo deve intendersi visita o prestazione di approfondimento per pazienti presi in carico dal primo specialista, controllo, follow-up.

La domanda di prestazioni di “primo accesso” deve essere distinta dalla domanda di prestazioni di controllo. Queste ultime rientrano infatti in percorsi di cura ben definiti che prevedono la “presa in carico” dell’assistito. **“Le Prime Visite e le Prime Prestazioni Diagnostiche/Terapeutiche”** sono quelle che costituiscono il primo contatto del paziente con il sistema rispetto al problema di salute posto. Si precisa che ai fini del presente atto costituiscono prestazioni di primo accesso anche quelle che lo specialista che osserva per primo il paziente richiede ad un altro specialista, poiché necessarie per l’approfondimento del quesito diagnostico. Per i pazienti con diagnosi già definita, ovvero affetti da malattie croniche, si considera primo accesso anche la prestazione richiesta nel caso di insorgenza di un nuovo problema o di una riacutizzazione, tali da rendere necessaria una rivalutazione complessiva.

**Per l’accesso alle prestazioni strumentali**, nei casi di Primo Accesso dovrà essere indicata una delle classi di priorità di seguito riportate, mediante biffatura delle corrispondenti caselle presenti sulla ricetta.

E’ obbligatoriamente richiesta l’esplicitazione del quesito diagnostico sulle prescrizioni ambulatoriali, ivi comprese quelle di analisi di laboratorio, quale informazione di importanza strategica per il governo dell’accesso alle prestazioni e al monitoraggio delle liste di attesa.

In coerenza con quanto disposto a livello nazionale nel PNGLA 2019-2021 le classi di priorità devono essere applicate a tutte le prestazioni ambulatoriali, diagnostico strumentali e di ricovero erogate dal SSN, rendendo, pertanto, obbligatoria da parte dei medici prescrittori la biffatura del campo della ricetta del SSN recante le classi di priorità, limitatamente alle prescrizioni delle prima visite specialistiche e delle prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche e riabilitative.

- **Presa in carico dei pazienti per controlli successivi**

Le richieste di controlli successivi devono essere gestite dal Medico Specialista della struttura, tramite l’attivazione di agende dedicate (CUP di II Livello), senza demandare al MMG/PLS la prescrizione su ricetta SSN, effettuando così la “presa in carico” dell’assistito, anche attraverso la completa informatizzazione degli ambulatori specialistici distrettuali e ospedalieri.

La prenotazione dei controlli, ravvicinati o a distanza temporale, da parte della struttura che ha in carico il cittadino è vincolante. Tale modalità prenotativa al momento, con l'attuale Sistema CUP non è realizzabile.

La ASREM, pertanto, disporrà tali modalità operative a seguito della attivazione del nuovo Sistema di prenotazione attraverso l'informatizzazione delle attività ambulatoriali per la gestione della prescrizione e istituendo percorsi dedicati soprattutto ai pazienti affetti da patologia cronica e oncologica, rafforzando altresì l'integrazione multiprofessionale.

Nelle more dell'attivazione dei percorsi sopra descritti lo specialista provvederà ugualmente alla presa in carico del paziente evitando di rinviare la successiva prescrizione al MMG.

Al riguardo, occorre richiamare come la domanda di prestazioni di "primo accesso" sia completamente distinta, in termini di tipologia, di utenza e di volume, rispetto alla domanda di prestazioni di "accesso successivo" relativi a controlli e/o follow-up, rientranti in percorsi di cura più o meno standardizzati relativi a problemi clinici già definiti, che comportano la "presa in carico" dell'assistito.

### **Elenco prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio:**

#### **VISITE SPECIALISTICHE**

<b>Numero</b>	<b>Prestazione</b>	<b>Codice Nomenclatore</b>	<b>Codice branca</b>	<b>Codice nuovi LEA</b>
1	Prima Visita cardiologica	89.7	02	89.7A.3
2	Prima Visita chirurgia vascolare	89.7	05	89.7A.6
3	Prima Visita endocrinologica	89.7	09	89.7A.8
4	Prima Visita neurologica	89.13	15	89.13
5	Prima Visita oculistica	95.02	16	95.02
6	Prima Visita ortopedica	89.7	19	89.7B.7
7	Prima Visita ginecologica	89.26	20	89.26.1
8	Prima Visita otorinolaringoiatrica	89.7	21	89.7B.8
9	Prima Visita urologica	89.7	25	89.7C.2
10	Prima Visita dermatologica	89.7	27	89.7A.7
11	Prima Visita fisiatrica	89.7	12	89.7B.2
12	Prima Visita gastroenterologica	89.7	10	89.7A.9
13	Prima Visita oncologica	89.7	18	89.7B.6
14	Prima Visita pneumologica	89.7	22	89.7B.9

#### **PRESTAZIONI STRUMENTALI**

<b>Numero</b>	<b>Prestazione</b>	<b>Codice Nomenclatore</b>	<b>Codice nuovi LEA</b>
Diagnostica per Immagini			
15	Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	87.37.1	87.37.1
16	Mammografia monolaterale	87.37.2	87.37.2
17	TC del Torace	87.41	87.41
18	TC del Torace con MCD senza e con MCD	87.41.1	87.41.1

19	TC dell'addome superiore	88.01.1	88.01.1
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2	88.01.2
21	TC dell'Addome inferiore	88.01.3	88.01.3
22	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4	88.01.4
23	TC dell'addome completo	88.01.5	88.01.5
24	TC dell'addome completo senza e con	88.01.6	88.01.6
25	TC Cranio – encefalo	87.03	87.03
26	TC Cranio – encefalo senza e con MDC	87.03.1	87.03.1
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.1	88.38.A
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1	88.38.B
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.1	88.38.C
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.2	88.38.D
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.2	88.38.E
32	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	88.38.2	88.38.F
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91. 1	88.91.1
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	88.91.2	88.91.2
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88.95.4
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	88.95.5
38	RM della colonna in toto	88.93	88.93.6
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1	88.93.B
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	88.71.4
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	88.72.3
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	88.73.5	88.73.5
43	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	88.74.1
44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	88.75.1
45	Ecografia dell'addome completo	88.76.1	88.76.1
46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1	88.73.1
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	88.73.2
48	Ecografia ostetrica	88.78	88.78
49	Ecografia ginecologica	88.78.2	88.78.2
50	Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.2	88.77.4, 88.77.5



Altri esami Specialistici			
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23	45.23
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42	45.42
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45.16.1, 45.16.2
56	Elettrocardiogramma	89.52	89.52
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41	89.41
59	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44	89.44, 89.41
60	Esame audiometrico tonale	95.41.1	95.41.1
61	Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1
62	Spirometria globale	89.37.2	89.37.2
63	Fotografia del fundus	95.11	95.11
64	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.A
65	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.B
66	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)	93.08.1	93.08.C
67	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli	93.08.1	93.08.D
68	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7)	93.08.1	93.08.E
69	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.1	93.08.F

**Classi di priorità per i ricoveri programmabili:**

Anche per le prestazioni di ricovero lo specialista della Struttura ha l'obbligo di assegnare all'intervento una priorità, indicandola sulla ricetta. La data del ricovero, dovrà essere comunicata tempestivamente al paziente, anche se presunta

Classe di priorità	Tempo massimo di attesa
CLASSE A - Casi clinici che possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o da determinare grave pregiudizio alla prognosi	Entro 30 giorni
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	Entro 60 giorni
CLASSE C - Casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi né possono, per l'attesa, ricevere grave pregiudizio alla prognosi	Entro 180 giorni
CLASSE D - Casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità.	Entro 12 mesi

Attualmente il Sistema non è gestito a livello centralizzato. Nelle more del nuovo CUP Unico le UU.OO.CC provvederanno a garantire la trasparenza, al momento dell'inserimento in lista di attesa, comunicando al cittadino informazioni sul suo ricovero, sulla Classe di priorità e i relativi tempi massimi d'attesa, oltre alle indicazioni organizzative previste (es. informazioni circa il pre-ricovero).

Ciascun paziente può richiedere di prendere visione della sua posizione nella lista di attesa per il ricovero facendone opportuna richiesta alla Direzione Sanitaria o Direzione Sanitaria Ospedaliera. Qualora si modifichino le condizioni cliniche del paziente oppure il paziente intenda rinviare l'intervento per motivi personali, è possibile apportare modifiche all'ordine di priorità, a cura del medico proponente.

Con la messa in esecuzione del nuovo CUP la procedura sarà gestita a livello informatizzato centralizzato a garanzia delle trasparenza nella gestione delle liste di attesa.

### Elenco prestazioni di ricovero oggetto di monitoraggio

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	Prestazione	Codici intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35;85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4;60.5;60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	185; 198.82
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x;183; 184; 198.6; 198.82
6	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193

8	By pass aortocoronarico	36.1x	
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	
10	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
11	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	
12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
13	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
14	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
15	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46 – 49.49	
17	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0x- 53.1x	

### **Prestazioni inserite in Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali**

Alla luce delle novità introdotte dal PNGLA 2019/2021 e del progressivo invecchiamento della popolazione, la presa in carico integrata del paziente cronico rappresenta uno degli aspetti principali di riordino dell'assistenza territoriale e della continuità ospedale/territorio.

Con la collaborazione delle Unità operative interessate saranno istituite agende di prenotazione dedicate, attraverso cui provvedere alle prenotazioni delle prestazioni di controllo declinate nel Piano di Assistenza Individuale (PAI) elaborato dalle UVM distrettuali.

Il medico specialista in relazione a percorsi diagnostico-terapeutici definiti ed a selezionate tipologie di prestazioni di specialistica ambulatoriale, dovrà provvedere alla effettiva “presa in carico” dell’assistito.

Il cambiamento in termini organizzativi è dato dal fatto che le ulteriori prestazioni di cui il paziente ha eventualmente bisogno dovranno essere direttamente prenotate dal medico specialista che per la prima volta ha “preso in carico” il paziente stesso.

## **GOVERNO DELL’OFFERTA**

### **Recall e Gestione No show**

Nel tentativo di limitare il fenomeno del cosiddetto “No Show” (mancata disdetta della prenotazione), la ASREM, nelle more dell’attivazione del nuovo CUP e correlato servizio di call center, front office e back office, provvederà, unitamente al Call Center regionale attualmente in proroga, ad implementare, con l’ausilio delle strutture distrettuali ed ospedaliere ambulatoriali, le azioni finalizzate a verificare/ricordare ai pazienti prenotati l’appuntamento fissato e a semplificare il più possibile le procedure di annullamento delle prenotazioni effettuate attraverso la verifica dei fogli di lavoro giornalieri scaricabili dal sistema CUP attuale.

Si provvederà successivamente, alla riprogrammazione di tali attività anche attraverso l’ausilio di sistemi telematici e telefonici forniti dal nuovo Sistema CUP al fine di permettere al cittadino, in possesso di una prenotazione per una prestazione ambulatoriale o di diagnostica strumentale, di confermare la propria presenza nell’orario e nella data stabilita.

Il sistema consentirà di liberare orari per le prestazioni, ottimizzando i tempi delle liste di attesa, dato che ad ogni rinuncia corrisponde l’inserimento nell’agenda della prenotazione di un altro utente. Oltre a migliorare la percezione del livello del servizio offerto, il recall consente di aumentare il numero di prestazioni erogate nei

vari ambulatori.

- **Gestione No Show: Mancata disdetta prenotazione e mancata presentazione dell'assistito**

La normativa nazionale (art.3 comma 15 D.lgs. 124/1998) prevede "l'attivazione del procedimento di addebito del costo della prestazione agli utenti che non si presentano, senza disdire la prenotazione".

Tra le misure atte a responsabilizzare il paziente, la ASREM prevede misure di carattere sanzionatorio relative alle prestazioni prenotate e non erogate per la mancata presentazione in assenza di disdetta, coerentemente con quanto riportato nel PRGLA di cui al DCA n.46/2019.

Il D.Lgs. n. 124/1998 "Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449" prevede che l'utente che non si presenti, ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata, è tenuto al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione.

Diventa quindi obbligatorio disdire la prenotazione con almeno 3 giorni lavorativi di anticipo.

Nel caso di mancato ritiro dei risultati degli esami e dei referti per prestazioni effettuate a carico del Sistema Sanitario Regionale, l'Utente è tenuto al pagamento dell'intera prestazione anche se esente.

• **Garanzia di coerenza del sistema dell'offerta da erogare in libera professione/solvenza con l'obiettivo del contenimento dei tempi di attesa**

il ricorso alla libera professione intramoenia è conseguente alla libera scelta del cittadino-utente e non alla carenza dell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale. In merito, la ASREM, con le funzionalità previste nel nuovo Sistema CUP ha previsto l'adozione di sistemi organizzativi che consentano di controllare che i volumi delle prestazioni effettuate in libera prestazione non superino globalmente quelli effettuati nell'attività istituzionale, in garanzia che l'esercizio dell'attività professionale intramuraria non sia in contrasto con le finalità ed attività istituzionali.

## **SOSPENSIONE DELLE ATTIVITA'**

Nel caso di sospensioni non prevedibili e non programmabili dell'attività, il Direttore Sanitario del Distretto o il Direttore Sanitario dell'Ospedale Unico Regionale o persone da loro delegate, a seconda delle strutture nelle quali le stesse si sono verificate, provvederanno a dare disposizioni per la garanzia delle prenotazioni in essere.

L'ASReM provvede a vigilare sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione, anche di quelle riguardanti gli erogatori accreditati.

La Direzione Aziendale semestralmente dà comunicazione alla Direzione Generale per la Salute della Regione Molise delle sospensioni dell'erogazione verificatesi nel semestre sulla base delle disposizioni nazionali in tema di monitoraggi delle sospensioni.

La sospensione dell'erogazione delle prestazioni legata a motivi tecnici e gli interventi conseguenti per fronteggiare i disagi sono oggetto di confronto e individuazione di percorsi di garanzia per il cittadino, anche con le organizzazioni civiche regionali di tutela del diritto alla salute (comunicazione tempestiva, ri-prenotazione automatica e via preferenziale).

L'ASReM si impegna anche a vigilare sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione.

## **INFORMAZIONE E PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI**

L'ASReM in ottemperanza agli adempimenti previsti dalla normativa nazionale già provvede alla informazione e la comunicazione sulle liste d'attesa attraverso la pubblicazione dei tempi di attesa sul proprio sito istituzionale.

E' in corso di realizzazione un piano di comunicazione istituzionale sulle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, sui percorsi di garanzia in caso di sfioramento dei tempi massimi, sui diritti e doveri in coerenza con quanto previsto nel PNGLA, attraverso sezioni dedicate e accessibili sul nuovo sito Web aziendale che sarà implementato e completato con la messa in funzione del nuovo Sistema CUP.

L'Azienda intende altresì, promuovere il coinvolgimento e la partecipazione di organizzazioni di tutela del diritto alla salute anche attraverso incontri volti al monitoraggio del Programma attuativo aziendale.

La comunicazione e l'informazione diventano determinanti e opportunità fondamentali se considerate nella globalità di un'ottica regionale e aziendale.

Il Piano di comunicazione è da intendersi anche come strumento per migliorare il governo e la gestione del sistema regionale, attraverso una rendicontazione periodica degli obiettivi, delle azioni e dei risultati raggiunti, anche nel rispetto dei principi di trasparenza.

## **DEFINIZIONE DEL FABBISOGNO DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E GESTIONE EFFICIENTE DELLE RISORSE DISPONIBILI**

Elemento essenziale per il governo complessivo dell'accesso alle prestazioni ed il rispetto dei tempi massimi di attesa è il conferimento al sistema regionale di prenotazione (CUP) di tutte le agende relative alle prestazioni "critiche" da parte delle strutture pubbliche e delle strutture private accreditate a diretta gestione regionale e a gestione ASReM. Quindi è necessario che l'intera offerta a disposizione dell'utenza sia trasparente e ben visibile sul sistema di prenotazione regionale, sia quella pubblica territoriale e ospedaliera, sia quella delle strutture private accreditate. L'attuale sistema di prenotazione non permette al momento la visione della intera offerta di prestazioni pubblico-privata.

In attesa della conclusione delle procedure di gara finalizzate alla acquisizione di un CUP unico regionale che permetta di attivare tutte quelle funzioni attualmente non erogate, l'Azienda provvederà a monitorare che l'accesso da parte delle strutture private accreditate avvenga seguendo il rispetto dei codici di priorità previste dalPNGLA realizzando un'analisi continua del rapporto tra domanda, produzione complessiva delle strutture ubicate sul territorio regionale e risorse disponibili.

## **AMBITO TERRITORIALE DI RIFERIMENTO PER L'ATTRIBUZIONE DELLA PRIMA DATA UTILE PER LA PRESTAZIONE RICHIESTA - TERRITORIO REGIONALE.**

La garanzia del tempo massimo di attesa è un elemento di tutela della salute della popolazione da parte della Regione Molise attraverso la determinazione del fabbisogno e la conseguente offerta di prestazioni attraverso gli erogatori pubblici e privati accreditati.

L'ASReM dimensiona e governa la propria offerta allo scopo di soddisfare la domanda appropriatamente contrassegnata da classe di priorità entro i tempi massimi, garantendo la migliore allocazione delle risorse ed il contenimento dei costi.

Il Piano Regionale delle Liste di Attesa approvato con DCA n.46/2019, nelle more della conclusione delle procedure di acquisizione del nuovo CUP ha stabilito di differenziare il sistema di individuazione della prima data utile di prenotazione, prevedendo un primo periodo in cui questa sia individuata in ambito aziendale-regionale, anche e soprattutto a tutela del cittadino utente, con successivo passaggio ad un sistema di individuazione in

ambito distrettuale, caratterizzato da prossimità e territorialità.

In ragione di quanto sopra, per le prenotazioni richieste fino alla data del 31 dicembre 2020, all'atto della prenotazione il sistema CUP deve indicare all'utente la prima data utile in ambito regionale, ossia quella garantita da una delle strutture erogatrici operanti su tutto il territorio regionale rinviando, a seguito della attivazione del nuovo CUP, a partire dal 01.01.2021 la visualizzazione della prima data utile a livello distrettuale di appartenenza dell'assistito, ferma restando la possibilità, per il prenotante, di scegliere altra struttura (ospedale e/o territorio, pubblico o privato accreditato), rinunciando alla prima disponibilità offerta nel rispetto dei tempi massimi previsti per quella prestazione. Il Piano Regionale ha stabilito che, sulla scheda di prenotazione del CUP verrà comunque riportata prima l'offerta iniziale e poi la scelta del cittadino.

Al momento, il Sistema attualmente in uso, al fine di individuare la prima data utile, richiede l'apertura da parte di ciascun operatore CUP dell'apertura di 4 sessioni, corrispondenti alle ex 4 Zone. Individuata la prima data utile, se il cittadino la rifiuta e ne vuole scegliere un'altra, ad oggi con il CUP attualmente in esercizio, può essere effettuata una nuova prenotazione scelta dal cittadino, ma non è possibile registrare tali informazioni (data utile e/o nuova scelta del cittadino). Tale circostanza rende difficile l'applicazione da parte della ASREM delle disposizioni nazionali e regionali in tema di garanzia dei tempi max di attesa.

Per le prestazioni definite "Urgenti" e "Brevi" dal medico prescrittore, se i tempi di attesa dell'offerta sul territorio regionale rilevati dal sistema CUP superano quelli previsti dal presente Piano, il paziente sarà autorizzato a ricorrere all'intramoenia.

La ASREM, in via eccezionale e temporanea, ricorrerà all'acquisto di prestazioni specialistiche aggiuntive ad integrazione dell'attività istituzionale (art. 55 comma 2 CCNL 08/06/2000 e art. 31 comma 4 ACN 09/03/2010) prioritariamente per le prestazioni che risultino critiche ai fini dei tempi di attesa e secondo programmi predisposti dalle Strutture aziendali competenti. Gli ambiti di intervento, ovvero l'individuazione delle criticità erogative, saranno definiti dalla ASREM sulla base della rilevazione dei monitoraggi dei tempi di attesa. La committenza di produzione integrativa di prestazioni specialistiche ambulatoriali è utilizzata solo dopo aver garantito gli obiettivi prestazionali negoziati ed è attivata dall'ASREM, che provvederà a definire appositi contratti previa negoziazione con gli specialisti interessati dei volumi delle prestazioni, delle modalità organizzative, degli orari di lavoro e dei compensi dovuti.

Le attività saranno svolte all'interno delle strutture aziendali e sempre al di fuori dell'orario di lavoro istituzionale. Il tempario delle prestazioni rese in regime di libera professione di supporto dovrà essere allineato a quello delle prestazioni rese in regime istituzionale. L'attribuzione dei relativi compensi ai Medici Specialisti interessati e al personale che presta la propria collaborazione avverrà a seguito di verifica e controllo da parte della ASREM. Restano altresì valide le norme nazionali e regionali che disciplinano l'attività liberoprofessionale intramuraria. Nell'espletamento dell'attività istituzionale aggiuntiva dovrà essere utilizzato il ricettario SSN per la richiesta di accertamenti necessari ulteriori tesi a definire il quadro patologico. Le prenotazioni e le operazioni di cassa delle prestazioni saranno gestite dagli sportelli CUP. Gli utenti potranno usufruire, previo pagamento del solo ticket se dovuto, delle suddette prestazioni e previa presentazione al CUP dell'impegnativa debitamente compilata da parte del medico prescrittore (con particolare riguardo alla classe di priorità e al quesito diagnostico) in riferimento ai primi accessi per le prestazioni traccianti previste dal PNGLA.

#### **APPLICAZIONE PERCORSI DI TUTELA**

Oggetto del percorso di tutela sono le mancate prenotazioni delle prestazioni di primo accesso rientranti nel monitoraggio (PNGLA), prescritte con ricetta dematerializzata e con classe di priorità B,D, e P.

La procedura informatica/amministrativa necessaria per attuare un percorso di tutela a favore dei cittadini, prevede una serie di interventi, completati i quali, sarà possibile richiedere il riconoscimento del costo dell'eventuale prestazione "compensativa" effettuata presso le strutture private accreditate regionali.

La procedura necessaria al momento non è realizzabile con l'attuale Sistema CUP.

E' stato previsto che il nuovo sistema CUP regionale, in ogni sua modalità di accesso, provvederà a tracciare

sistematicamente tutte le risposte alle richieste di prenotazione, sia quelle che esitano sia quelle che non esitano nella fissazione di un appuntamento. Vanno considerate correttamente evase dal CUP tutte le richieste per le quali è stato trovato almeno un posto disponibile nei tempi previsti per la classe di priorità specificata nella prescrizione, comprese quelle rifiutate dal cittadino.

Si sottolinea che, in caso di rifiuto da parte dell'utente della disponibilità offerta, l'Azienda non è tenuta a garantire la visita/prestazione nei termini previsti.

Il bacino territoriale di riferimento per l'offerta di prestazioni, sino al 31 dicembre 2020, così come previsto nel Piano Regionale delle Liste di Attesa approvato con DCA n.46/2019, è individuato in ambito aziendale-regionale, anche e soprattutto a tutela del cittadino utente, con successivo passaggio ad un sistema di individuazione in ambito distrettuale a partire dal 01.01.2021, caratterizzato da prossimità e territorialità.

Nel caso in cui, al momento del contatto, non sia possibile soddisfare la richiesta, si prevede l'inserimento della stessa in una Lista di Pre-appuntamento, cosiddetta Lista di Garanzia, per una successiva evasione nei tempi previsti. La registrazione nella Lista di Garanzia genera un numero provvisorio di prenotazione, che viene comunicato all'utente previa richiesta di tutti i dati per garantire la reperibilità e la facile comunicazione tra gli stessi ed il servizio di prenotazione.

Le procedure attuative saranno esplicitate successivamente, all'atto della revisione del presente Piano Attuativo.

Per le prestazioni sostenute a proprio carico, sarà riconosciuta una quota di rimborso pari alla spesa risultante da fattura, fino al tetto massimo individuato nel nomenclatore regionale della specialistica ambulatoriale, decurtata del costo del ticket e della quota fissa nel caso di pazienti non esenti.

Il rimborso viene garantito solo per le richieste di prenotazione non soddisfatte nei termini previsti, che siano però state presentate al CUP entro il terzo giorno dalla data di emissione della prescrizione relativa alla prestazione stessa.

Condizione inderogabile per poter usufruire del riconoscimento della quota di rimborso è l'essere in regola con i pagamenti di eventuali pregresse prestazioni ambulatoriali effettuate, tenendo in considerazione anche gli eventuali importi ancora da recuperare a seguito di autocertificazioni mendaci relative ad esenzioni per reddito.

Nelle more dell'attivazione delle nuove procedure, la certificazione della impossibilità di garantire i tempi di attesa previsti saranno rilasciate dalle Strutture distrettuali ed ospedaliere aziendali per il tramite del Direttore del Distretto e del Direttore Sanitario o persona da lui delegata.

## **EROGATORI ACCREDITATI**

In conformità con quanto statuito nel PNGLA 2019-2021, gli erogatori accreditati con i quali è stato stipulato accordo contrattuale ai sensi del D.lgs 502/92 e ss.mm.ii., dovranno collaborare con la ASREM nel sistema di gestione dei tempi e delle liste di attesa quali soggetti facenti parte dell'intero sistema di offerta sanitaria della Regione Molise. A tal fine, a seguito dell'avvio del nuovo Sistema CUP, faranno confluire le proprie Agende di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali concordando le modalità di gestione e rendicontazione con la ASREM e la Regione Molise relativamente alle strutture a gestione diretta regionale.

La determinazione del fabbisogno di prestazioni sarà predisposto dalla ASREM sulla base dell'intera offerta sanitaria regionale che confluirà nel Sistema CUP Unico.

Gli attuali soggetti erogatori contrattualizzati con la ASREM sono elencati nella tabella seguente con l'indicazione delle relative branche:

N.	CENTRI ACCREDITATI CONVENZIONATI ASREM	INDIRIZZI	RECAPITI TELEFONICI / EMAIL	PRESTAZIONI
1	Casa di Cura Privata Villa Esther S.r.l.	Via Gino Di Biase, 18 86021 Boiano	0874/751001 - 751751 amministrazione@villaesther.it	ASSISTENZA OSPEDALIERA SPECIALISTICA LABORATORIO ANALISI
2	Casa di Cura Villa Maria s.r.l.	Viale Principe di Piemonte, 4 86100 Campobasso	0874/91723 - 94489 info@villa-maria.it	ASSISTENZA OSPEDALIERA LABORATORIO ANALISI
3	Istituto Europeo di Riabilitazione della Gea Medica	Via Acqua Solfurea, 1 86170 Isernia	0865/450273 - 457005 accettazione@ierisernia.it	ASSISTENZA OSPEDALIERA
4	Laboratorio Analisi Biolab s.r.l.	Via Colonno, snc 86021 Boiano	0874/782896 biolabsl11@gmail.com	LABORATORIO ANALISI
5	Diagnostica Fortore	Via Garibaldi, 17 86016 Riccia	0874/716107 diagnosticafortore@alice.it	LABORATORIO ANALISI
6	Studio Associato Lab. Analisi Aretini-De Gregorio	Via Colitto, 1 86100 Campobasso	0874/66359 laboratorioanalisi@libero.it	LABORATORIO ANALISI
7	Laboratorio Analisi Dr.ssa Marialuisa Gravina	Via Mazzini, 34 86100 Campobasso	0874/60264 analisigravina@gmail.com	LABORATORIO ANALISI
8	Laboratorio Analisi Cliniche Dr.ssa Gina, Evelina Colella	c/o Centro Radiologico Potito Via Conte Verde n. 5/7 - 86100 Campobasso	0874/316147 - 310057 labcolella@alice.it	LABORATORIO ANALISI
9	Biomedical S.r.l.	Via Duca D'Aosta, 63 86100 Campobasso	0874/979951 biomedicalsn@gmail.com	LABORATORIO ANALISI
	Biomedical S.r.l.	Via Belgio, 8/10 86039 Termoli	0875/82002 lab.ass.biomedical@gmail.com	LABORATORIO ANALISI
10	Gamma s.n.c. di Leone Angela & C.	Via De Gasperi, 53 86039 Termoli	0875/702531 analisi.gamma@virgilio.it	LABORATORIO ANALISI
11	Centro Medico del Molise s.a.s.	Via Molise, 15 86039 Termoli	0875/704905 antoniocannarsa@virgilio.it	LABORATORIO ANALISI
12	Centro di Allergologia del Molise s.a.s.	Via Molise, 15 86039 Termoli	0875/701218 antoniocannarsa@virgilio.it	LABORATORIO ANALISI
13	Centro Diagnostica Minerva S.r.l.	Corso Campano, 101 86079 Venafrò	0865/900788 luigi.petrone49@virgilio.it	LABORATORIO ANALISI

N.	CENTRI ACCREDITATI CONVENZIONATI ASREM	INDIRIZZI	RECAPITI TELEFONICI / EMAIL	PRESTAZIONI
14	Biomedical Center S.r.l.	Viale Vittorio Emanuele III, 27 86079 Venafrò	0865/901596 - 910629 biomedicalcenter@virgilio.it	LABORATORIO ANALISI
15	Studio di Radiologia Dr. Sandro Ficca	Piazzale Marcello Scarano, 28-33 86100 Campobasso	0874/698729 sficca@sirm.org	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
16	Domenico e Francesco Potito s.r.l.	Via Conte Verde, 5/7 - 86100 Sede Legale: Via Umberto I, 25 - 86100 Campobasso	0874/91720 - 414153 convenzioni@centroradiologicopotito.it	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI TERAPIA FISICA
17	Istituto di Rad. e Fisiok. di Gianfranco Cariello	Corso Nazionale, 130 86039 Termoli	0875/706264 gcariello@sirm.org	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI TERAPIA FISICA
18	Medical Center S.r.l.	Via Martiri della Resistenza, 61/63 86039 Termoli	0875/7180 - 718098 amministrazione@medicalcentertermoli.it	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
19	Studio Cardiologico Dr. Vincenzo Centritto	Via Milano, 21 86100 Campobasso	0874/332088 studiocentritto@virgilio.it	CARDIOLOGIA
20	Centro Clinico Dr. F. Forte e C. S.r.l.	Piazza Vittorio Emanuele II, 21 86079 Venafrò	0865/900046 centrofortecardio@gmail.com	CARDIOLOGIA
21	Centro di Chirurgia Ambulatoriale Oculare s.a.s. del Dr. Francesco Laurelli	Viale Principe di Piemonte, 98 86100 Campobasso	0874/412413 fr.laurelli@gmail.com	CHIRURGIA OCULARE OCULISTICA
22	Istituto Oftalmico Pentro S.r.l.	Via Giotto di Bondone, 7/17 - 86079 Sede Legale: Via G.M. Bosco n. 65 - 81100 Caserta	0865/900918 - 901993 istitutooftalmico@libero.it	DIAGNOSTICA OCULARE OCULISTICA
23	Medica s.r.l.	c/o Presidio Riabilitativo "Città di Termoli" - Via Madonna delle Grazie,	0875/708413 medicatermoli@gmail.com	TERAPIA FISICA
24	Ambulatorio Oasis - Centro Brenam di Majorana Paolo s.n.c.	Via Gazzani, 22 86100 Campobasso	0874/415362 oasis.brenam@libero.it	TERAPIA FISICA
25	Centro Benessere S. Erasmo s.a.s.	Piazza Pasquino, 16 86021 Boiano	0874/773265 centrosanterasmo@libero.it	TERAPIA FISICA
26	Ambulatorio Ronefor - Centro Brenam di Majorana Paolo s.n.c.	Via Gazzani, 22 86100 Campobasso	0874/415362 ambulatorioronefor@libero.it	TERAPIA FISICA



N.	CENTRI ACCREDITATI CONVENZIONATI ASREM	INDIRIZZI	RECAPITI TELEFONICI / EMAIL	PRESTAZIONI
27	Società "CDS S.A.S." di Sassano Berardino & C.	Via Venezia, 72 86039 Termoli	0875/706693 dino.sassano83@gmail.com	TERAPIA FISICA
		Via S. Elena, 28 86039 Termoli	0875/706693 dino.sassano83@gmail.com	TERAPIA FISICA
28	Riabilitazione e Fitness Centro Fisioterapico di Rosalia Gentile	Via Argentieri, 57 86036 Montenero di Bisaccia	0875/968862 gentile.fisiofitness@gmail.com	TERAPIA FISICA
29	Ambulatorio Maria SS. Di Bisaccia	Via Madonna del Carmine, 46 86036 Montenero di Bisaccia	0875/966227 dino.sassano83@gmail.com	TERAPIA FISICA
30	Fisioter S.r.l. di De Luca	Via Roma, 131/B 86032 Montecilfone		TERAPIA FISICA
			delucaotorino@gmail.com	
31	Fisioter s.n.c. di Bonifacio	Via Panama, 23 86039 Termoli	0875/704984 fisioter.b@alice.it	TERAPIA FISICA
32	Ambulatorio Fisiokinesiterapico Mancini S.r.l.	Via Oriente, 4 86047 Santa Croce di Magliano	0874/729929 d.ssarosamancini@libero.it	TERAPIA FISICA
		Via Raffaele Mezzalingua, 60 86046 San Martino in Pensilis	0875/604733 d.ssarosamancini@libero.it	TERAPIA FISICA
33	Centro di Fisioterapia Dr. Mario Zappone S.r.l.	Via Opplaco, 14 86035 Larino	0874/822118 centrozappone@libero.it	TERAPIA FISICA
34	Società Ars Medica S.r.l.	Corso Risorgimento, 314 86170 Isernia	0865/290459 medica.is@libero.it	TERAPIA FISICA
35	Società GI.ME.TE.FI.	Via Colonia Giulia, 426 86079 Venafro	0865/909293 gimetefi.venafro@gmail.com	TERAPIA FISICA
36	Atlas S.r.l.	Via Umbria n. 179 - 86170 Isernia Sede Legale: Via Carducci, 22 - 65100 Pescara	0865/451822 info@centroatlas.it	ODONTOIATRIA
37	Centro di Odontoiatria del Dr. Francesco Reglieri s.a.s.	Corso Campano, 20 86079 Venafro	0865/900059 francoreg@hotmail.com	ODONTOIATRIA
38	Nephrocare S.p.A.	Via Santa Ormisda, 32 - 86079 Sede Legale: Piazza Vanvitelli, 15 -	081/6849801 - 5587707 Rossella.DiBonaventura@fmc-	DIALISI

## PRESTAZIONI IN REGIME DI INTRAMOENIA (ALPI)

Le Agende di prenotazione per le prestazioni rese in regime di intramoenia devono essere visibili nel sistema CUP. Il sistema attualmente utilizzato non è integrato nel Sistema che gestisce l'attività istituzionale ed è gestito dalla Società Molise Dati, Società in house della Regione Molise. Al momento non è possibile l'interoperabilità tra i due sistemi. Il nuovo Software garantirà l'adempimento e la gestione richiesta dal PNGLA.

In conformità a quanto previsto dal PNGLA 2019-2021, l'ASReM, al fine di ridurre le liste di attesa dei servizi interessati, concorderà con le équipes, ai sensi dell'art. 55 comma 2 lett. d del CCNL 08/06/2000 dell'area della dirigenza medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria, secondo programmi aziendali, l'incremento delle attività e delle prestazioni rese in regime di intramoenia al fine di ridurre le liste d'attesa. L'acquisto di prestazioni specialistiche aggiuntive è un'integrazione dell'attività istituzionale e va effettuata prioritariamente per le prestazioni che risultino critiche ai fini dei tempi di attesa. Le attività sono svolte all'interno delle strutture aziendali e sempre al di fuori dell'orario di lavoro istituzionale. Nell'espletamento dell'attività istituzionale aggiuntiva dovrà essere utilizzato il ricettario SSN per la richiesta degli ulteriori accertamenti.

Il professionista che eroga prestazioni in regime di libera professione su richiesta e per scelta dell'utente non può prescrivere prestazioni per proseguire l'iter diagnostico- terapeutico con oneri a carico del SSR.

Al fine di contenere gli oneri a carico del bilancio dell'ASReM, le prestazioni erogate in regime libero professionale dai professionisti in favore dell'Azienda, come previsto dall'art. 55 comma 2 del CCNL della dirigenza del 8 giugno 2000, costituiscono uno strumento eccezionale e temporaneo per il governo delle liste ed il contenimento dei

tempi d'attesa solo dopo aver utilizzato gli altri strumenti retributivi contrattuali nazionali e regionali, nonché il 5% del compenso del libero professionista, di cui all'articolo 1, comma 4, lettera c) della legge 120/2007 e s.m., nella misura in cui anche tali prestazioni possono contribuire ad integrare l'offerta istituzionale, allorquando una ridotta disponibilità temporanea di prestazioni in regime istituzionale metta a rischio la garanzia di assicurare al cittadino le prestazioni all'interno dei tempi massimi regionali.

Questa "libera professione aziendale" è concordata con i professionisti e sostenuta economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino solo la eventuale partecipazione al costo.

In caso di superamento del rapporto tra l'attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate verrà attuato il blocco dell'attività libero professionale, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate.

L'ASReM monitora il volume dell'attività intramoenia anche in rapporto all'attività ordinaria allo scopo di verificare la corretta applicazione di quanto previsto dal presente Piano nonché dal PNGLA 2019-2021.

A tale scopo con provvedimento del Direttore generale ASReM è costituito un Organismo paritetico interaziendale per la verifica delle modalità di svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia ai sensi del paragrafo 2 n. 17 del PNGLA 2019-2021, integrato da almeno un rappresentante dell'Amministrazione regionale individuato dalla Direzione oltre che da un rappresentante delle organizzazioni regionali di tutela del diritto alla salute.

#### **Ottimizzazione dell'utilizzo del cosiddetto "fondo Balduzzi":**

una somma pari al 5+5% dell' onorario del libero professionista, così come dall'art.7 del Protocollo integrativo aziendale per la libera professionale adottato con Provvedimento del Direttore Generale n. 474 del 15.04.2019 , che le aziende devono trattenere, da vincolare ad interventi volti al miglioramento delle attività di prevenzione e/o alla riduzione delle liste di attesa, saranno esclusivamente destinati, sulla base di specifiche progettualità da definirsi in sede di contrattazione aziendale, all' acquisizione di prestazioni aggiuntive. Le risorse sono state finalizzate alla produzione di prestazioni ambulatoriali cliniche e diagnostiche aggiuntive rispetto a quelle già offerte dal SSR, organizzate in specifiche agende differenziate rispetto a quelle istituzionali e identificate come "agende Balduzzi". Queste si aggiungeranno a quelle che la ASREM andrà a stabilire con le organizzazioni sindacali rispetto all' applicazione dell'art. 55 comma 2 del CCNL 8 giugno 2000 e s.i., articolo che prevede la possibilità di contrattare prestazioni aggiuntive per i professionisti sanitari, finalizzate alla riduzione delle liste di attesa.

#### **RINVIO A NORME FINALI**

Per tutto quanto non riportato nel presente documento si fa rinvio alla normativa nazionale e regionale in materia di liste di attesa.