



PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE

COMMISSARIO AD ACTA

per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario

Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 18.05.2015

DECRETO

N. 7

DATA 02/02/2018

**OGGETTO: "PIANO STRAORDINARIO REGIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA".
Adempimenti.**

Il Direttore del Servizio
Programmazione della rete ospedaliera
pubblica e privata e reti territoriali

Il Direttore Generale per la Salute

VISTO: Il Sub Commissario ad Acta






PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE

COMMISSARIO AD ACTA

per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario

Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 18.05.2015

DECRETO

N. 7

DATA 02/02/2018

**OGGETTO: "PIANO STRAORDINARIO REGIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA".
Adempimenti.**

**IL PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE
COMMISSARIO AD ACTA**

PREMESSO che, con delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, il Presidente *pro tempore* della Regione Molise, Arch. Paolo di Laura Frattura, è stato nominato Commissario *ad acta* per la prosecuzione dell'attuazione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Molise, con l'incarico prioritario di adottare, sulla base delle linee guida predisposte dai Ministeri affiancanti, i programmi operativi per gli anni 2013-2015 (ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni in Legge 7 agosto 2012, n. 135) e di procedere alla loro attuazione;

VISTA la successiva delibera del Consiglio dei Ministri del 18 maggio 2015;

RICHIAMATO l'Accordo Stato - Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, recante: "Accordo concernente l'intervento straordinario per l'emergenza economico-finanziaria del servizio sanitario della Regione Molise e per il riassetto della gestione del Servizio sanitario regionale ai sensi dell'articolo 1, comma 604, della legge 23 dicembre 2014, n. 190" (Repertorio Atti n.: 155/CSR del 03/08/2016);

VISTO il decreto commissariale n. 52 del 12.09.2016: "Accordo sul Programma Operativo Straordinario 2015-2018 della Regione Molise. (Rep. Atti n.: 155/CSR del 03/08/2016). Provvedimenti.",

DATO ATTO del "Programma Operativo Straordinario 2015 – 2018";

VISTA la legge n. 96 del 21 giugno 2017: "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 24 aprile 2017, n. 50, recante disposizioni urgenti in materia finanziaria, iniziative a favore degli enti territoriali, ulteriori interventi per le zone colpite da eventi sismici e misure per lo sviluppo." pubblicata sulla GU Serie Generale n.144 del 23-06-2017 - Suppl. Ordinario n. 31 ed in particolare l' art. 34-bis, rubricato: "Programma Operativo Straordinario della Regione Molise";

ATTESO che tanto rileva a titolo di istruttoria tecnica in fatto ed in diritto del responsabile del procedimento, secondo le disposizioni di cui alla legge regionale n. 10 del 3 Marzo 2010 e s.m.i.;

ATTESO che il contenuto del presente atto è pienamente coerente con gli obiettivi del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario e con il “Programma Operativo Straordinario 2015 – 2018”,

VISTA la legge 27 dicembre 1978, n. 833 e s.m.i, concernente l’istituzione del Servizio Sanitario Nazionale;

VISTO il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, recante “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421*” e s.m.i.;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 e s.m.i. recante “*Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza*”;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 “*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.*”;

VISTA l’Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul nuovo Patto per la Salute 2014-2016, n. 82/CSR del 10 luglio 2014;

VISTA la Legge Regionale 1° aprile 2005, n. 9, “*Riordino del Servizio Sanitario Regionale*” e s.m.i.;

VISTA l’Intesa del 28/10/2010, ai sensi dell’art. 8 comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d’Attesa per il triennio 2010-2012, ai sensi di quanto previsto dall’art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 70 del 2 agosto 2011 recante “*Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2011-2013 per le prestazioni sanitarie specialistiche ambulatoriali e in regime di ricovero ospedaliero. Recepimento dell’Intesa Stato-Regioni del 28 ottobre 2010*”;

RICHIAMATA la nota prot. 68938/2017 del 15-06-2017 a firma del Direttore Generale per la Salute, con la quale è stato istituito un gruppo di studio e lavoro allo scopo di procedere alla stesura di un piano regionale di gestione delle liste di attesa coerente con i principi dettati dalla normativa di settore, dalle indicazioni ministeriali e con la programmazione regionale di cui al Programma Operativo Straordinario 2015-2018;

ATTESO che il Gruppo di Lavoro di cui alla nota prot. n. 68938/2017, ha ravvisato la necessità di procedere, nelle more dell’approvazione del nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di attesa 2016-2018, alla definizione di interventi straordinari per il governo delle liste di attesa individuando i seguenti ambiti prioritari di intervento:

- Applicazione regolare delle classi di priorità nella pratica prescrittiva al fine di indirizzare, nei sistemi di prenotazione, le richieste alle corrispondenti “agende”;
- Netta separazione dei canali per le diverse tipologie di accesso al fine di gestire le domande di prestazioni “in primo accesso” e quelle per i “controlli successivi” mediante i percorsi diagnostico - terapeutici di riferimento;
- Gestione trasparente e totale visibilità dei sistemi informativi aziendali e regionali delle Agende di prenotazione ;
- Definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche e gestione efficiente delle risorse disponibili;

CONSIDERATO che il gruppo di lavoro sopra citato ha provveduto alla definizione di un documento organico denominato “*Piano Straordinario Regionale per il Governo delle Liste di Attesa*” nel quale vengono individuate le priorità d’intervento e le principali azioni strategiche volte a migliorare la gestione e le performance del governo regionale delle liste d’attesa per l’anno 2018 e comunque fino all’adozione del nuovo Piano Nazionale per il Governo delle Liste di attesa;

CONSIDERATO che il predetto “*Piano Straordinario Regionale per il Governo delle Liste di Attesa*” concorre all’obiettivo finale di garanzia di governo delle liste di attesa attraverso il contenimento dei tempi, che devono essere gradualmente ricondotti a livelli di normalità raggiungendo, per le prescrizioni di primo accesso prioritarie, gli standard di risposta entro i tempi massimi indicati a livello nazionale (90%);

RITENUTO, pertanto, necessario approvare il documento “*Piano Straordinario Regionale per il Governo delle Liste di Attesa*” (allegato 1) quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

RITENUTO, altresì, di dare mandato al Direttore Generale A.S.Re.M., per quanto di competenza ad assicurare tutti gli adempimenti necessari e consequenziali finalizzati all'attuazione di tutto quanto previsto nel presente provvedimento e nell'allegato che ne costituisce parte integrante e sostanziale;

DECRETA

per le motivazioni in premessa riportate, che si intendono integralmente richiamate:

1. di approvare il documento *"Piano Straordinario Regionale per il Governo delle Liste di Attesa"* (allegato 1) quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di dare mandato al Direttore Generale A.S.Re.M., per quanto di competenza ad assicurare tutti gli adempimenti necessari e consequenziali finalizzati all'attuazione di tutto quanto previsto nel presente provvedimento e nell'allegato che ne costituisce parte integrante e sostanziale;
3. di trasmettere il presente atto, unitamente all'allegato documento:
 - al Direttore Generale ASReM;
 - alle strutture private accreditate;
 - al Ministero della Salute ed al Ministero dell'Economia e delle Finanze;
4. di disporre la pubblicazione del presente atto sul B.U.R.M. e sul sito internet della Regione Molise.

Il presente decreto, composto da n. 4. pagine e n. 1. allegati, sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise e notificato ai competenti Dicasteri.

IL COMMISSARIO ad ACTA
Paolo di Laura Frattura



Piano Straordinario Regionale per il Governo delle Liste di Attesa.

Premessa

Con l'obiettivo di tutelare il diritto ad un pronto accesso alle prestazioni sanitarie, soprattutto per i soggetti più bisognosi di assistenza, e nel rispetto dei criteri di equità, correttezza, appropriatezza ed efficienza, la Regione Molise ha approvato con il DCA n. 70 del 2/08/2011 il "Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2011-2013", individuando le direttive per la definizione di regole e strumenti per il governo delle liste di attesa e per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero.

I cambiamenti progressivamente intervenuti nell'organizzazione sanitaria della regione Molise per effetto del Piano Operativo Straordinario 2015-2018, recepito con DCA n. 52/2016, inducono alla complessiva riorganizzazione del sistema di erogazione delle prestazioni e richiedono una revisione delle procedure di governo delle liste d'attesa.

Il presente documento pone principi e direttive in materia in attesa della definitiva emanazione del nuovo Piano Nazionale del Governo delle Liste di Attesa in via di definizione.

L'ASREM è tenuta ad attuare, promuovere e diffondere quanto previsto dal presente Piano Straordinario, monitorandone l'applicazione nella pratica clinica.

Le Strutture sanitarie private accreditate dalla regione Molise si conformano ai principi di cui al presente Piano e mettono a disposizione del nuovo sistema CUP regionale, alla data della sua attivazione, le proprie agende di prenotazione, al fine di consentire la gestione coordinata delle liste d'attesa sul territorio regionale e l'efficiente gestione dei tempi d'attesa.

In particolare le Strutture sanitarie accreditate dalla regione Molise collegano tempestivamente il proprio centro prenotazioni al Centro Unico di Prenotazione (CUP) regionale, alla data della sua attivazione, al fine di garantire la trasparenza, l'immediata disponibilità e l'accessibilità dei cittadini alle prestazioni e per semplificare la gestione delle liste di attesa, conferendo alla regione Molise e all'ASREM l'accesso alle proprie agende di prenotazione delle prestazioni.

A. Linee di intervento

Al fine di migliorare la qualità del monitoraggio delle liste d'attesa e la gestione dei tempi di erogazione, in particolare delle prestazioni indicate dal PNGLA 2010-2012 (All. A) la Regione individua le seguenti linee di intervento:

A.1. Applicazione regolare dei **sistemi di prioritarizzazione** con:

- indicazione da parte del medico prescrittore del grado di urgenza della prestazione richiesta sulla base di criteri clinici condivisi;
- indicazione da parte del medico prescrittore del quesito diagnostico;
- adozione, da parte dei soggetti erogatori, di agende di prenotazione per classe di priorità, così da poter rispondere appropriatamente alle richieste dei prescrittori;
- continuo monitoraggio dell'andamento del sistema.

La classe di priorità ed il quesito diagnostico sono informazioni di importanza strategica per il governo dell'accesso alle prestazioni e al monitoraggio delle liste di attesa. L'utilizzo dell'indicazione della classe di priorità nella pratica prescrittiva consente ai sistemi di prenotazione (sportelli CUP aziendali e call center) di indirizzare le richieste alle corrispondenti "agende configurate per classi di priorità".

L'indicazione del quesito diagnostico consente di monitorare l'appropriatezza prescrittiva.

Le agende relative alle prestazioni di primo accesso devono, entro il mese di maggio 2018, essere tutte configurate per classi di priorità. Le quote da destinare a ciascuna classe andranno diversificate in base alla tipologia di prestazione, ai dati storici delle richieste ed attraverso il continuo monitoraggio aziendale dell'attività prescrittiva.

A.2. Netta **separazione dei canali** per le diverse tipologie di accesso:

- sistemi di prenotazione basati su criteri di priorità per il Primo Accesso, utilizzabili direttamente dai medici prescrittori;

- per i "controlli successivi", si realizzerà la "presa in carico" del paziente cronico (anche neo-diagnosticato) secondo percorsi diagnostico-terapeutici, con la prenotazione delle prestazioni "di controllo" da parte del medico e/o della struttura che ha preso in carico il paziente.

Il presente Piano Straordinario individua quindi come **prioritaria**, per la riduzione e il controllo dei tempi di attesa, la capacità da parte del SSR di gestire le domande di prestazioni attraverso il ricorso appropriato alle prestazioni diagnostico-terapeutiche.

Nelle prescrizioni devono essere sistematicamente riportate tutte le informazioni essenziali per il rispetto dell'appropriatezza prescrittiva, per la corretta erogazione delle prestazioni e per il monitoraggio dei comportamenti prescrittivi, così come previsto dall'Intesa Stato-Regioni e Province autonome del 7 settembre 2016, rep. N. 157/CSR concernente lo schema di DPCM sull'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (artt. 15, 16, allegati 4A, 4B, 4C, 4D).

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.

Questa distinzione, con l'indicazione della "Tipologia di Accesso" da parte del medico prescrittore, consente la separazione dei percorsi assistenziali e impone una diversa organizzazione dei servizi aziendali di prenotazione, assistenza e successivo trattamento delle informazioni.

"Le **Prime Visite** e le **Prime Prestazioni Diagnostiche/Terapeutiche**" sono quelle che costituiscono il primo contatto del paziente con il sistema, relativamente al problema di salute posto (prestazioni di **primo accesso**).

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.

Le prestazioni per "**Controlli Successivi**" riguardano pazienti per i quali già è stata formulata una diagnosi iniziale e vanno erogate nell'ambito di percorsi di cura e presa in carico per patologie croniche.

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:

Urgente

(biffare la casella '**U**'), da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;

Breve

(biffare la casella '**B**') da eseguire entro 10 giorni;

Differibile

(biffare la casella '**D**'), da eseguire entro:

30 giorni per le visite

60 giorni per le prestazioni strumentali;

Programmabile

(biffare la casella '**P**'), prestazione da eseguire comunque entro 180 giorni

Le visite e le prestazioni strumentali prescritte come **Controlli successivi**, nell'ambito di follow-up, di percorsi diagnostico terapeutici e in genere di presa in carico di un paziente cronico, potranno essere contraddistinte dal medico prescrittore mediante biffatura di una delle classi di priorità di cui sopra, a seconda della tempistica con cui ritiene debba essere effettuata la prestazione di controllo.

Si precisa che **nella stessa ricetta non potranno essere indicate prestazioni di "Primo Accesso" e prestazioni per "Controlli successivi"**.

In assenza di specifica indicazione (biffatura di una delle classi di priorità), la richiesta sarà considerata di priorità "P".

Le richieste di controlli successivi dovranno essere gestite dal Medico Specialista della struttura, senza rinviare al MMG/PLS la prescrizione su ricetta SSN. Si effettuerà così la "presa in carico" dell'assistito.

Il Quesito Diagnostico descrive il problema di salute che motiva la richiesta di prestazioni da parte del Medico.

A tal proposito va garantito che su tutto il territorio regionale le prestazioni da erogare vengano indicate e codificate secondo quanto previsto dal catalogo regionale delle prestazioni (cd. nomenclatore), espungendo dal sistema di prenotazione terminologie di prestazione e codici non riportati nel suddetto catalogo, approvato con Determina del Direttore Generale n. 2392 del 09.06.2016 e successive modifiche e integrazioni.

L'indicazione del quesito diagnostico per il "Primo Accesso", o della diagnosi quando si tratti di "Controlli Successivi", è sempre obbligatoria e deve essere riferita all'insieme di prestazioni che confluiscono in una stessa ricetta.

A.3. Gestione trasparente e totale visibilità da parte dei Sistemi Informativi aziendali e regionali delle Agende di prenotazione, tanto in modalità condivisa che riservata, sia per il primo accesso che per i controlli successivi, nonché delle prestazioni specialistiche erogate (inclusendo tutta l'attività erogata sia in regime istituzionale che in regime di ALPI).

Al fine di poter governare l'intero sistema delle liste di attesa non si può prescindere dalla gestione trasparente delle agende che devono essere **tutte visibili al CUP**, comprese le Agende di prenotazione delle Strutture sanitarie private accreditate dalla regione Molise. Ad ogni prestazione erogata deve corrispondere una prenotazione.

Per i casi in cui è previsto l'accesso senza prenotazione dovrà comunque essere predisposta un'agenda dedicata.

Tutte le agende dovranno, entro il mese di maggio 2018, essere configurate per classi di priorità, comprese quelle in classe 'P', con distinzione delle agende riservate a controlli, follow-up e percorsi interni.

Nel caso di prestazioni effettuate senza prenotazione, queste dovranno comunque essere inserite nel sistema con una prenotazione effettuata il giorno stesso (la data di richiesta coinciderà con la data dell'appuntamento).

Tutta l'attività erogata, derivante da una prescrizione su ricetta SSR, deve essere sempre rilevata attraverso il flusso informativo, compresa l'attività libero-professionale intramoenia, sia quella effettuata all'interno degli ambulatori ospedalieri sia quella effettuata negli ambulatori privati dei professionisti.

I calendari delle agende non potranno essere chiusi, in modo da consentire anche prenotazioni con attese oltre l'anno, possibili in particolare per i "Controlli successivi". E' vietato l'uso di agende con scadenza inferiore alle 52 settimane (o 365 giorni), fatte salve le agende dedicate a progetti straordinari riguardanti le liste di attesa, con durata limitata nel tempo.

Per gli erogatori privati la scadenza annuale del contratto non comporta la chiusura delle agende, salvo che non si superi il budget contrattualizzato.

Nei casi di autogestione delle liste da parte di alcuni erogatori, a volte necessaria per particolari tipologie di prestazioni, con successivo provvedimento di attuazione del presente piano l'ASREM individua quelle che, per caratteristiche intrinseche ed obiettive, necessitano di spazi riservati all'autogestione prevedendo che, solo per esse, possa essere adottato tale sistema di gestione, rendendolo comunque tracciabile attraverso il sistema informatizzato di prenotazione.

Nei casi di cui innanzi la data di prenotazione della prestazione coincide con la data di erogazione della stessa.

A.4. Sospensione delle erogazioni

Il Direttore del Distretto ASREM interessato o il Direttore Sanitario del Plesso Ospedaliero presso cui si sono verificate sospensioni non prevedibili e non programmabili dell'attività, provvede a dare disposizioni per la garanzia delle prenotazioni in essere. La Direzione sanitaria aziendale semestralmente dà comunicazione alla Direzione Regionale per la Salute (all'indirizzo mail: direzione.ospedalita@regione.molise.it) mediante la compilazione del modulo allegato (All. B) specificando, come richiesto, la durata della sospensione, la causa della stessa e le disposizioni date per la garanzia delle prenotazioni in essere.

Per quanto riguarda le sanzioni eventualmente da applicare in caso di mancato accesso non preventivamente comunicato dagli utenti prenotati, si rinvia alla normativa nazionale.

A.5. 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.

Poiché il governo delle liste di attesa, e in generale dell'accesso alle prestazioni ambulatoriali specialistiche, si fonda sulla programmazione dell'assistenza erogata dalle strutture presenti nel territorio, si rende

necessaria un'analisi continua del rapporto tra domanda, produzione complessiva delle strutture ubicate sul territorio regionale e risorse disponibili.

In prima istanza l'ASREM verifica il grado di efficienza produttiva delle proprie strutture e pianifica azioni mirate nel caso in cui le risorse, apparecchiature o personale medico o tecnico specializzato, siano sottoutilizzate.

L'ASREM prevede altresì, almeno per le prestazioni 'critiche', un piano per il recupero di efficienza, attraverso l'ottimizzazione dei turni del personale e dell'uso dei macchinari, verificando con analisi comparative (*benchmarking*) che il livello di efficienza risulti sufficientemente omogeneo, almeno all'interno delle proprie strutture.

Al fine di ridurre i tempi per le liste d'attesa, l'ASREM può disporre di incrementare l'attività degli ambulatori territoriali, anche situati nelle strutture di recente istituzione quali le Case della Salute, gli Ospedali di Comunità, anche attraverso l'estensione degli orari di apertura degli ambulatori in esse situati, compatibilmente con gli orari di attività delle strutture (6, 12 o 24 ore), anche nei giorni prefestivi e festivi.

A.6. Ulteriori misure per garantire i tempi massimi di attesa

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'Azienda sanitaria 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.

Allo scopo di effettuare le prestazioni entro i tempi di attesa previsti, si rende necessario introdurre nel CUP l'obbligo di indicare **la prima data utile per la prestazione richiesta in ambito regionale**, riferita cioè a tutte le strutture accreditate e non limitata all'area distrettuale in cui viene effettuata la prenotazione.

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, 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.

Sulla scheda di prenotazione del CUP verrà comunque riportata prima l'offerta iniziale e poi la scelta del cittadino.

Per le prestazioni definite "urgenti" 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 deve essere autorizzato a ricorrere all'intramoenia. In tal caso il medico (o l'equipe) che effettua la prestazione in intramoenia è retribuito con la quota ALPI posta a carico dell'ASREM; all'assistito compete esclusivamente il pagamento del ticket sanitario.

L'ASREM, in esecuzione del presente Piano, entro il 31 maggio 2018 emana provvedimento con il quale elimina la discrepanza nei tempi di esecuzione (pesi) della medesima prestazione sussistente tra i vari erogatori, individuando il tempo medio necessario all'esecuzione di ciascuna prestazione ed elaborando un cd. **"tempario" uguale per tutti i punti di erogazione.**

Al fine di alimentare in maniera corretta i flussi delle prestazioni specialistiche, con il medesimo provvedimento la ASREM prevede l'effettuazione obbligatoria del **check out delle prestazioni erogate.**

B. Organizzazione ed erogazione di prestazioni in regime di "Intramoenia"

Il PRGLA 2011-2013 e il Provvedimento ASREM n°34 del 25 gennaio 2016 "Regolamento per lo svolgimento della libera professione e delle attività sanitarie a pagamento della dirigenza medico-veterinaria e sanitaria", stabiliscono il blocco dell'attività intramoenia qualora questa superi l'attività ordinaria.

Si ribadisce che deve essere attuata la **sospensione o riduzione dell'attività intramoenia** quando dal monitoraggio dei tempi di attesa risulti che il volume delle prestazioni erogate in tale regime, per ognuna delle strutture ospedaliere pubbliche, superino quelle erogate in regime ordinario.

A tale scopo con determina del Direttore Generale per la Salute è istituito un "Osservatorio Regionale per i Tempi di Attesa" composto da un team interdisciplinare, scelto tra i dipendenti della regione Molise e della ASREM, nonché da un rappresentante delle associazioni dei cittadini utenti dei servizi di cui al presente piano.

L'Osservatorio ha il compito di verificare la corretta applicazione di quanto previsto dal presente Piano monitorando gli esiti delle misure intraprese.

L'Osservatorio può proporre motivatamente alla ASREM l'adozione di provvedimenti di riduzione o sospensione dell'ALPI nel caso in cui non siano rispettate le condizioni di equilibrio nel rapporto con l'attività istituzionale.

Le attività di ALPI debbono essere comunque **ridotte o sospese** nei casi in cui i tempi di attesa dell'attività istituzionale superino, in modo sistematico e rilevante, quelli massimi indicati dalla programmazione regionale di 30/60 giorni per la priorità 'D' e di 180 giorni per le priorità 'P'; tale riduzione e/o sospensione cessa dal momento in cui saranno ripristinati tempi di attesa per l'attività istituzionale inferiori ai valori massimi previsti.

C. Disposizioni transitorie ed urgenti per l'immediata riduzione dei tempi d'attesa

In via straordinaria, nelle more del completamento dell'attuazione del presente piano, al fine di limitare in maniera drastica i tempi di attesa, con atto da emanarsi entro il 31 maggio 2018 l'ASREM adotta un piano straordinario finalizzato all'attuazione delle procedure di cd. "**recall**" ovvero di richiamata degli utenti al fine di verificarne l'intenzione ad accedere alle prestazioni prenotate, e per riprogrammare gli appuntamenti allo scopo di saturare le agende di prenotazione.

Tale servizio, alla luce dei tempi di prenotazione, deve essere attuato per le prestazioni "critiche", ossia quelle prestazioni per le quali i tempi di attesa si allontanano in maniera rilevante da quelli previsti, e per le prestazioni monitorate dal Ministero della Salute e dal tavolo LEA (All.A).

Il servizio Re-Call, effettuato da operatori del call center, verifica che il cittadino, in possesso di una prenotazione per una prestazione ambulatoriale o di diagnostica strumentale, confermi la propria presenza nell'orario e nella data stabilita. In caso di disdetta il Servizio provvede a contattare altri utenti in modo da anticipare la loro prestazione. Il Servizio, inoltre, si occupa di verificare e gestire il corretto utilizzo dei posti riservati in classe di priorità assicurandone il pieno utilizzo.

Il sistema consente 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.

L'ASREM, nel rispetto dei principi e degli interventi indicati nel presente piano, è altresì autorizzata, fino alla data di emanazione del nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa, ad adottare ulteriori provvedimenti, finalizzati alla immediata riduzione delle liste di prenotazione.

Legenda :

- *Biffare*: apporre un segno (flag) sull'apposita casella;
- *Agende di Prenotazione*: nella locuzione sono ricomprese anche le Agende di Prenotazione delle Strutture sanitarie private accreditate dalla regione Molise;
- *Prestazioni critiche*: prestazioni per le quali i tempi di attesa si allontanano in maniera rilevante da quelli previsti nel presente piano;
- *Prestazioni monitorate*: prestazioni che il Ministero monitorizza attraverso il sistema TS
- *CUP*: sistema informatizzato regionale per le prenotazioni delle prestazioni sanitarie;
- *Tempario*: documento contenente i tempi medi di effettuazione delle prestazioni sanitarie;
- *Recall*: sistema di richiamata dell'utente prenotato.

Allegato A

VISITE SPECIALISTICHE			
Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Disciplina
1	Visita cardiologia	89.7	8
2	Visita chirurgia vascolare	89.7	14
3	Visita endocrinologica	89.7	19
4	Visita neurologica	89.13	32
5	Visita oculistica	95.02	34
6	Visita ortopedica	89.7	36
7	Visita ginecologica	89.26	37
8	Visita otorinolaringoiatrica	89.7	38
9	Visita urologica	89.7	43
10	Visita dermatologica	89.7	52
11	Visita fisiatrica	89.7	56
12	Visita gastroenterologica	89.7	58
13	Visita oncologica	89.7	64
14	Visita pneumologica	89.7	68

PRESTAZIONI STRUMENTALI		
Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore
Diagnostica per Immagini		
15	Mammografia	87.37.1 - 87.37.2
16	TC senza e con contrasto Torace	87.41 - 87.41.1
17	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2 - 88.01.1
18	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4 - 88.01.3
19	TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6 - 88.01.5
20	TC senza e con contrasto Capo	87.03 - 87.03.1
21	TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	88.38.2 - 88.38.1
22	TC senza e con contrasto Bacino	88.38.5
23	RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2
24	RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4 - 88.95.5
25	RMN Muscoloscheletrica	88.94.1 - 88.94.2
26	RMN Colonna vertebrale	88.93 - 88.93.1
27	Ecografia Capo e collo	88.71.4
28	Ecocolordoppler cardiaca	88.72.3
29	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73.5
30	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77.2
31	Ecografia Addome	88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1
32	Ecografia Mammella	88.73.1 - 88.73.2
33	Ecografia Ostetrica - Ginecologica	88.78 - 88.78.2
Altri esami Specialistici		
34	Colonscopia	45.23 - 45.25 - 45.42
35	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24
36	Esofagogastroduodenoscopia	45.13 - 45.16
37	Elettrocardiogramma	89.52
38	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50
39	Elettrocardiogramma da sforzo	89.41 - 89.43
40	Audiometria	95.41.1
41	Spirometria	89.37.1 - 89.37.2
42	Fondo Oculare	95.09.1
43	Elettromiografia	93.08.1

Allegato B: Rilevazione sospensioni delle attività di erogazione

Regione	
Semestre	
Da:	
A:	

Prog.	Codice Struttura di erogazione (STS)	Durata della sospensione	Causa della sospensione	Codice raggruppamento prestazioni oggetto di sospensione
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Elenco 1

Durata della sospensione
>2 giorni e <7giorni solari
>7 giorni solari

Elenco 2

Causali sospensioni
Inaccessibilità struttura
Guasto Macchina
Indisponibilità del personale
Mancanza materiale/dispositivi
Altro

Descrizione campi			
Denominazione campo	Descrizione	Modalità di compilazione	Formato campo
Progressivo	Numero progressivo che identifica il singolo evento di sospensione delle attività di erogazione	Inserire numero progressivo	numerico
Codice Struttura di erogazione (STS)	Indica la struttura di erogazione presso la quale si verifica l'evento di sospensione delle attività di erogazione	Inserire codice da anagrafica STS	numerico a 12 cifre
Durata della sospensione	Indica la durata dell'evento di sospensione delle attività di erogazione	Selezionare direttamente dal menù a tendina disponibile (elenco 1)	predefinito
Causa della sospensione	Indica il motivo tecnico che ha comportato l'evento di sospensione delle attività di erogazione	Selezionare direttamente dal menù a tendina disponibile (elenco 2)	predefinito
Codice raggruppamento prestazioni oggetto di sospensione	Indica il codice identificativo del raggruppamento di prestazioni	Inserire codifica raggruppamento (AllegatoA)	predefinito

Elenco 1

Durata della sospensione
>2 giorni e <7giorni solari
>7 giorni solari

Elenco 2

Causali sospensioni
Inaccessibilità struttura
Guasto Macchina
Indisponibilità del personale
Mancanza materiale/dispositivi
Altro