



MOZIONE

OGGETTO: Azioni urgenti per il monitoraggio e miglioramento delle performance sul Piano Regionale del Governo delle Liste di attesa.

IL CONSIGLIO REGIONALE

PREMESSO CHE:

- il SSN e di riflesso le Regioni hanno il dovere di garantire in tempi congrui le prestazioni di specialistica ambulatoriale e quelle che necessitano di ricovero. Le liste di attesa con tempi troppo lunghi, rispetto ai primi accessi e in relazione alle patologie, compromettono in maniera irreversibile la salute dei pazienti oltre a restituire degli indicatori pessimi in ambito dei LEA per la Regione;
- al fine di contrastare la pessima pratica delle interminabili liste di attesa, che finiscono per contrarre quel sacrosanto diritto alla salute sancito nell'art. 32 della nostra Costituzione, il Governo ha varato nel tempo una serie di provvedimenti tesi ad abbattere i tempi per l'erogazione delle prestazioni sanitarie;
- con l'Intesa Stato-Regioni del 21 febbraio 2019 il Ministero della Salute ha varato il nuovo Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019-2021 che sostituisce il Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2010-2012, per prestazioni e ricoveri a garanzia dei cittadini e che stabilisce il tempo massimo entro il quale dovranno essere garantite prestazioni e ricoveri, in modo da giungere in tempi brevi all'abbattimento delle liste di attesa;
- con l'approvazione del nuovo Piano per la gestione delle liste d'attesa è stato avviato un fondamentale percorso di avvicinamento della sanità pubblica ai cittadini che si aspettava da lungo tempo;
- la Regione Molise ha recepito l'intesa adottando il Piano Regionale del Governo delle Liste di attesa ed un successivo Piano attuativo Aziendale di governo delle liste di attesa;
- in attinenza con quanto previsto dal PRGLA, L'ASReM è tenuta ad attuare, promuovere e diffondere quanto previsto dallo stesso, monitorando l'applicazione nella pratica clinica;

RILEVATO CHE:

- "La realizzazione di un Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) costituisce un impegno comune del Governo e delle Regioni e Province Autonome, che convengono su azioni complesse e articolate, fondate sulla promozione del principio di appropriatezza nella sua dimensione clinica, organizzativa e prescrittiva, a garanzia

dell'equità d'accesso alle prestazioni. Il presente Piano mira ad individuare strumenti e modi di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti delle strutture, dei Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie, attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)";

- nella ridefinizione di tali modalità, devono essere assicurati criteri per garantire la coerenza tra quanto riportato nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) e:
 - quanto definito in materia di ricetta medica dematerializzata di cui al D.M. 2 novembre 2011;
 - gli orientamenti delineati in materia di Piano Nazionale Anticorruzione vigente;
 - gli obiettivi dei contratti e degli Accordi collettivi nazionali, sia per quanto attiene le modalità prescrittive sia per l'Attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI);
 - gli indirizzi definiti in materia di accreditamento istituzionale, compresi quelli di cui al Manuale TRAC dell'Intesa del 20 dicembre 2012, e quelli per la stipula dei contratti con gli erogatori, in particolare per quanto riguarda la gestione trasparente e programmata del volume e della tipologia delle prestazioni oggetto degli accordi, anche rispetto alle Linee Guida Nazionali - sistema CUP e successive integrazioni.
- il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019/2021 prevede il rispetto, da parte delle Regioni e delle Province Autonome, dei tempi massimi di attesa, che non devono essere superiori a quelli indicati dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA), individuati nei loro Piani Regionali di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) per tutte le prestazioni erogate sul proprio territorio;
- per quanto sancito nel PNGLA le Strutture sanitarie sia pubbliche che private accreditate dalla Regione Molise devono conformarsi ai principi di cui al PRGLA e mettere 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 come nel resto d'Italia 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;
- ogni Azienda sanitaria su indicazione della Regione/Provincia autonoma, redige il Programma Attuativo Aziendale recependo il Piano Regionale e contemplando, 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. Detto programma dovrebbe provvedere a:
 - individuare, per le prestazioni di primo accesso, gli ambiti territoriali di garanzia nel rispetto del principio di prossimità e raggiungibilità, al fine di consentire di

quantificare l'offerta necessaria a garantire i tempi massimi di attesa. Qualora la prestazione non venga erogata nell'ambito territoriale di garanzia, viene messo in atto il meccanismo di garanzia di accesso per il cittadino;

- garantire la completa disponibilità di tutta l'offerta di specialistica pubblica e privata attraverso i sistemi CUP;
- garantire la correttezza e l'appropriatezza delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale (uso delle Classi di priorità, obbligatorietà del Quesito diagnostico, tipologia di accesso);
- monitorare e fornire informazioni adeguate e periodiche sull'andamento dei tempi di attesa nel proprio territorio;
- definire modalità organizzative appropriate per i rapporti con i cittadini in tema di liste di attesa assicurando una chiara comunicazione sulle problematiche esposte;
- garantire la diffusione e l'accesso a tali informazioni utilizzando gli strumenti di comunicazione disponibili (tra i quali i siti Web aziendali), nonché prevederne la disponibilità anche presso le strutture di abituale accesso dei cittadini (farmacie di comunità, ambulatori dei MMG e dei PLS);
- indicare quali percorsi alternativi o azioni straordinarie da adottare per garantire i tempi massimi in condizioni di criticità;

EVIDENZIATO CHE:

- l'emergenza Covid-19 ha reso di fatto indisponibili milioni di prestazioni, a danno delle fasce più fragili e deboli della popolazione. Il Centro di ricerca e di economia e management in Sanità dell'Università Carlo Cattaneo stima che per problemi legati al Covid non sono stati erogati oltre 12.5 milioni di esami diagnostici, 13.9 milioni di visite specialistiche, aggravando la già desolante situazione dei tempi d'attesa. La enorme mole di arretrati da smaltire unita alla lunghezza delle liste d'attesa già in essere, sta producendo i suoi effetti raddoppiando quasi i tempi di attesa (si stimano 9 mesi per una risonanza, 14 mesi per una mammografia, esami in cui il fattore tempo è decisivo per una diagnosi precoce ed un intervento altrettanto rapido) ;
- le prestazioni sanitarie richieste presso le strutture della Regione vengono effettuate a distanza di diversi mesi causando notevoli disagi ai cittadini molisani, costretti il più delle volte a dover effettuare i controlli necessari presso strutture private con un aggravio di spesa per l'assistito;
- l'accesso ai servizi con queste liste di attesa è praticamente impedito ad una parte della popolazione cancellando un diritto, garantito sulla carta, a tutti i cittadini: la salute;

CONSIDERATO CHE:

- la legge va incontro ai cittadini prevedendo tempi massimi per le prestazioni che l'azienda sanitaria è tenuta a rispettare fissando:
 - a) classi di priorità per l'accesso alle prenotazioni previste nel Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019-2021 che sono:
 - Classe U (Urgente), prestazioni da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
 - Classe B (Breve), prestazioni da eseguire entro 10 giorni;

- Classe D (Differibile), prestazioni da eseguire entro 30 giorni per le visite / entro 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
 - Classe P (Programmata), prestazioni da eseguire entro 120 giorni. Fino al 31/12/2019 la Classe P è considerata da eseguirsi entro 180 giorni.
- b) Le Classi di priorità per l'accesso ai ricoveri previste nel Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019-2021 sono:
- Classe 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;
 - Classe 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 da diventare emergenti, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;
 - Classe 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;
 - Classe 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.
- secondo quanto previsto dal PRGLA 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 Piano, l'assistito può chiedere che la prestazione venga effettuata in regime libero professionale intramoenia, mediante richiesta indirizzata al direttore generale dell'azienda sanitaria (e previa autorizzazione dello stesso), con specifiche dell'accertamento richiesto, i motivi di urgenza, istanza ad usufruire dell'intramoenia nel caso di mancato rispetto dei tempi, il che potrebbe far attivare, successivamente da parte dell'assistito, una richiesta di rimborso all'Azienda sanitaria, per i maggiori costi sostenuti (al netto del ticket dovuto).

TENUTO CONTO CHE

- l'indicazione della classe di priorità è obbligatoria per i MMG e PLS soprattutto in relazioni alle prestazioni di primo accesso, e nei piani regionali non possono essere previste deroghe a tali prescrizioni normative.
- secondo quanto indicato nel PNGLA le Regioni dovevano riportare chiaramente e garantire nell'ambito dei rispettivi PRGLA:
 - 1) i tempi massimi di attesa di tutte le prestazioni ambulatoriali e di quelle in regime di ricovero erogate sul proprio territorio. I tempi massimi stabiliti non possono essere superiori a quelli nazionali. In caso di mancata esplicitazione di detti tempi massimi da parte delle Regioni e Province Autonome, resta intesa l'applicazione dei parametri temporali determinati nel presente Piano.
 - 2) la possibilità per le ASL e le Aziende Ospedaliere (AO) di assicurare ordinariamente le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, per l'utenza esterna attraverso l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana sia nell'ambito dell'attività istituzionale che attraverso le prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 55, comma 2, lett. D, del CCNL 08/06/2000 dell'area della dirigenza

- medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria;
- 3) l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva. Ove necessario, ciascuna Azienda dovrà provvedere alla definizione di eventuali fabbisogni di personale e di tecnologie; dovrà essere elaborato un piano dettagliato che evidenzi le motivazioni organizzative alla base dell'esigenza di incremento del personale nonché un quadro dettagliato dell'effettivo tempo di disponibilità delle apparecchiature vetuste (tenendo conto dei tempi di fermo macchina per guasto/manutenzione) nonché dell'esigenza di sostituzione di quelle obsolete;
 - 4) l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera soggette ai monitoraggi previsti dal PNGLA (Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa - Allegato B);
 - 5) i criteri di utilizzo delle prestazioni ambulatoriali richieste in Classe P. La Classe P si riferisce alle prestazioni di primo accesso (prestazioni per accertamenti/verifiche cliniche programmabili che non influenzano lo stato clinico/prognosi del paziente) da garantire al massimo entro 120 giorni;
 - 6) le attività sistematiche e continuative di valutazione sulla appropriatezza e sulla congruità prescrittiva per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero al fine di omogeneizzare i comportamenti prescrittivi soprattutto in riferimento a:
 - a) utilizzo sistematico delle Classi di priorità;
 - b) presenza del Quesito diagnostico;
 - c) corretta identificazione dei primi accessi e degli accessi successivi.
 - 7) la gestione razionale e trasparente degli accessi ambulatoriali, attraverso l'uso diffuso del sistema CUP, in coerenza con le Linee Guida Nazionali CUP di cui all'Accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010 e successivi aggiornamenti. Il CUP deve gestire in maniera centralizzata tutte le Agende delle strutture pubbliche e private accreditate. Inoltre, i sistemi CUP devono prevedere funzionalità atte ad 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;
 - 8) l'attivazione di servizi telematici dedicati alla disdetta delle prestazioni prenotate; l'adozione di strumenti trasparenti e condivisi per il recupero della quota di compartecipazione alla spesa in caso di prestazioni non disdette ed in caso di mancato ritiro dei referti;
 - 9) la totale visibilità da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali delle Agende di prenotazione, sia per il primo accesso che per gli accessi successivi includendo sia l'attività erogata a carico del SSR sia in regime ALPI. Nello specifico l'erogatore accreditato si impegnerà "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);
- 10) 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 - Allegato C, e successivi aggiornamenti.
 - 11) il governo dell'offerta attraverso la definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche e la separazione dei canali per le diverse tipologie di accesso delle stesse, cioè "primo accesso" e "accesso successivo" (follow up, controllo). Il piano delle prestazioni erogabili deve contenere 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;
 - 12) il governo del fenomeno della "prestazione non eseguita" per mancata presentazione dell'utente, potenziando i servizi telefonici di richiamata - recall e quelli telematici di modifica o disdetta di una prenotazione (sms, posta elettronica); al riguardo, si richiamano i disposti dell'art. 3, comma 15, del d. Lgs. 124/1998 in base al quale: "L'utente che non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione", e comunque si ritiene possibile l'adozione di eventuali sanzioni amministrative secondo le relative disposizioni regionali/provinciali;
 - 13) la realizzazione della "presa in carico" del paziente cronico secondo precisi protocolli che si completa con la responsabilità della struttura che ha "in carico il paziente" di provvedere alla prenotazione delle prestazioni di controllo;
 - 14) la definizione e l'applicazione di "percorsi di tutela" ovvero percorsi di accesso alternativi alle prestazioni specialistiche i quali prevedano anche, qualora venga superato il tempo massimo di attesa a livello istituzionale, che possa essere attivata una specifica procedura che permetta al paziente residente e 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;
 - 15) l'eventuale acquisto e l'erogazione delle prestazioni aggiuntive in regime libero professionale, concordate con i professionisti e sostenute economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino solo l'eventuale partecipazione al costo. Le Aziende sanitarie potranno, al fine di ridurre le liste di attesa dei servizi interessati, concordare con le équipe, 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 idonee al perseguimento di tale fine. 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 saranno 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;
- 16) in caso di superamento del rapporto tra l'attività in libera professione e quella istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento dei tempi di attesa massimi già individuati dalla Regione, si attua il blocco dell'attività libero professionale, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate;
 - 17) l'attivazione dell'Organismo paritetico regionale, all'interno delle attività di verifica dello svolgimento dell'attività libero professionale, di cui all'Accordo Stato-Regioni 18 novembre 2010, art. 3, comma 3, e la sua composizione; tale adempimento è sottoposto a verifica nell'ambito dei lavori del Comitato LEA;
 - 18) la trasmissione sistematica dei flussi informativi di Monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa (Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa - Allegato B);
 - 19) l'informazione e la comunicazione sulle liste di 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 sui siti Web regionali e aziendali, campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi e la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato, per favorire un'adeguata conoscenza;
 - 20) lo sviluppo di un sistema di 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 il 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.
 - 21) favorire l'accesso alla prenotazione anche attraverso le farmacie di comunità;
 - 22) la vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale;
 - 23) la vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione e le relative sanzioni amministrative come da articolo 1, comma 282 e 284, della legge n. 266/2005;
 - 24) il rispetto degli impegni assunti dai Direttori Generali per il superamento delle criticità legate ai lunghi tempi di attesa, che costituiscono prioritario elemento della loro 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.i.;
 - 25) il monitoraggio dei Programmi attuativi aziendali che prevede il coinvolgimento e la partecipazione di organizzazioni di tutela del diritto alla salute e pertanto, il periodico ricevimento da parte dell'Azienda delle associazioni e dei comitati dei diritti;

26) la trasmissione del Piano Regionale, entro 30 giorni dalla sua adozione alla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, nonché la messa a disposizione sul portale della Regione e delle Province Autonome;

- Sempre secondo quanto sancito nel PNGLA entro 60 giorni dall'adozione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA), le Aziende sanitarie adottano un nuovo Programma Attuativo Aziendale o aggiornano quello in uso, in coerenza con quanto definito in ambito regionale e provvedono all'invio dello stesso alla Regione che provvederà al monitoraggio delle iniziative e degli interventi attuati. "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." Il Programma Attuativo Aziendale, inoltre, deve provvedere a:
 - per le prestazioni di primo accesso individuare gli ambiti territoriali di garanzia nel rispetto del principio di prossimità e raggiungibilità, al fine di consentire alle Aziende di quantificare l'offerta necessaria a garantire i tempi massimi di attesa. Qualora la prestazione non venga erogata (es. non presente per l'alta specializzazione o per la riorganizzazione delle reti cliniche) nell'ambito territoriale di garanzia, viene messo in atto il meccanismo di garanzia di accesso per il cittadino;
 - individuare le modalità organizzative attraverso cui le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate garantiscono i tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui al punto 3.1 ad almeno il 90% dei pazienti;
 - attuare un monitoraggio costante e puntuale dei flussi di specialistica ambulatoriale e dei ricoveri ed il controllo dei dati trasmessi;
 - garantire la completa disponibilità di tutta l'offerta di specialistica pubblica e privata attraverso i sistemi CUP;
 - garantire la correttezza e l'appropriatezza delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale (uso delle Classi di priorità, obbligatorietà del Quesito diagnostico, tipologia di accesso);
 - monitorare e fornire informazioni adeguate e periodiche sull'andamento dei tempi di attesa nel proprio territorio;
 - definire modalità organizzative appropriate per i rapporti con i cittadini in tema di liste di attesa assicurando una chiara comunicazione sulle problematiche esposte;
 - garantire la diffusione e l'accesso a tali informazioni utilizzando gli strumenti di comunicazione disponibili (tra i quali i siti Web aziendali), nonché prevederne la disponibilità anche presso le strutture di abituale accesso dei cittadini (farmacie di comunità, ambulatori dei MMG e dei PLS);
 - fornire alle strutture sanitarie il protocollo relativo agli interventi da attuare per fronteggiare i disagi causati dalla sospensione dell'erogazione della prestazione e controllarne l'applicazione;
 - indicare quali percorsi alternativi o azioni straordinarie da adottare per garantire i tempi massimi in condizioni di criticità;
- Risulta pertanto indispensabile che L'ASReM fornisca corrette prassi da seguire curando

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;

RILEVATA la sostanziale inerzia su molteplici disposizioni governative in ambito di abbattimento delle liste di attesa, questo in contrapposizione rispetto ai tempi e le modalità dettate dal PNGLA 2019/2021. Nell'aprile 2023 il Molise è stato attenzionato dalla cronaca nazionale, aggiudicandosi la maglia nera nell'utilizzo dei fondi messi a disposizione dal governo nel 2022 per l'abbattimento delle liste di attesa. Su 2,5 milioni di euro stanziati in Molise la spesa era ferma all'1,7% del totale ovvero poco meno di 50.000 euro;

Tanto premesso, visto e considerato, il Consiglio regionale del Molise

IMPEGNA

il Presidente della Giunta regionale Francesco Roberti e l'Assessore con delega all'attuazione del piano di rientro a:

- relazionare all'aula, entro un mese dall'approvazione della presente mozione, su quali sono le azioni effettivamente adottate in termini operativi dall'ASREM e dalla Direzione Generale della Salute, nell'ambito di quelle previste dal PNGLA e a cascata sia nel PRGLA che nel Piano Attuativo, con particolare riferimento a quali sono i percorsi di garanzia di accesso ai cittadini per quelle prestazioni che non riesce a garantire il sistema sanitario regionale nei tempi indicati dal PNGLA, ovvero in che modo un cittadino può chiedere il rimborso delle prestazioni effettuate in regime di attività libero professionale intramoenia o prestazione erogata dai privati accreditati, nel caso di sfioramento dei tempi massimi indicati dal Piano;
- garantire la presenza nelle agende del CUP delle strutture private accreditate nei modi e con le prescrizioni di trasparenza indicate nel PNGLA;
- garantire che siano consultabili online le agende CUP così come previsto dal PNGLA;
- avviare, anche in collaborazione con il Consiglio regionale, un costante monitoraggio sulle attività effettivamente poste in essere al fine di abbattere le liste di attesa, così come previste dal PNGLA;
- garantire, il monitoraggio dei risultati dei manager dell'Azienda sanitaria pubblica della regione Molise, tenuti a dare esecutività a tutte le azioni sopra richiamate e disposte nel Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa;
- verificare il rispetto delle disposizioni relative alle modalità di prescrizione di visite specialistiche e priorità di ricovero da parte dei MMG e i PLS.