



***Piano regionale per il governo
delle liste d'attesa
Regione Molise***

2019 - 2021

Indice

Premessa

- A.** Prioritarizzazione e separazione tra primo accesso e controllo.
 - A.1. Applicazione regolare dei sistemi di prioritarizzazione.
 - A.2. Netta separazione dei canali per le diverse tipologie di accesso.

- B.** Tempi massimi di attesa, monitoraggio ed elenco delle prestazioni.
 - B.1 Prestazioni ambulatoriali.
 - B.2 Prestazioni in regime di ricovero.
 - B.3 Prestazioni inserite in Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali.
 - B.4 Monitoraggio e trasmissione dei dati.

- C.** Le agende di prenotazione, le sospensioni e l'efficiamento delle risorse.
 - C.1 Gestione trasparente e totale visibilità da parte dei Sistemi Informativi aziendali e regionali delle Agende di prenotazione.
 - C.2. Sospensione delle erogazioni.
 - C.3. Definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche e gestione efficiente delle risorse disponibili.

- D.** Ulteriori misure per garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa
 - D.1. Ambito territoriale di riferimento.
 - D.2 Recall e disdetta.
 - D.3 Applicazione percorsi di tutela.
 - D.4 Farmacie di Comunità.
 - D.5 Informazione e partecipazione dei cittadini.
 - D.6 Modello RAO.
 - D.7 Direttore Generale ASReM.
 - D.8 Erogatori accreditati.

- E.** Prestazioni in regime di intramoenia (ALPI)

- F.** Programma attuativo aziendale ASReM

- G.** Rinvio

Premessa

Il presente documento pone regole e direttive per il governo delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero, con l'obiettivo di tutelare il diritto ad un pronto accesso alle prestazioni sanitarie nel rispetto dei criteri di equità, correttezza, appropriatezza ed efficienza, in esecuzione dei principi contenuti nel nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 oggetto dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 21 febbraio 2019.

L'ASReM è tenuta ad attuare, promuovere e diffondere quanto previsto dal presente Piano, 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 sistema del Centro Unico di Prenotazione regionale (di seguito CUP) 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 CUP regionale 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. Prioritarizzazione e separazione tra primo accesso e controllo

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 2019-2021 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 di indirizzare le richieste alle corrispondenti "agende configurate per classi di priorità".

Si prevede l'obbligo di indicare chiaramente su tutte le prescrizioni il Quesito diagnostico, se trattasi di prestazioni in primo accesso o se trattasi di accesso successivo e, per le prestazioni in primo accesso, la Classe di priorità.

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

L'indicazione del **quesito diagnostico** descrive il problema di salute che motiva la richiesta da parte del medico di effettuare prestazioni e deve essere riferita all'insieme di prestazioni che confluiscono in una stessa ricetta.

Nelle prescrizioni, pertanto, deve essere chiaro se trattasi di prestazione in primo accesso (primo contatto del cittadino con il SSN per un dato problema clinico ossia prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e nel caso di paziente cronico, si considera primo accesso la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) o prestazione successiva al primo accesso (visita o prestazione di approfondimento, per pazienti presi in carico dal primo specialista, controlli, follow up) - (cfr. Allegato D al PNGLA 2019-2021, "Glossario in materia di liste di attesa").

Le agende relative alle prestazioni di primo accesso devono 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 diretta delle prestazioni "di controllo" da parte del medico e/o della struttura che ha preso in carico il paziente, senza che il paziente sia rimandato al MMG o PLS per la prescrizione e successiva prenotazione.

Il sistema di prenotazione CUP prevede che sia evidente la separazione tra primi accessi e accessi successivi, sia nella fase di prenotazione sia in quella dell'erogazione della prestazione.

Il presente Piano 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.

La domanda di prestazioni di primo accesso deve essere distinta dalla domanda di prestazioni di controllo.

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 diagnostico-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 Piano 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 le attività legate alla **presa in carico** ed ai **controlli e follow up**, s'istituiscono apposite **Agende** dedicate alle prestazioni intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che già ha preso in carico il paziente, Agende anch'esse integrate nel sistema CUP.

In definitiva, tutte le Agende di prenotazione devono essere gestite dal sistema CUP regionale e devono essere suddivise per Classi di priorità.

Per l'accesso alle prestazioni strumentali, nei casi di Primo Accesso dovrà essere indicata una delle classi di priorità riportate al paragrafo successivo (B - "*Tempi massimi di attesa, monitoraggio ed elenco delle prestazioni*"), mediante biffatura delle corrispondenti caselle presenti sulla ricetta.

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 al successivo paragrafo B del presente Piano, a seconda della tempistica con cui si 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" (Programmata - cfr. successivo paragrafo B.1 "Prestazioni ambulatoriali").

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.

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 per la Salute della regione Molise n. 160 del 28/08/2018 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.

B. Tempi massimi di attesa, monitoraggio ed elenco delle prestazioni

In questo paragrafo vengono riportate le prescrizioni relative ai tempi massimi di attesa, distinti per prestazioni di specialistica ambulatoriale e prestazioni in regime di ricovero, e l'elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio, contenuti nel PNGLA 2019-2021. Le prestazioni oggetto dei monitoraggi previsti dal PNGLA 2019-2021 sono quelle inserite nei successivi punti B.1, B.2 e B.3.

B.1 Prestazioni ambulatoriali

Per tutte le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio (visite specialistiche e prestazioni strumentali), riportate nelle sottostanti tabelle, il tempo massimo di attesa dovrà essere garantito (ai fini del monitoraggio) almeno per il 90% delle prenotazioni con Classi di priorità B e D (B= "breve" da eseguire entro 10 giorni, D= "differibile" da eseguire entro 30/60 giorni, cfr. appresso), riferite a tutte le strutture sanitarie (secondo le Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B al PNGLA 2019-2021 "*Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa*").

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.

Nelle procedure di prescrizione e prenotazione delle prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal SSN è obbligatorio l'uso sistematico:

- dell'indicazione di prima visita/prestazione diagnostica o degli accessi successivi;
- del Quesito diagnostico;
- delle Classi di priorità così divise:
 - **U (Urgente)** da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
 - **B (Breve)** da eseguire entro 10 giorni;
 - **D (Differibile)** da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
 - **P (Programmata)** da eseguire entro 120 giorni*.

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

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).

Elenco prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio:

VISITE SPECIALISTICHE

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore Nazionale	Codice branca	Codice nuovi LEA
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

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore nazionale	Codice nuovi LEA
<i>Diagnostica per Immagini</i>			
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 MDC	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 sovraraortici	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
<i>Altri esami Specialistici</i>			
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

B.2 Prestazioni in regime di ricovero

Per tutti i ricoveri programmati è previsto l'uso sistematico delle Classi di priorità, definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito dell'Accordo dell'11 luglio 2002 e del PNCTA 2006-2008 e del PNGLA 2010-2012 di cui alla tabella sotto riportata:

<i>Classe di priorità per il ricovero</i>	<i>Indicazioni</i>
A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.

B	Ricovero entro 60 giorni per i 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.
C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Al fine di garantire la trasparenza, al momento dell'inserimento in lista di attesa, tramite procedura informatizzata, devono essere comunicate 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 modificano 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.

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	

B.3 Prestazioni inserite in Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali

Le malattie del sistema cardiocircolatorio e i tumori si confermano essere principali cause di morte nel nostro Paese. Pertanto, in tali ambiti, va prevista una tempistica nell'erogazione delle prestazioni che garantisca l'afferenza ad appropriati Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) in tempi adeguati, nonché modalità di comunicazione e informazione per l'utente e i familiari rispetto ai PDTA previsti e alla relativa tempistica di erogazione.

Il PDTA è una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica o anche l'assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni della vita, come ad esempio la gravidanza e il parto.

È evidente che la stessa sequenza può essere assicurata da modelli organizzativi diversi in funzione della realtà demografica, sociale e assistenziale in cui devono essere applicati gli interventi. Ne deriva, dunque, che nella valutazione dei PDTA gli indicatori scelti prescindono dal modello organizzativo, misurando gli effetti attesi in termini di tipologia di prestazioni, tempistiche ed esiti clinici. Confrontare i valori degli indicatori ottenuti attraverso modelli organizzativi diversi rappresenta un'importante fonte di informazione per individuare le scelte organizzative migliori.

Per la valutazione dei PDTA la Regione Molise ha approvato ed aggiudicato il progetto esecutivo sub-intervento "sistema Informativo a supporto del funzionamento delle Case della Salute" del "Piano attuativo Agenda Digitale Salute" (DGR 288/2016) che consente il "monitoraggio di tutti i processi trasversali tra Ospedale-Territorio anche dal punto di vista dei flussi informativi". La piattaforma informatizzata, una volta completata l'installazione e la messa a regime, consentirà la continuità informativa tra le varie fasi della malattia (acuta, post-acuta e riabilitativa) ed il monitoraggio dei PDTA approvati dalla Regione Molise, in conformità a quanto indicato nel PNGLA 2019-2021.

B.4 Monitoraggio e trasmissione dei dati

Il patrimonio informativo sanitario regionale attualmente disponibile è costituito da un insieme di flussi informativi regionali relativi sia ad aspetti gestionali, organizzativi ed economici delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale, sia alle prestazioni erogate agli assistiti da parte delle Strutture del SSR, anche di quelle direttamente od indirettamente collegate alle liste d'attesa. Tali flussi informativi costituiscono la base dati che fornisce gli strumenti per la conoscenza dell'assistenza sanitaria erogata e del consumo delle risorse utilizzate, assicurando, allo stesso tempo, indispensabili elementi per individuare eventuali criticità, al fine di intervenire tempestivamente con idonee misure correttive in relazione agli obiettivi di salute individuati in sede di Programmazione nazionale e regionale dei servizi sanitari.

L'ASReM è la generatrice della quasi totalità dei flussi, in ambito regionale. A questi dovranno essere aggregati anche i flussi degli erogatori accreditati.

La Direzione Generale per la Salute, quale centro di controllo e di programmazione, svolge funzioni di coordinamento e di verifica dei dati rilevati.

La complessiva gestione del sistema viene, altresì, assicurata con l'ausilio della Molise Dati S.p.A., società informatica in house della Regione Molise, che supporta "istituzionalmente" la Regione Molise.

L'ASReM e la Regione Molise, anche per il tramite della Molise Dati S.p.A., effettuano la trasmissione sistematica dei flussi informativi di monitoraggio delle liste d'attesa rilevati dal sistema di prenotazione, relativi a tutte le Agende visibili al CUP, secondo le indicazioni di cui al PNGLA 2019-2021 ed allegati, ed in conformità alla regolamentazione regionale della materia (DCA n. 14 del 21/02/2018 e succ. modif.).

C. Le agende di prenotazione, le sospensioni e l'efficientamento delle risorse

C.1 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 (includendo tutta l'attività erogata sia in regime istituzionale che in regime di ALPI).

Come anticipato al paragrafo A del presente Piano, 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, nonché le Agende relative all'attività ALPI.

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 devono 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.

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.

È espressamente 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 d'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.

Inoltre, il sistema CUP deve poter intercettare eventuali prenotazioni contemporanee per una stessa prestazione da parte del medesimo utente, prevedendo appositi sistemi

di sbarramento che minimizzino il rischio di prenotazioni multiple, anche di natura opportunistica.

L'ASReM dovrà poi prevedere una manutenzione evolutiva del sistema CUP online aggiornato in tempo reale che permetta la consultazione dei tempi di attesa relativi a visite o esami del SSR o della libera professione intramuraria, secondo le disponibilità effettive. Tale servizio deve consentire all'utente di:

- a. consultare in tempo reale l'attesa relativa a prestazioni sanitarie erogate in ciascuna Classe di priorità;
- b. annullare le prenotazioni effettuate agli sportelli, al telefono oppure attraverso i CUP online;
- c. pagare il ticket e/o il costo della prestazione con bancomat e carta di credito;
- d. visualizzare gli appuntamenti già prenotati;
- e. ristampare il promemoria dell'appuntamento e dell'eventuale costo della prestazione prenotata.

C.2. Sospensione delle erogazioni

Il Direttore sanitario dell'ASReM 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.

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 (all'indirizzo mail: dgsalute@regione.molise.it) delle sospensioni dell'erogazione verificatesi nel semestre. Nella comunicazione dovranno essere specificate:

- la tipologia di prestazione;
- la struttura presso cui si è verificata;
- la durata della sospensione;
- la causa della stessa;
- le disposizioni date per la garanzia delle prenotazioni in essere.

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 provvede anche a vigilare sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione.

C.3. 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, ed 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 d'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.

Allo scopo poi di garantire un appropriato governo dell'offerta, annualmente viene redatto il Piano delle prestazioni erogabili, contenente la definizione dell'elenco e dei volumi di prestazioni ambulatoriali, specifici per branca e diagnostica strumentale, programmati in risposta ai fabbisogni previsti, sia nel pubblico che nel privato accreditato, al fine di quantificare le prestazioni necessarie in termini di prime visite/primi esami e controlli. Tale piano dovrà essere reso pubblico attraverso il portale web aziendale nella specifica sezione delle liste d'attesa.

D. Ulteriori misure per garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa

D.1. 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.

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 pubbliche e private accreditate presenti sul territorio regionale e non limitata all'area distrettuale in cui viene effettuata la prenotazione.

In considerazione della circostanza per cui al momento sono in itinere le procedure per l'attivazione del nuovo CUP unico regionale per la realizzazione di un sistema regionale omogeneo di gestione delle agende e delle prenotazioni sanitarie che coinvolga anche le Strutture private accreditate, si rende necessario 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, 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.

Successivamente alla data di cui al capoverso precedente, l'ASREM, con modifica del programma attuativo aziendale di cui al punto F del presente PRGLA, prevede che all'atto della prenotazione il sistema CUP indichi all'utente in prima battuta la prima data utile nell'ambito del Distretto e, nel caso l'utente lo richieda, successivamente quella sull'intero territorio regionale, ossia quella garantita da una delle strutture erogatrici operanti, 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" 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 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.

Le modalità e i costi del servizio saranno disciplinati dall'ASReM attraverso l'aggiornamento, la modifica o l'integrazione del regolamento relativo all'attività ALPI. Al fine di alimentare in maniera corretta i flussi delle prestazioni specialistiche, è prevista l'effettuazione obbligatoria del check out delle prestazioni erogate.

D.2 Recall e disdetta

L'ASReM adotta un provvedimento 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.

Il servizio *recall*, effettuato da operatori del call center integrati funzionalmente con il CUP, 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, che deve essere resa possibile anche attraverso strumenti telematici e telefonici, il Servizio provvede a contattare altri utenti in modo da anticipare la loro prestazione, e 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.

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

L'ASReM prevede inoltre l'adozione di strumenti per il recupero della quota di compartecipazione alla spesa in caso di prestazioni non disdette ed in caso di mancato ritiro dei referti.

D.3 Applicazione percorsi di tutela

In conformità con quanto previsto dal PNGLA 2019-2021, in caso di superamento dei tempi massimi di attesa per l'erogazione delle prestazioni, dovranno essere attivati "percorsi di tutela" tali da permettere al paziente residente, per le richieste di prime prestazioni in Classe di priorità, la possibilità di effettuare la prestazione presso un erogatore privato accreditato, nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente.

Per garantire il rispetto dei tempi, l'ASReM definirà nel dettaglio i percorsi di tutela all'interno del proprio Piano Aziendale secondo le indicazioni previste da questo Piano e secondo quanto esplicitato nel PNGLA 2019-2021.

D.4 Farmacie di Comunità

La Regione, in collaborazione con l'ASReM, individua modalità per favorire l'accesso dei cittadini al sistema di prenotazione anche attraverso le Farmacie di Comunità, garantendo agli stessi equo accesso in un territorio orograficamente complesso come quello molisano.

D.5 Informazione e partecipazione dei cittadini

L'ASReM cura l'informazione e la comunicazione sulle liste d'attesa, 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 sito Web aziendale, campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi.

Promuove, altresì, il coinvolgimento e la partecipazione di organizzazioni di tutela del diritto alla salute attraverso il periodico ricevimento da parte dell'Azienda delle associazioni e dei comitati dei diritti. Per quanto riguarda il monitoraggio del Programma attuativo aziendale, l'Azienda dovrà prevedere uno spazio di consultazione e condivisione con le organizzazioni regionali di tutela del diritto alla salute.

L'ASReM, inoltre, dovrà predisporre un Piano di comunicazione utile al contrasto dell'inappropriatezza dell'utilizzo delle prestazioni sanitarie, al fine di sviluppare cioè un'azione coordinata di governo, che protenda ad un chiaro outcome di salute già enunciato nelle precedenti sezioni di questo Piano, che sia rispettoso della partecipazione degli operatori, degli stakeholder e dei cittadini.

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 l'accountability del sistema regionale, attraverso una rendicontazione periodica degli obiettivi, delle azioni e dei risultati raggiunti, anche nel rispetto dei principi di trasparenza.

Il Piano di comunicazione va inteso quale strumento per programmare le azioni di comunicazione in un periodo di tempo definito. Serve per ordinare, sviluppare e impiegare le risorse (umane, strumentali, economiche) necessarie per raggiungere gli obiettivi definiti. È importante che vengano coinvolti nella fase di pianificazione della campagna di comunicazione non solo i dirigenti e gli operatori, ma anche gli organi politici in grado di legittimare il piano e stimolare la necessaria collaborazione affinché possa svilupparsi al meglio.

D.6 Modello RAO



L'ASReM promuove l'implementazione di strumenti di gestione della domanda, già sperimentati presso le Aziende Sanitarie di diverse Regioni italiane, modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei - RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali. La scelta dei contenuti clinici delle Classi di priorità farà riferimento al Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO" condiviso dalle Regioni e Province Autonome (cfr. Allegato C al PNGLA 2019-2021) e successivi aggiornamenti.

D.7 Direttore Generale ASReM

In conformità con quanto statuito nel PNGLA 2019-2021, il rispetto degli impegni assunti dal Direttore Generale ASReM per il superamento delle criticità legate ai lunghi tempi di attesa costituisce prioritario elemento della sua valutazione, secondo quanto previsto dalle disposizioni vigenti in materia e fermo restando quanto disposto dall'articolo 3 bis, comma 7 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.

D.8 Erogatori accreditati

In conformità con quanto statuito nel PNGLA 2019-2021, gli erogatori accreditati si impegnano "a collaborare con la pubblica amministrazione anche, a titolo indicativo ma non esaustivo, nel sistema di gestione dei tempi e delle liste di attesa, facendo confluire, su richiesta della Regione, le proprie Agende di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali nel sistema unico di prenotazione a livello regionale/aziendale nonché, più in generale, nelle attività ispettive e di controllo da parte della pubblica amministrazione, pena la risoluzione del contratto" (ANAC delibera 831 del 3 agosto 2016 determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione).

E. Prestazioni in regime di intramoenia (ALPI)

Le Agende di prenotazione per le prestazioni rese in regime di intramoenia devono essere visibili nel sistema CUP.

In conformità a quanto previsto dal PNGLA 2019-2021, l'ASReM può, al fine di ridurre le liste di attesa dei servizi interessati, concordare 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, di incrementare le attività e le 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 si attua 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

Generale per la Salute oltre che un rappresentante delle organizzazioni regionali di tutela del diritto alla salute.

F. Programma attuativo aziendale ASReM

In conformità a quanto previsto dal PNGLA 2019-2021, entro 60 giorni dall'adozione del presente Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA), l'ASReM adotta un nuovo Programma Attuativo Aziendale o aggiorna quello in uso, in coerenza con quanto definito dal presente Piano e provvede all'invio dello stesso alla Regione.

Il Programma Attuativo Aziendale è reso disponibile sul portale dell'Azienda Sanitaria e costantemente aggiornato.

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.

G. Rinvio

Per tutto quanto non espressamente previsto dal presente Piano si fa rinvio alle previsioni di cui al PNGLA 2019-2021 ed ai suoi allegati.