Allegato alla Delib.G.R. n. 30/17 del 21.8.2024

Indirizzi regionali sull'organizzazione dei percorsi di tutela

Primo e secondo accesso.

Il percorso di tutela è riservato alle richieste di c.d. "*primo accesso*".

Le prestazioni di primo accesso, così come definite anche nel PNGLA, sono "*Le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche, sono quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il SSR relativamente al problema di salute posto. Va considerata come prestazione di primo accesso anche quella richiesta dal medico prescrittore conseguente ad un precedente esame o visita e finalizzata alla conclusione del percorso diagnostico in un tempo definito, per le patologie per le quali non sono stati definiti specifici percorsi diagnostico-terapeutici."*

I percorsi e le prestazioni che intervengono dopo la prima visita sono da considerare all'interno della presa in carico della struttura ospedaliera e/o ambulatoriale e sono gestiti attraverso una metodologia proattiva di percorsi interni aziendali fino al proprio completamento, senza affidare al cittadino la ricerca della visita o la prestazione da prenotare.

Le prestazioni di secondo accesso per controlli successivi, definite per differenza, riguardano le prestazioni erogate nell'ambito di percorsi di cura e presa in carico per patologie croniche (agende di II livello) a pazienti per i quali già è stata formulata una diagnosi iniziale.

Si considerano prestazioni di secondo accesso anche quelle prescritte a pazienti cronici, fuoriusciti dai percorsi di presa in carico o in presenza di una riacutizzazione, oppure le prestazioni che lo specialista che eroga la prima visita ritiene opportuno effettuare nell'ambito di un Piano diagnostico terapeutico, a completamento del quadro diagnostico.

Le Aziende sanitarie promuovono l'implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, anche attraverso collegamenti funzionali interaziendali.

La prescrizione delle prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal SSN deve essere completa in tutti i campi e riportare:

- indicazione di prima visita/prestazione diagnostica o degli accessi successivi;
- quesito diagnostico;
- classe di priorità, coerente con quanto previsto dal manuale RAO;
- data, codice fiscale ed ASL dell'utente, codice prestazione nel caso di prescrizioni cartacee.

Modalità di accesso alla prestazione della medicina specialistica ambulatoriale.

Le modalità di accesso alle prestazioni di medicina specialistica ambulatoriale sono le seguenti: 1) Il call center regionale cerca la disponibilità per la prestazione richiesta, nei tempi previsti sul territorio di assistenza dell'utente, in linea con gli ambiti di garanzia e, successivamente, nell'ambito regionale.

Laddove non sia presente una disponibilità il call center, come da indicazioni, inserisce la richiesta della prestazione in un cosiddetto "*contenitore di garanzia*", suddividendo per ASL di assistenza dell'utente.

Le prestazioni del "*contenitore di garanzia*" sono presenti sulla piattaforma tecnologica e vengono estratte dalle ASL sistematicamente.

Le ASL verificano le richieste presenti in queste liste e, a seconda della classe di priorità prescritta, cercano di trovare una disponibilità per l'erogazione della prestazione.

Il call center svolge un ruolo proattivo nei giorni precedenti alla visita o alla prestazione, in primis per le prestazioni critiche con priorità D e P, verso l'utente con la finalità di ricordare la data di prenotazione e contestualmente consentire la conferma o la cancellazione.

La prenotazione proposta e rifiutata, nei tempi previsti dalla classe di priorità e negli ambiti di garanzia, non consente l'inserimento della richiesta della prestazione nel "contenitore di garanzia" e la presentazione della istanza.

2) il CUP/sportello aziendale è in grado di verificare la disponibilità per l'erogazione della prestazione sul proprio territorio aziendale.

Il percorso di tutela non può essere attivato con prenotazioni fatte dagli operatori di sportello, online sul portale regionale o nelle farmacie, ma soltanto se la richiesta di prenotazione viene fatta attraverso il call center regionale.

Accesso diretto

Nell'economia del presente documento risulta opportuno definire a livello regionale l'elenco delle visite specialistiche e prestazioni che non necessitano, per l'accesso, dell'apposita prescrizione medica dematerializzata o su ricettario regionale. Dette prestazioni e visite, afferenti alle branche specialistiche di seguito elencate, possono essere fruite unicamente in strutture pubbliche. La partecipazione alla spesa rimane definita come da normativa e regolamentazione vigente:

a) pediatria (limitatamente ai soggetti che non hanno scelto il pediatra di base e alle prestazioni del consultorio)

b) ostetricia-ginecologia (visita)

c) oculistica (limitatamente all'esame del visus)

d) odontoiatria (visita)
e) psichiatria, neuropsichiatria infantile e psicologia (visita)
f) prestazioni erogate per la prevenzione e la cura della fibrosi cistica
g) prestazioni e controlli erogati dai servizi di diabetologia
h) prestazioni per accertamenti effettuati nei confronti dei donatori di sangue o di organo o di midollo (in rapporto agli atti di donazione)
i) prestazioni per accertamenti effettuati nei confronti dei riceventi di trapianti d'organo
j) trattamenti dialitici
k) prestazioni esenti effettuate per soggetti affetti da dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope, alcool, affetti da HIV o sospetti di esserlo.

Le prestazioni ulteriori, eventualmente richieste a seguito delle prestazioni fruite in accesso diretto, necessitano di apposita prescrizione medica.

Mancata disponibilità.

In relazione alla gestione della mancata disponibilità l'Azienda, a seguito dell'estrapolazione dei dati del "*contenitore di garanzia*", attraverso un referente unico per l'accesso oppure attraverso altra organizzazione interna, provvederà a trovare la disponibilità per le prestazioni richieste, nel rispetto, per quanto possibile, della classe di priorità prescritta.
La ricerca delle prestazioni prevede:
- recupero e forzatura di slot di visita o prestazioni;
- attività in overbooking;
- apertura degli ambulatori e utilizzo dei servizi di diagnostica il sabato e la domenica;
- prestazioni aggiuntive;
- richiesta disponibilità attraverso specifici accordi tra le Aziende sanitarie locali e le Aziende ospedaliere e/o ospedaliero universitarie
- richiesta disponibilità attraverso specifici accordi tra le Aziende e gli erogatori privati, in particolare, a quelli presenti sul proprio territorio;
- libera-professione intramuraria.

Pre-liste

Fermo restando la centralità del sistema CUP quale sistema di governo e monitoraggio dell'efficienza dell'intera struttura dell'offerta, deve essere garantita l'importanza di assicurare un

ampio orizzonte temporale di apertura delle agende e la necessità di prevedere "*agende di garanzia*" che si aprono solo qualora in un determinato momento vi siano difficoltà a garantire i tempi di attesa con le disponibilità 'ordinarie'.

Ad ogni buon conto risulta opportuno prevedere altro strumento aggiuntivo per rispondere a particolari criticità (come, ad esempio, la temporanea saturazione delle agende). Tale strumento può essere individuato nella cosiddetta "*pre-lista*".

Nel caso in cui il paziente non riesca a ricevere alcuna prenotazione, si prevede che il medesimo venga registrato sulla "*pre-lista*" e venga ricontattato dall'Azienda, che gli fornirà l'appuntamento con una tempistica che consenta di rispettare la priorità definita dalla prescrizione. La "*Pre-lista*", pertanto, è lo strumento utilizzato in quei casi di estrema criticità in cui tutte le azioni messe in campo non fossero sufficienti a garantire il rispetto degli standard di attesa; questo da un lato intende minimizzare il disagio al cittadino (che dovrebbe altrimenti ricontattare il CUP anche più volte in momenti successivi), dall'altro consentire all'azienda sanitaria di gestire in back office la richiesta, assicurandosi che al cittadino venga comunque fornito un appuntamento anche laddove, attraverso il percorso automatizzato con il sistema CUP, non sia stato possibile rispondere.

Libera professione intramuraria

Con riferimento alla libera professione effettuata *intra moenia*, Il decreto legislativo n. 124 del 29.04.1998, art. 3, comma 13, prevede che, "*Fino all'entrata in vigore delle discipline regionali di cui al comma 12, qualora l'attesa della prestazione richiestasi prolunghi oltre*" gli standard previsti per i tempi di attesa, l'assistito "*può chiedere che la prestazione venga resa nell'ambito dell'attività libero-professionale intramuraria*", ponendo a carico dell'Azienda sanitaria (Azienda di appartenenza e Azienda in cui è richiesta la prestazione) il costo della prestazione al netto dell'eventuale ticket dovuto.

Si sottolinea che detta possibilità è prevista in via residuale rispetto ai sopra descritti programmi per il rispetto della tempestività dell'erogazione delle predette prestazioni.

Invero, anche alla luce di quanto esposto più sopra in relazione ai percorsi di tutela, il ricorso alla libera professione intramuraria, comunque previsto nel PRGLA, è da ritenersi un istituto del tutto residuale e cui rivolgersi, per le sole richieste di primo accesso, quale *extrema ratio* solo ed esclusivamente nel caso in cui tutte le azioni previste siano insufficienti a superare le criticità ad oggi esistenti (e da imputarsi per lo più alle ricadute dell'emergenza pandemica) e a garantire il rispetto

dei tempi massimi previsti per le diverse tipologie di prestazioni secondo le priorità indicate dal medico prescrittore.
Si sottolinea ancora che qualora, nonostante tutte le azioni sopra descritte, un cittadino che si rivolge al CUP non riesca a trovare risposta alla propria richiesta di prenotazione, dovrà fare riferimento agli URP aziendali territorialmente competenti i quali sono tenuti a mettere in atto una procedura per la ricerca delle soluzioni ad eventuali criticità prenotative prima di rivolgersi al menzionato percorso di tutela.
Si ribadisce che è da escludersi in toto che possano essere prese in considerazione richieste di rimborso a posteriori (ossia a prestazione già eseguita) di somme relative all'erogazione di prestazioni in libera professione o presso strutture private, in quanto non sarebbe possibile, per l'Azienda, effettuare le opportune verifiche circa l'effettiva indisponibilità prenotativa in regime SSN relativa al caso specifico.
Le Aziende sanitarie dovranno di riportare, in apposita sezione della homepage istituzionale, le indicazioni che l'utente dovrà seguire per comunicare con la stessa, qualora non avesse trovato la disponibilità per l'erogazione della prestazione richiesta.
In particolare, la ASL dovrà prevedere, per il ricorso da parte del cittadino all'accesso in base al menzionato d.lgs. n. 124/1998, nella sezione dedicata alle liste di attesa, una domanda che contenga le seguenti informazioni:

- dati personali dell'interessato compreso documento di identità;
- esame/visita richiesta e la data di prescrizione presente sulla ricetta;
- classe di priorità assegnata dal medico prescrittore;
- prima data disponibile comunicata in fase di prenotazione (modulo o numero della prenotazione effettuata);
- prescrizione

Il modulo di richiesta dell'istanza dovrà essere inviato alla direzione generale aziendale.
L'Azienda dovrà impegnarsi ad assicurare l'esecuzione della prestazione entro i tempi previsti dalla classe di priorità assegnata, senza prevedere oneri per l'assistito, diversi da quelli di legge, a partire dalla data di ricezione della domanda. Il rifiuto del cittadino ad eseguire la prestazione specialistica o diagnostico-strumentale fornita entro i termini previsti, libera l'azienda da qualsiasi onere.