



**AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA**  
Via Renato Paolini, 47 – 65124 Pescara (PE)

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA**

ANNO: 2024

N. 1337

Data 26/08/2024

**OGGETTO: REGOLAMENTO PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE, GESTIONE  
AGENDE E MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI  
SPECIALISTICHE AMBULATORIALI DELLA ASL DI PESCARA**

## IL DIRETTORE GENERALE

**OGGETTO: Regolamento per la prescrizione, prenotazione, gestione agende e monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali della Asl di Pescara**

Letta la relazione del Dirigente proponente che si riporta integralmente:

**PREMESSO** che il Governo delle Liste di Attesa è obiettivo rilevante e prioritario della Direzione Strategica aziendale;

**CONSIDERATO** che la complessità dell'offerta, intesa come numerosità delle prestazioni erogabili e la sua diffusione in diversi punti di erogazione, rende necessaria l'istituzione di un regolamento aziendale che dettagli i processi e che ne coinvolga i diversi attori, mantenendo come obiettivi primari il buon governo dell'offerta, l'equità nell'accesso e la trasparenza nelle attività;

**RILEVATO** che il presente Regolamento è destinato a tutti gli operatori a vario titolo coinvolti nelle varie fasi del processo di prescrizione, prenotazione, gestione delle agende e monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, le indicazioni in esso contenute sono da ritenersi vincolanti e sostituiscono eventuali protocolli operativi e disposizioni precedentemente impartite in contrasto con quanto ivi previsto;

**VISTA** la seguente normativa nazionale di riferimento:

- DPCM 29.11.2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza";
- Accordo Stato Regioni 14.02.2002 "Accordo tra il Governo le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa";
- DPCM 16.04.02 "Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e i tempi massimi di attesa";
- Accordo Stato Regioni 11.07.2002 "Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento di indicazioni per l'attuazione del punto a) dell'Accordo Stato regioni del 14 febbraio 2002, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche indirizzi applicativi sulle liste di attesa";
  - DPR 23.05.2003 "Piano Sanitario 2003-2005";
  - Accordo Stato Regioni 24.07.2003 "Accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano per l'attuazione del Piano Sanitario 2003-2005";
  - Accordo Conferenza Stato Regioni del 28/03/2006 "Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa del triennio 2006/08, di cui all'art. 1, comma 280 della legge 23.12.2005 n. 266";
  - Intesa Stato Regioni del 28 ottobre 2012 "Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa" PNGLA per il triennio 2010-2012;
  - DM 9 dicembre 2015 – Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva;

- DPCM 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;
- Conferenza Stato - Regioni (Rep.28/CSR) del 21 febbraio 2019, Intesa ai sensi dell'articolo 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 di Attesa per il triennio 2019/2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;
- Decreto Ministeriale del 20 giugno 2019, Istituzione, presso la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Ufficio 3, dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa.
- Decreto-legge n. 73 del 7 giugno 2024. Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie.
- Legge n. 107 del 29/07/2024 Conversione in Legge del Decreto-Legge n. 73 del 7 giugno 2024.

**RICHIAMATI** i seguenti provvedimenti regionali:

- DGR n. 496 del 31/5/2005, 1050 del 24/10/2005, 710 del 26/6/2007 e 102 del 5/2/2007;
- DGR 575/2011 – PRGLA;
- D.C.A. n. 60 del 25/06/2015 Recepimento ed Avvio Piano operativo Regionale per il contenimento delle liste di Attesa, di cui alla Delibera N. 9 del 3 febbraio 2015 ASR;
- DCA n. 60/2015 Linea di Azione n. 15, Accesso senza prescrizione - Accesso diretto;
- DGR 265/2019 – Adozione del piano operativo regionale 2019-2021 per il governo delle liste di attesa Regione Abruzzo intesa stato-regioni n. 28/csr del 21 febbraio 2019; Piano Regionale per il Governo Liste di Attesa 2019-2021 PRGLA;
- DGR 142/2023 - Aggiornamento con validità a decorrere dal 1 Aprile 2023 del catalogo unico regionale delle prestazioni sanitarie specialistiche prescrivibili approvato con DGR. n. 646 del 26 agosto 2018 avente ad oggetto “approvazione del nuovo catalogo unico regionale delle prestazioni sanitarie specialistiche prescrivibili”;
- DGR 485/2024 disposizioni in attuazione dell'art.1, comma 232, della L. n. 213 del 30.12.2023 e del D.L. n. 73 del 07.06.2024;

*Acquisiti, per quanto di competenza, i pareri favorevoli espressi in merito dal Direttore Amministrativo d'Azienda e dal Direttore Sanitario d'Azienda*

## **DELIBERA**

*Per tutto quanto sopra indicato e che qui si intende integralmente richiamato:*

**DI ADOTTARE** il Regolamento in Allegato denominato “Regolamento per la prescrizione, prenotazione, gestione agende e monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali della Asl di Pescara”;

**DI DARE ATTO CHE** il presente provvedimento è immediatamente esecutivo;

**DI DISPORRE** che il presente provvedimento venga integralmente pubblicato nell'Albo Pretorio della ASL ai sensi del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i.;

**DI STABILIRE** che il presente Regolamento venga pubblicato nella sezione “Documenti Aziendali” dell'Area Interna del Sito Web ASL Pescara;

**DI INVIARE** copia del presente provvedimento alla Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri e alle Direzioni delle Aree Distrettuali

## Relazione del Direttore UOC URP

**OGGETTO:** Adozione Regolamento per la prescrizione, prenotazione, gestione agende e monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali della Asl di Pescara

**PREMESSO** che il Governo delle Liste di Attesa è obiettivo rilevante e prioritario della Direzione Strategica aziendale;

**CONSIDERATO** che la complessità dell'offerta, intesa come numerosità delle prestazioni erogabili e la sua diffusione in diversi punti di erogazione, rende necessaria l'istituzione di un regolamento aziendale che dettargli i processi e che ne coinvolga i diversi attori, mantenendo come obiettivi primari il buon governo dell'offerta, l'equità nell'accesso e la trasparenza nelle attività;

**RILEVATO** che il presente Regolamento è destinato a tutti gli operatori a vario titolo coinvolti nelle varie fasi del processo di prescrizione, prenotazione, gestione delle agende e monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, le indicazioni in esso contenute sono da ritenersi vincolanti e sostituiscono eventuali protocolli operativi e disposizioni precedentemente impartite in contrasto con quanto ivi previsto;

**VISTA** la seguente normativa nazionale di riferimento:

- DPCM 29.11.2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza";
- Accordo Stato Regioni 14.02.2002 "Accordo tra il Governo le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa";
- DPCM 16.04.02 "Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e i tempi massimi di attesa";
- Accordo Stato Regioni 11.07.2002 "Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento di indicazioni per l'attuazione del punto a) dell'Accordo Stato regioni del 14 febbraio 2002, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche indirizzi applicativi sulle liste di attesa";
  - DPR 23.05.2003 "Piano Sanitario 2003-2005";
  - Accordo Stato Regioni 24.07.2003 "Accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano per l'attuazione del Piano Sanitario 2003-2005";
  - Accordo Conferenza Stato Regioni del 28/03/2006 "Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa del triennio 2006/08, di cui all'art. 1, comma 280 della legge 23.12.2005 n. 266";
  - Intesa Stato Regioni del 28 ottobre 2012 "Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa" PNGLA per il triennio 2010-2012;
  - DM 9 dicembre 2015 – Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva;

- DPCM 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;
- Conferenza Stato - Regioni (Rep.28/CSR) del 21 febbraio 2019, Intesa ai sensi dell'articolo 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 di Attesa per il triennio 2019/2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;
- Decreto Ministeriale del 20 giugno 2019, Istituzione, presso la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Ufficio 3, dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa.
- Decreto-legge n. 73 del 7 giugno 2024. Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie.
- Legge n. 107 del 29/07/2024 Conversione in Legge del Decreto-Legge n. 73 del 7 giugno 2024.

**RICHIAMATI** i seguenti provvedimenti regionali:

- DGR n. 496 del 31/5/2005, 1050 del 24/10/2005, 710 del 26/6/2007 e 102 del 5/2/2007;
- DGR 575/2011 – PRGLA;
- D.C.A. n. 60 del 25/06/2015 Recepimento ed Avvio Piano operativo Regionale per il contenimento delle liste di Attesa, di cui alla Delibera N. 9 del 3 febbraio 2015 ASR;
- DCA n. 60/2015 Linea di Azione n. 15, Accesso senza prescrizione - Accesso diretto;
- DGR 265/2019 – Adozione del piano operativo regionale 2019-2021 per il governo delle liste di attesa Regione Abruzzo intesa stato-regioni n. 28/csr del 21 febbraio 2019; Piano Regionale per il Governo Liste di Attesa 2019-2021 PRGLA;
- DGR 142/2023 - Aggiornamento con validità a decorrere dal 1 Aprile 2023 del catalogo unico regionale delle prestazioni sanitarie specialistiche prescrivibili approvato con DGR. n. 646 del 26 agosto 2018 avente ad oggetto “approvazione del nuovo catalogo unico regionale delle prestazioni sanitarie specialistiche prescrivibili”;
- DGR 485/2024 disposizioni in attuazione dell'art.1, comma 232, della L. n.213 del 30.12.2023 e del D.L. n. 73 del 07.06.2024;

### **PROPONE AL DIRETTORE GENERALE**

**DI ADOTTARE** il Regolamento in Allegato denominato “*Regolamento per la prescrizione, prenotazione, gestione agende e monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali della Asl di Pescara*”;

**DI DARE ATTO CHE** il presente provvedimento è immediatamente esecutivo;

**DI DISPORRE** che il presente provvedimento venga integralmente pubblicato nell'Albo Pretorio della ASL ai sensi del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i.;

**DI STABILIRE** che il presente Regolamento venga pubblicato nella sezione “Documenti Aziendali” dell’Area Interna del Sito Web ASL Pescara;

**DI INVIARE** copia del presente provvedimento alla Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri e alle Direzioni delle Aree Distrettuali.

**Il Direttore UOC URP**  
**Dott.ssa Vilma Rosa**









AZIENDA SANITARIA LOCALE PESCARA  
*Regolamento per la prescrizione, prenotazione, gestione  
agende e monitoraggio dei tempi di attesa delle  
prestazioni specialistiche ambulatoriali della ASL di  
Pescara*

Documento:  
D.S.A.-Rel. 08/2024

Pag. 1 di 34

**REGOLAMENTO PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE,  
GESTIONE AGENDE E MONITORAGGIO DEI TEMPI DI  
ATTESA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE  
AMBULATORIALI DELLA ASL DI PESCARA**

**UOC URP**

**ASL Pescara**

**2024**



## SOMMARIO

Revisioni Documento .....	3
Riepilogo .....	3
Storico Revisioni .....	3
Gruppo di Lavoro .....	3
PREMESSA.....	4
GLOSSARIO.....	4
NORMATIVA NAZIONALE.....	7
NORMATIVA REGIONALE.....	9
DELIBERE AZIENDALI.....	10
Art. 1 Scopo Regolamento.....	11
Art. 2 Ambito di Applicazione .....	11
Art. 3 Le Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali.....	12
Art. 3.2 Tipo di Accesso.....	15
Art. 3.3 Obbligo di indicazioni del quesito diagnostico.....	16
Art. 3.4 Limiti di prescrivibilità.....	16
Art. 3.5 Il diritto all'esenzione.....	17
Art. 3.6 Validità delle ricette.....	17
Art. 4 Prenotazione delle Prestazioni Ambulatoriali.....	17
Art. 5 Accesso al Sistema – abilitazioni .....	18
Art. 5.1 Documentazione necessaria per la prenotazione.....	19
Art. 5.2 Libero accesso alla prenotazione (senza prescrizione).....	19
Art. 5.3 Revoca degli appuntamenti/spostamenti.....	20
Art. 5.4 La disdetta delle prenotazioni.....	21
Art. 5.5 Servizio di Recall e SMS.....	22
Art. 6 Gestione delle agende di prenotazione .....	22
Art. 6.1 Responsabile delle Agende di Prenotazione .....	23
Art. 6.2 Requisiti delle agende.....	23
Art. 6.3 Attivazione Ambulatorio Specialistico/agenda di prenotazione.....	25
Art. 6.4 CUP II° LIVELLO .....	26
Art. 6.5 Modalità di scorrimento delle agende.....	26
Art. 6.6 Manutenzione agende.....	27
Art. 6.7 Chiusura Agende.....	29
Art. 6.8 Sospensioni .....	29
Art. 7 Programma di Governo delle liste di Attesa.....	32
Art. 7.1 Monitoraggio per il governo delle liste di attesa.....	32
Art. 7.2 Comunicazione agli assistiti .....	33
Art. 7.3 Verifica dell'appropriatezza prescrittiva.....	34



## Revisioni Documento

### Riepilogo

DESCRIZIONE ULTIMA VERSIONE DOCUMENTO	
REVISIONE	1.0
DATA	agosto 2024
NATURA DELLA REVISIONE	Prima emissione
REDAZIONE	Gruppo di Lavoro Aziendale
VERIFICA	Direzione Sanitaria Aziendale
APPROVAZIONE	Delibera del Direttore Generale n.                      del

### Storico Revisioni

DATA	VERSIONE	ARGOMENTI RIESAMINATI	MOTIVO DELLA REVISIONE
	1.0		Prima emissione

### Gruppo di Lavoro

Redazione		Ruolo	U.O.
Componente	Dr. Rossano Di Luzio	Direttore Sanitario Aziendale	
Componente	Dr.ssa Vilma Rosa	Direttore	U.O.C. U.R.P.
Componente	Dr. Bruno Ciuca	Dirigente Medico	U.O.S. C.U.P.
Componente	Dr.ssa Rosamaria Di Biagio	Dirigente Medico	Staff della Direzione Generale
Componente	Dr. Paolo Laurenzi	Collaboratore Amministrativo	U.O.C. Controllo di Gestione



## **PREMESSA**

L'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale della ASL Pescara è molto ampia e si realizza su tutto il territorio di pertinenza, con diverse sedi; nello specifico, le prestazioni erogate, trovano la loro sede negli ambulatori dei tre Presidi Ospedalieri, nel Poliambulatorio ospedaliero presente a Pescara, nei Poliambulatori Distrettuali situati nei vari C.E.R.S. aziendali ed infine anche nelle strutture private accreditate per la specialistica ambulatoriale. Ciò al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni entro i tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti, che è componente strutturale dei Livelli Essenziali di Assistenza, in relazione alle condizioni cliniche valutate dal medico prescrittore.

La complessità dell'offerta, intesa come numerosità delle agende di prenotazione, delle prestazioni prenotabili, dei diversi regimi erogativi e la sua diffusione in diversi punti di erogazione, rende necessaria l'istituzione di un regolamento aziendale che dettagli i processi e che coinvolga i diversi attori, mantenendo come obiettivi primari il buon governo dell'offerta, l'equità e la trasparenza. Il regolamento è destinato a tutti gli operatori coinvolti nei percorsi ambulatoriali e le indicazioni in esso contenute sono da ritenersi obbligatorie.

## **GLOSSARIO**

CUP: Centro Unico di Prenotazioni

LEA: Livelli Essenziali di Assistenza

DEC: Direttore dell'Esecuzione del Contratto

MMG: Medico di Medicina Generale

NRE: Numero di Ricetta Elettronico

PNGLA: Piano nazionale Governo Liste Attesa

PRGLA: Piano regionale Governo Liste Attesa

PO: Presidio Ospedaliero

PLS: Pediatra di Libera Scelta

SSR: Servizio Sanitario Regionale

TS: Tessera Sanitaria



### **Agenda di prenotazione**

L'agenda di prenotazione è uno strumento informatico utilizzato per gestire il calendario di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali; è lo strumento operativo del CUP. La costruzione dell'agenda avviene definendo uno spazio temporale di erogazione. Poiché ogni prestazione è caratterizzata da un tempo predefinito di esecuzione, che ovviamente varia a seconda del tipo di prestazione, una volta definito il tempo di apertura del servizio, è possibile misurare l'offerta sanitaria in termini di numerosità delle prestazioni prenotabili nell'agenda stessa. Per definire un calendario di agenda di prenotazione, sono necessari alcuni dati specifici come la sede di erogazione, i soggetti eroganti, la tipologia di prestazione, la durata della prestazione e l'orario di erogazione dei servizi.

Si distinguono agende “pubbliche” ed “agende esclusive”.

- Le **agende “pubbliche”**, sono quelle che consentono la prenotazione attraverso tutti i canali di prenotazione che vengono meglio specificati al seguente link <https://www.asl.pe.it/Sezione.jsp?idSezione=863>
- Le **agende “esclusive”**, richiedono l'abilitazione dell'operatore per potervi accedere e sono riservate ai medici specialisti aziendali o medici convenzionati per la gestione del CUP di II livello per prestazioni di continuazione cure, approfondimento, controllo, follow up o altre casistiche particolari; non sono prenotabili attraverso i canali Call Center, App.

### **Attività ambulatoriale istituzionale**

Per attività ambulatoriale istituzionale, si intende l'attività ambulatoriale che il personale medico esercita durante l'orario di lavoro, secondo quanto previsto dal CCNL per il personale dipendente, e dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali interni.

### **Call-Center**

Servizio dedicato alle prenotazioni telefoniche.

### **CUP**

Il Centro Unico di Prenotazione (CUP) è un sistema centralizzato, informatizzato, di prenotazione delle prestazioni sanitarie. È deputato a gestire l'intera offerta delle prestazioni sanitarie aziendali (SSN, regime convenzionato, intramoenia, medico legale, ecc...) ed è strutturato in modo da assicurare



un'interconnessione funzionale con le unità operative/servizi ad esso connessi. Il CUP garantisce la prenotazione/erogazione delle prestazioni, mediante l'applicazione delle diverse procedure che disciplinano tutta l'offerta ambulatoriale aziendale comprendente anche le informazioni per il cittadino, che è il beneficiario finale del servizio offerto. Il CUP consente l'accesso alle prestazioni sanitarie, il monitoraggio della domanda e dell'offerta complessiva comprendente anche i tempi di attesa, attraverso idonei strumenti di analisi e governo delle liste di attesa (PNGLA 2019-2021).

### **Impegnativa/ricetta medica SSN**

L'impegnativa o ricetta medica SSN, è uno strumento utilizzato per la prescrizione di farmaci, di prestazioni ambulatoriali e proposte di ricovero (c.d. ricetta "rossa"), utilizzato dalle figure abilitate.

### **Ricetta Dematerializzata**

La ricetta dematerializzata, introdotta dal DM del 2 novembre 2011, prevede la completa informatizzazione dell'intero ciclo di vita della tradizionale ricetta medica cartacea del SSN, la cosiddetta "ricetta rossa", e la completa eliminazione del supporto cartaceo (dematerializzazione).

### **Ricetta Bianca**

La ricetta bianca o ricetta redatta su carta intestata del medico prescrittore, viene utilizzata in tutti i casi in cui la prestazione non è ricompresa nel Servizio Sanitario Nazionale e i cui costi sono a totale carico del richiedente (es. prestazioni finalizzate al riconoscimento di diritti soggettivi, certificazioni, prestazioni non ricomprese nei livelli essenziali di assistenza e/o presenti nei Livelli Essenziali di Assistenza ma in assenza dei requisiti di vulnerabilità sanitaria del richiedente, prestazioni richieste dalle commissioni medico legali della ASL, ecc)

### **Prestazione sanitaria ambulatoriale**

Per prestazioni sanitarie dei medici si intendono le prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione rese alla persona nell'esercizio delle professioni sanitarie. Le stesse prestazioni possono essere svolte anche da operatori abilitati all'esercizio delle professioni infermieristiche e tecnico-sanitarie. Sono attività di tipo clinico-assistenziale erogate da professionisti operanti in strutture sanitarie, a favore di un paziente, su



prescrizione medica. Si tratta di precise prestazioni stabilite e regolamentate al fine di garantire un preciso servizio. L'obiettivo è quello di garantire diagnosi, cura e riabilitazione di ogni persona.

#### **Ticket o partecipazione alla spesa sanitaria**

Rappresenta la quota di partecipazione alla spesa a carico dell'utente fruitore del servizio.

### **NORMATIVA NAZIONALE**

- Legge 23.12.94 n. 724 "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica" Art. 3, comma 8;
- D.P.C.M. 19.05.95 "Carta dei Servizi pubblici sanitari";
- Legge 23.12.96 n. 662 "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica" Art. 1, comma 34;
- Legge 27.12.97 n. 449 "Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica" Art. 33, comma 1;
- D.Lgs. 29.04.98 n.124 "Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni a norma dell'art.59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449" Art. 3, commi10-15;
- D.P.R. 23.07.98 "Piano Sanitario Nazionale 1998-2000";
- D.Lgs. 19.06.99 n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'articolo 11 della legge 30 .11. 1998, n. 419" Art.15 quinquies, comma 3;
- DPCM 27.03.00 "Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'Attività Libero-Professionale Intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale";
- Ministero della Sanità, Commissione di studio sulle liste di attesa istituita con DM 28.12.2000;
- Presidenza del Consiglio dei Ministri "Conferenza Stato Regioni" seduta dell'11 luglio 2002;
- Accordo Stato Regioni 8 agosto 2001;
- DPCM 29.11.2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";
- Accordo Stato Regioni 14.02.2002 "Accordo tra il Governo le Regioni e le Province Autonome di Trentoe Bolzano sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulleliste di attesa";
- DPCM 16.04.02 "Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e i tempi massimi di attesa";
- Accordo Stato Regioni 11.07.2002 "Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trentoe Bolzano sul documento di indicazioni per l'attuazione del punto a) dell'Accordo Stato



regioni del 14 febbraio 2002, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche indirizzi applicativi sulle liste di attesa”;

- Legge 27.12.2002 n.289 “Misure di razionalizzazione della Finanza pubblica” Art.52, comma 4;
- DPCM 16.4.2002, Linee Guida sui criteri di priorità sull'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui Tempi massimi di attesa. Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, N° 122 del 27.5.2002;
- DPR 23.05.2003 “Piano Sanitario 2003-2005”;
- D. Lgs. 30.06.2003 n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati Personali”;
- Accordo Stato Regioni 24.07.2003 “Accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano per l’attuazione del Piano Sanitario 2003-2005”;
- Art. 50 della Legge 24 del 24 novembre 2003, n.326 Disposizioni in materia di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie e s.m.i.;
- Legge 23.12.05 n. 266 “Misure di razionalizzazione della Finanza pubblica” Art.1, commi 283, 284, 288,289, 309;
- Accordo Conferenza Stato Regioni del 28/03/2006 “Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa del triennio 2006/08, di cui all’art. 1, comma 280 della legge 23.12.2005 n. 266”;
- Legge 3 agosto 2007, n°. 120 Disposizioni in materia di Attività Libero-Professionale Intramuraria;
- DM 17/03/2008 Ricettario Unico Nazionale;
- DM 18/03/2008 sulle modalità di trasmissione dei dati da parte degli erogatori;
- Decreto Interministeriale 11 dicembre 2009 concernente le esenzioni per reddito;
- Accordo Conferenza Stato Regioni del 29 aprile 2010 “Linee Guida nazionali del sistema CUP” Intesa Stato Regioni del 18 novembre 2010 sull’Attività Libero Professionale di dirigenti medici, sanitari e veterinari;
- Decreto Interministeriale del 27/11/2011 concernente la dematerializzazione della ricetta medica cartacea;
- Intesa Stato Regioni del 28 ottobre 2012 “Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa” per il triennio2010-2012” PNGLA;
- D.L. n.158/2012 convertito in Legge n.189/2012;
- D.M. 8 luglio 2010 n.135 “Disciplinare recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000 n.380”;





- Ministero della Salute Decreto 18 ottobre 2012 Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie di assistenza specialistica ambulatoriale. (13A00528) (G.U. Serie Generale, n. 23 del 28 gennaio 2013);
- DM 9 dicembre 2015 – Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva;
- DPCM 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;
- Conferenza Stato - Regioni (Rep.28/CSR) del 21 febbraio 2019, Intesa ai sensi dell'articolo 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 di Attesa per il triennio 2019/2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;
- Decreto Ministeriale del 20 giugno 2019, Istituzione, presso la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Ufficio 3, dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa.
- Decreto-legge n. 73 del 7 giugno 2024 Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie;
- L. N. 107 del 29 luglio 2024, n. 107 Conversione in Legge del Decreto-legge n. 73 del 7 giugno 2024;

## **NORMATIVA REGIONALE**

- D.G.R. n. 2559/C del 20/09/1998 e n. 1585 del 07/12/2000;
- DGR n. 496 del 31/5/2005, 1050 del 24/10/2005, 710 del 26/6/2007 e 102 del 5/2/2007;
- DGR 575/2011 – PRGLA:
- D.C.A. n. 60 del 25/06/2015 Recepimento ed Avvio Piano operativo Regionale per il contenimento delle liste di Attesa, di cui alla Delibera N. 9 del 3 febbraio 2015 ASR;
- DGR 601 del 23/09/2014 – Linee di indirizzo sulle tariffe applicabili dalla Aziende Unità Sanitarie Locali in materia di accertamento dei requisiti fisici e psichici per il conseguimento o rinnovo di patenti per la conduzione di veicoli a motore;
- DCA n. 60/2015 Linea di Azione n. 15, Accesso senza prescrizione - Accesso diretto;
- DGR 265/2019 – Adozione del piano operativo regionale 2019-2021 per il governo delle liste di attesa Regione Abruzzo intesa stato-regioni n. 28/csr del 21 febbraio 2019; Piano Regionale per il Governo Liste di Attesa 2019-2021” PRGLA;



- DGR 142/2023 - Aggiornamento con validità a decorrere dal 1 Aprile 2023 del catalogo unico regionale delle prestazioni sanitarie specialistiche prescrivibili approvato con DGR. n. 646 del 26 agosto 2018 avente ad oggetto “approvazione del nuovo catalogo unico regionale delle prestazioni sanitarie specialistiche prescrivibili”.
- DGR n. 485 del 01/08/2024 - Disposizioni in attuazione dell’art.1, comma 232, della L. 30.12.2023 n. 213 e del D.L. 7.6.2024 N. 73.

### **DELIBERE AZIENDALI**

- D.D.G. n.407 del 16 aprile 2012 - Regolamento aziendale per l’erogazione di prestazioni di Specialistica Ambulatoriale extra LEA garantite dall’Azienda e ricomprese fra le attività istituzionali finalizzate alla formulazione di un giudizio medico legale per il riconoscimento dei diritti di parte non rispondenti ai fini di tutela della salute collettiva;
- D.D.G. n. 809 del 22 settembre 2016 – Approvazione del tariffario aziendale per le prestazioni a pagamento (extra LEA) di esami di farmacotossicologia;
- D.D.G. n. 227 del 02 marzo 2015 – Deliberazione n. 407 del 16/04/2012. Modifica;
- DDG n. 3 del 02/01/2020 – D.D.G. n. 809 del 22/09/2016. Modifiche ed Integrazioni.



## **Art. 1 Scopo Regolamento**

Il regolamento viene redatto al fine di garantire la prenotazione e la successiva erogazione delle prestazioni entro i tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti. Il documento ha l'obiettivo di disciplinare, in maniera univoca ed aggiornata in recepimento delle disposizioni vigenti nazionali e regionali, le modalità di:

- prescrizione delle prestazioni a carico del SSR;
- prenotazione;
- gestione delle agende di prenotazione in ordine alla loro strutturazione e regolamentazione per quanto concerne le chiusure e le sospensioni di attività;
- monitoraggio dei tempi di attesa.

Il presente documento, operando in una rilettura delle modalità attuative già adottate, sostituisce le procedure operative e le disposizioni precedentemente utilizzate.

## **Art. 2 Ambito di Applicazione**

Il presente regolamento si applica:

- a tutti i percorsi che prevedono attività di prenotazione e successiva erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali previste dai LEA, prescritte dal Medico di Medicina Generale, Pediatra di libera scelta, Specialista Ospedaliero o Convenzionato, in regime di erogazione SSR;
- alle attività di prenotazione delle prestazioni non ricomprese nei L.E.A. con costi a totale carico del richiedente;
- a tutte le strutture della ASL di Pescara che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale, al CUP aziendale, al Call Center;

Non si applica alle prestazioni erogate in regime Libero Professionale, per le quali si rimanda all'apposito regolamento vigente.

### **Art. 3 Le Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali**

Per quanto riguarda le prestazioni erogabili in regime di SSR, la ricetta è sempre obbligatoria ed assume rilevanza anche come documento contabile, con efficacia probatoria ai fini del rimborso da parte del SSR medesimo. La ricetta è un documento pubblico di natura certificativa, con implicazioni giuridiche civili e penali, economiche, medico legali e di responsabilità professionale.

La compilazione della ricetta è un atto medico: l'incompleta o non corretta compilazione o eventuali alterazioni apportate alla ricetta (es. indicazione classe d'urgenza), oltre che costituire violazione delle regole di sistema, possono configurare illecito amministrativo fino ad assumere rilevanza penale. La prescrizione presuppone pertanto il rispetto della corretta modalità prescrittiva, tenendo presenti, oltre gli aspetti formali, anche i principi di appropriatezza ed efficacia diagnostico-terapeutica.

La prescrizione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili a carico del SSR deve sempre avvenire con ricetta dematerializzata, ad eccezione dei seguenti casi:

- Malfunzionamento del sistema informatico
- Visite domiciliari
- Richieste di ricovero ospedaliero.

La prescrizione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili a carico del SSR, deve essere finalizzata all'erogazione delle visite o prestazioni sanitarie necessarie per indagare un quesito diagnostico legato ad uno stato patologico o sospetto tale, e deve avvenire esclusivamente nell'ambito dell'attività istituzionale escludendo qualsiasi utilizzo dell'attività libero professionale.

Non richiedono prescrizione le prestazioni di screening e le vaccinazioni.

Non possono essere prescritte a carico del SSR:

- prestazioni che rientrano nell'interesse privato del cittadino: esami o visite per il rilascio o rinnovo patenti di guida, rilascio o rinnovo porto d'armi, esami per uso assicurativo, visite ed esami finalizzati all'accertamento dell'idoneità della pratica sportiva agonistica. In questi casi l'onere delle prestazioni è a totale carico del cittadino, indipendentemente dalla presenza di esenzioni ticket;
- prestazioni inerenti la richiesta di Tutela/Amministrazione di Sostegno;
- controlli prescritti dal medico del Lavoro (a carico del Datore di Lavoro);
- esami non richiesti per valutare lo stato di salute o dubbi diagnostici (esami prematrimoniali, certificazioni a corredo della domanda di invalidità, etc.);
- prestazioni che precedono o sono correlate a prestazioni non previste nei LEA (es. visite ed esami preliminari alla chirurgia estetica);



- prestazioni richieste nell'espletamento, da parte dei medici specialisti operanti nelle strutture pubbliche o private accreditate, dell'esercizio della libera professione sia in regime intramoenia che extramoenia (art. 50 Legge Finanziaria 2004 e s.m.i.).

Il ciclo completo della ricetta dematerializzata prevede tre fasi:

1. Prescrizione;
2. Presa in carico (inserimento in piattaforma CUP attraverso la prenotazione);
3. Erogazione.

Le attuali regole regionali per la prescrizione e prenotazione della specialistica ambulatoriale e la diagnostica strumentale in regime di erogazione a carico del SSR, prevedono come obbligatorio l'uso sistematico di:

- indicazione di visita/esame/accesso o accessi successivi;
- quesito diagnostico;
- classi di priorità, nei casi di Primo Accesso.

La prescrizione deve essere compilata in ogni sua parte ed in particolare deve comprendere:

- **dati anagrafici del cittadino**
- eventuali **esenzioni** dalla compartecipazione alla spesa sanitaria prestazione richiesta
- indicazione **prima visita/esame/primo accesso** o **accesso successivo**

Come specificato nel documento PRGLA 2019-2021 per il governo delle Liste di Attesa Regione Abruzzo

Intesa Stato-Regioni n. 28/CSR del 21 febbraio 2019, ai fini del presente documento, per primo accesso deve intendersi: prima visita e primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e nel caso di un paziente cronico si considera primo accesso la visita o l'esame strumentale necessari inseguito ad un peggioramento del quadro clinico.

Per accesso successivo deve intendersi visita o prestazione di approfondimento per pazienti presi in carico dal primo specialista, controllo, follow-up.

- classe di priorità (solo per la prima visita/esame/accesso risulta obbligatorio indicare la classe di priorità a cui appartiene la richiesta (U, B, D, P), biffando l'apposita casella sulla ricetta. Si richiama che in assenza di specifica indicazione, la richiesta sarà erogata in classe di priorità "P").
- quesito diagnostico
- campo note.

Il Campo note della ricetta dematerializzata può essere utile per indicare:



- il distretto anatomico da studiare;
- l'orario o altra informazione necessaria per la corretta erogazione della prestazione;
- metodiche per alcune prestazioni di laboratorio;
- ciclo di prestazioni: poiché nella ricetta è da indicare il numero di cicli (ognuno composto dal numero di prestazioni/sedute previste dal catalogo regionale), nel campo note può essere indicato il numero di sedute suggerite in base alla complessità clinica del paziente.

### **Art. 3.1 Classe di priorità**

La classe di priorità è obbligatoria se si tratta di prima visita/esame/accesso. Il livello di priorità clinica deve essere individuato dal medico prescrittore, sulla base del quadro patologico, in accordo alle classi definite dalla legislazione regionale e nazionale, e riportato sulla prescrizione. È dunque il medico, a seconda della presenza e dell'intensità dei sintomi, a stabilire l'arco di tempo entro il quale deve essere effettuata la visita o l'esame diagnostico. I termini di garanzia di ogni classe di priorità decorrono dalla data di prenotazione.

Classi Priorità:

- Urgente (lettera "U"), da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- Breve (lettera "B"), da eseguire entro 10 giorni;
- Differibile (lettera "D"), da eseguire entro: 30 giorni per le visite, 60 giorni per le prestazioni strumentali;
- Programmabile (lettera "P"), prestazione da eseguire entro 120 giorni. Sono incluse le prestazioni programmate di approfondimento, controllo, follow up, PDTA.

Solo per la prima visita/esame/accesso risulta obbligatorio indicare la classe di priorità a cui appartiene la richiesta (U, B, D, P), biffando l'apposita casella sulla ricetta.

Ai sensi della DGR 575/2011 è necessario precisare che la classe di priorità "P" non può prevedere prestazioni di secondo accesso e follow up, che rappresentano ancora una percentuale importante delle prestazioni prenotate con la "P". Deve essere, pertanto, ridotta la domanda inappropriata delle prestazioni in classe "P", recuperando le disponibilità degli spazi nelle agende dedicate a prestazioni in classe "B" e "D" ed inserendo in maniera appropriata, nelle agende CUP di II° livello, le prestazioni di secondo accesso e follow up.

Al riguardo, il DCA n. 60/2015 stabilisce che il volume di prestazioni per la Classe "P" non deve tendenzialmente superare la soglia del 40 % del totale delle prenotazioni in Classe di priorità. In



considerazione che il PNGLA prescrive che la classe “P” si riferisce alle prestazioni di primo accesso e, al fine di ridurre la domanda inappropriata delle prestazioni in classe “P”, recuperando di converso le disponibilità degli spazi nelle agende dedicate a prestazioni in classi “B” e “D”, si considera obiettivo strategico realistico, per la Regione Abruzzo nel caso del periodo di vigenza del presente Piano, il target del 30% per la classe “P”.

### **Art. 3.2 Tipo di Accesso**

Il prescrittore deve indicare se la prestazione da eseguire riguarda:

- **Primo accesso:** (prima visita o primo esame strumentale necessario per formulare la diagnosi, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e, nel caso di un paziente cronico, la visita o l'esame strumentale, necessari inseguito ad un peggioramento del quadro clinico).
- **Accesso successivo:** (visita o prestazione di approfondimento, per pazienti presi in carico dal primo specialista, controllo, follow up). I percorsi di presa in carico specifici per patologie sono riconducibili essenzialmente agli ambiti della cronicità e del follow-up e possono essere esaminati attraverso Percorsi Diagnostico-Terapeutici Aziendali (PDTA) per valutare il fabbisogno di prestazioni ambulatoriali.

I controlli periodici ed i follow-up, sia di breve sia di lungo periodo, vengono prescritti dallo specialista che ha preso in carico il paziente se ritenuti necessari, e sono da programmare attraverso la prenotazione mediante agende CUP di II° livello. Il paziente non deve essere rimandato dal MMG o dal PLS per la prescrizione di eventuali esami diagnostici o visite specialistiche successive. Gli specialisti operanti all'interno delle strutture pubbliche prescrivono direttamente (DPR 314/90 art. 24 comma 5, ACN per la Medicina generale del 20/01/2005 art. 51 comma 5) le prestazioni ritenute necessarie al completamento dell'iter diagnostico a ciascun paziente inviato dal curante, utilizzando il sistema aziendale previsto per l'emissione della ricetta dematerializzata, senza richiedere alcun ulteriore intervento da parte del medico curante.



### **Art. 3.3 Obbligo di indicazioni del quesito diagnostico**

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 sulla stessa ricetta.

Vige l'obbligo di indicare chiaramente il quesito diagnostico su tutte le prescrizioni, per qualsiasi tipo di accesso e classe di priorità. Per l'individuazione del quesito diagnostico, il Disciplinare Tecnico inerente al "Progetto Tessera Sanitaria Web Services per la trasmissione elettronica delle prescrizioni mediche dematerializzate" definisce:

Nome campo	Descrizione
codDiagnosi	Codice della diagnosi o del sospetto diagnostico secondo la codifica ICD9-CM
descrDiagnosi	Descrizione della diagnosi o del sospetto diagnostico in campo libero

Quanto alle modalità di compilazione di questi campi per le ricette specialistiche, si precisa che:

- ciascuno dei due campi può essere compilato in alternativa all'altro, oppure possono essere compilati entrambi;
- per tutte le prescrizioni specialistiche, la compilazione di almeno un campo è obbligatoria.

### **Art. 3.4 Limiti di prescrivibilità**

Si precisano i seguenti punti:

- 1) Una ricetta può contenere solo prestazioni della stessa branca specialistica (Legge n.742 del 23/12/1994-art. 2, e s.m.i.).
- 2) Ogni ricetta può contenere fino ad un massimo di 8 prestazioni della medesima branca.
- 3) Nella stessa prescrizione non possono essere presenti prestazioni erogabili in regime di esenzione ticket con altre non esenti e dovranno essere emesse impegnative distinte. Lo stesso vale nei casi in cui il paziente sia titolare di più esenzioni per patologia e sia necessario prescrivere prestazioni per entrambe; dovranno essere compilate due ricette distinte, ciascuna con il proprio specifico codice di esenzione.





### **Art. 3.5 Il diritto all'esenzione**

Per quanto riguarda le esenzioni per reddito e/o per patologia si rimanda alle vigenti normative nazionali in materia.

### **Art. 3.6 Validità delle ricette**

Ai sensi della DGR 575/2011 il termine di validità tra la data di prescrizione specialistica cartacea/dematerializzata e la data di prenotazione (presa in carico per la ricetta dematerializzata), è stabilita dalla durata del tempo massimo previsto dalla classe di priorità selezionata, a decorrere dalla data di prescrizione. Gli assistiti devono provvedere a prenotare le visite/prestazioni entro tale periodo. Una volta prenotata, la prescrizione resta valida fino alla data di erogazione delle prestazioni. Per le prescrizioni relative alla visita/esame/accesso successivo, ovvero i controlli, il termine di validità è stabilito in **12 mesi**, al fine di consentire la spendibilità della prescrizione per le prestazioni.

## **Art. 4 Prenotazione delle Prestazioni Ambulatoriali**

Le prenotazioni delle prestazioni ambulatoriali della ASL sono gestite attraverso i seguenti canali di accesso:

- CUP
- Piattaforma del CUP Unico Regionale o (CUP Orchestratore) realizzato per semplificare l'accesso alle prestazioni ambulatoriali da parte dei cittadini della regione Abruzzo  
<https://sanitaonline.regione.abruzzo.it/portaleservizi/#/pages/login>
- Contact Center telefonico 800 827 827 (da rete fissa) 0872 226 (da rete mobile); (*pro tempore*)
- Portale del Cittadino ASL Pescara: <https://portalecittadino.asl.pe.it/>
- Indirizzo mail aziendale riservato per i cittadini che hanno difficoltà di accesso agli sportelli del front office [prenotazioni.cup@asl.pe.it](mailto:prenotazioni.cup@asl.pe.it)
- presso gli sportelli CUP presenti nelle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali dell'Azienda. Gli orari di apertura al pubblico delle predette sedi, sono consultabili nella sezione CUP del sito aziendale [www.asl.pe.it](http://www.asl.pe.it)

Possono essere effettuati, presso ciascuno sportello, le seguenti attività:

- Prenotazioni delle prestazioni ambulatoriali di primo accesso;
- Spostamento e/o disdetta delle prestazioni già prenotate;
- Regolarizzazione delle prestazioni già prenotate;



- Presentazione delle richieste di rimborso di prestazioni regolarizzate e non effettuate.
- Ai fini della prenotazione L'Operatore inserisce i dati del paziente e della prescrizione e comunica al paziente la prima disponibilità della prestazione, individuata dal sistema sulla base della classe di priorità assegnata, della tipologia di accesso e per la tempistica prevista dalla classe di priorità assegnata. È facoltà dell'utente rinunciare alla data e alla sede della prima disponibilità proposta, pur rinunciando al diritto del rispetto dei tempi massimi previsti per la classe di priorità assegnatagli. In tal caso, la prestazione non verrà monitorata come flusso in lista di attesa.  
Dopo aver completato la prenotazione l'Operatore stampa il promemoria della prenotazione e lo consegna all'Utente. Per alcuni esami per i quali è prevista una preparazione, questa deve essere consegnata al Paziente unitamente al promemoria. Il promemoria può eventualmente riportare "note paziente", cioè comunicazioni di varia natura sanitaria ed amministrativa finalizzate all'esecuzione dell'esame (per esempio come raggiungere l'ambulatorio, quale documentazione portare, ecc).
- Centri Unici di Prenotazione delle strutture private accreditate integrate con il sistema aziendale per le prestazioni erogate in regime di convenzione SSR di competenza di ciascuna struttura.
- Contact Center telefonico 800 827 827 (da rete fissa) 0872 226 (da rete mobile)

### **Art. 5 Accesso al Sistema – abilitazioni**

Il sistema gestisce le informazioni in conformità alla normativa sulla privacy (GDPR - Regolamento UE n. 679/2016, ad oggetto: "Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali" e d. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, ad oggetto: "Codice in materia di protezione dei dati personali", novellato dal Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101).

Per accedere al sistema, bisogna essere abilitati. Sono previsti meccanismi di profilatura degli operatori al fine di poter definire attraverso funzionalità di configurazione ruoli, funzioni e visibilità per i singoli operatori, sulla base dei seguenti fattori:

- Attività applicative (ad esempio Gestione Agende) e relative sottoattività e/o tipo di operazioni permesse (ad esempio definizione di un'agenda, generazione di un'agenda, etc) traducibili in oggetti (voci di menù, maschere, pulsanti implementati all'interno di una maschera, ...);
- Visibilità aree dati in base alla struttura gerarchica dell'organizzazione "multaziendale", attraverso l'associazione agli "uffici".



Il sistema prevede la memorizzazione delle operazioni effettuate (identificativo dell'operatore, tipo, data e ora della transazione) sulle informazioni contenute nel data base.

### **Art. 5.1 Documentazione necessaria per la prenotazione**

All'atto della prenotazione il cittadino, regolarmente iscritto al SSR, deve essere in possesso del promemoria della ricetta dematerializzata rilasciato dal MMG/PLS o dallo Specialista prescrittore. Deve avere inoltre a disposizione la tessera sanitaria (TEAM).

I pazienti stranieri temporaneamente presenti (STP) ed i pazienti europei non iscritti al SSN (ENI), devono essere in possesso della ricetta cartacea rossa SSN. Devono inoltre avere a disposizione il documento di iscrizione al Centro ISI (attestato STP/ENI),

In nessun caso gli Operatori possono o devono modificare alcun dato riportato sull'impegnativa la cui compilazione è di esclusiva competenza del Medico Prescrittore.

Come già accennato, è consentito procedere ad una prenotazione con declassamento rispetto a quanto indicato dal Medico che ha redatto l'impegnativa **solo nel caso in cui l'Utente non accetti la data proposta entro i tempi standard previsti per la classe di priorità assegnata**, cioè che **rinunci volontariamente** alla garanzia dei tempi, in favore di una data, una sede o un professionista di propria preferenza. L'applicativo informatico, anche in questo caso, come per tutte le prenotazioni, acquisisce e registra l'informazione circa il fatto che la prestazione sia stata o meno, prenotata "in garanzia", memorizzando sempre la data del primo appuntamento utile offerto all'Utente, anche qualora questo non venga accettato.

Il possesso dell'impegnativa da parte dell'utente è condizione indispensabile per l'accesso alla prenotazione delle prestazioni, tuttavia in caso di ricetta dematerializzata, il personale addetto alle prenotazioni può procedere attraverso la ricerca sul sistema informativo mediante Codice Fiscale/Numero Ricetta.

### **Art. 5.2 Libero accesso alla prenotazione (senza prescrizione)**

Per le sole strutture pubbliche, gli assistiti possono eventualmente accedere mediante le medesime modalità riportate nel capitolo 4, al sistema di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali (art. 16 c. 3 DPR 271 del 28/07/2008, Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali Interni), senza prescrizione medica, limitatamente alla sola prima visita, per le



seguenti branche specialistiche: Odontoiatria – Pediatria (per gli assistiti non in carico a Pediatra di Libera Scelta) – Psichiatria e Neuropsichiatria Infantile – Oculistica (solo per optometriche prescrizioni lenti) – Ostetricia e Ginecologia.

Il libero accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali non esonera l'utente al pagamento del ticket, se dovuto, fatte salve eventuali esenzioni.

È previsto il libero accesso anche presso:

- centri per le malattie sessualmente trasmesse e presso i Consultori;
- Centri di Salute Mentale (CSM);
- Servizi di patologia delle dipendenze (SERD).

*ATTENZIONE: la prescrizione dovrà essere comunque redatta dallo specialista che eroga la prestazione e regolarizzata dall'utente in modalità ex post.*

### **Art. 5.3 Revoca degli appuntamenti/spostamenti**

La revoca o lo spostamento degli appuntamenti può essere effettuata attraverso tutti i canali di prenotazione prevista per la prenotazione con l'eccezione degli spostamenti degli appuntamenti su agende "riservate" o agende CUP di II° livello, che è consentito solo alle strutture abilitate anche alla prenotazione sulle stesse. Il cittadino troverà, comunque, le eventuali indicazioni per effettuare una disdetta, direttamente sul foglio di prenotazione.

L'utente che non ha intenzione di presentarsi all'appuntamento fissato deve disdire la prenotazione entro 72 ore precedenti la data prevista per l'erogazione, al fine di permettere all'Azienda di recuperare il posto e renderlo disponibile. Gli operatori sono comunque tenuti a disdire la prestazione anche nel caso di disdette tardive. In caso di mancato rispetto della data limite di disdetta L'Utente che non si presenti, anche se esente, è tenuto, ai sensi della DGR n. 265/2109 al pagamento della sanzione amministrativa pari alla quota ordinaria di partecipazione al costo (ticket) per la prestazione prenotata e non usufruita. Per non incorrere nella sanzione amministrativa, in caso di mancata disdetta o per mancata presentazione dell'assistito, sono ammesse le seguenti motivazioni:

- malattia (allegando alla disdetta certificato medico);
- ricovero presso struttura sanitaria (allegando alla disdetta il certificato di ricovero)
- accesso presso il Pronto Soccorso (allegando alla disdetta il Referto del PS)
- altre prestazioni specialistiche effettuate in urgenza (allegando alla disdetta il referto)



- nascita di figlio/figlia (entro 3 gg antecedenti alla prenotazione e con allegato certificato di nascita)
- lutto per familiari fino al II° Grado di parentela coniuge e conviventi (accaduto entro 3 gg lavorativi antecedenti alla data prevista per erogazione prestazione – indicare nome e cognome del defunto e grado di parentela).

### **Art. 5.4 La disdetta delle prenotazioni**

Per rendere disponibili le prestazioni prenotate a pazienti che a vario titolo non usufruiranno delle prestazioni, sono individuate regole per il loro riutilizzo e per l'applicazione di eventuali penalizzazioni, secondo le disposizioni Regionali.

A tal fine sono stati individuati, come da disposizioni regionali di cui alla DGR 265 del maggio 2019:

- modalità operative per effettuare la disdetta: recarsi presso gli sportelli CUP, contattare il call center, utilizzare il CUP online come indicato al seguente link <https://portalecittadino.asl.pe.it/>

La disdetta deve essere antecedente rispetto alla data di erogazione ed obbligatoriamente effettuata al massimo entro le 72 ore precedenti la data della erogazione della prestazione.

- In conformità con il PNGLA 2019-2021, recepito con Intesa n. 28/CSR del 21/02/2019 che pone in capo alle Regioni la possibilità di adottare sanzioni amministrative in tema di liste di attesa, l'assistito anche se esente, che non si presenta alla data e all'ora della prestazione prenotata ed omette, senza idonea giustificazione, di effettuare la disdetta nei termini stabiliti (72 ore precedenti l'erogazione) è tenuto al pagamento della sanzione amministrativa pari alla quota ordinaria di partecipazione al costo (ticket) per la prestazione prenotata e non usufruita, nella misura di € 36,15, che per alcune prestazioni (TAC, RMN, PET) è di € 46,15. I giustificati motivi ammessi per l'annullamento della sanzione amministrativa in caso di mancata disdetta, sono sotto riportati.

Quindi per non incorrere nella sanzione amministrativa prevista in caso di mancata disdetta di una prenotazione o per mancata presentazione dell'assistito, sono ammesse le seguenti motivazioni:

- Malattia (allegare certificato medico).
- Ricovero presso struttura sanitaria (allegare certificato di ricovero)
- Accesso al Pronto Soccorso (allegare referto di PS).
- Altra prestazione specialistica effettuata in urgenza (allegare referto).



- Nascita di figlio/figlia (entro tre giorni antecedenti alla prenotazione e con allegato del certificato di nascita).
- Lutto se riguarda familiari fino al 2° grado di parentela, coniuge e conviventi accaduto entro tre gg lavorativi antecedenti alla data della prestazione (indicare nome e cognome del defunto e grado di parentela).

### **Art. 5.5 Servizio di Recall e SMS**

Al fine di governare in modo efficace il fenomeno dell'*abbandono*, ovvero la prestazione non eseguita a causa dell'assenza della persona che ha prenotato la visita al CUP, e di assegnare la prestazione ad altri utenti, sempre seguendo l'ordine della lista, con data di prenotazione oltre i tempi standard, è prevista un'ulteriore implementazione delle attività di RECALL, finalizzata alla verifica della disponibilità dell'utente all'accesso alla prenotazione effettuata. A tal fine è necessario che durante la fase di prenotazione sia prevista l'acquisizione dei recapiti telefonici e/o indirizzi di posta elettronica con una precisa procedura da seguire.

È attivo un servizio automatico di Recall e di invio di un SMS per ricordare gli appuntamenti, che ricorda al paziente la prenotazione e che gli consente eventualmente di procedere alla disdetta della stessa. Le regole di funzionamento del sistema (n. di tentativi da effettuare, orario, anticipo delle chiamate rispetto alla data dell'appuntamento) sono stabilite a livello Aziendale. La ASL Pescara effettua tale servizio prioritariamente per le prestazioni ricomprese nei vigenti PNGLA e PRGLA.

### **Art. 6 Gestione delle agende di prenotazione**

L'unità elementare per la gestione dell'offerta è rappresentata dall'agenda di prenotazione che è lo strumento operativo del CUP. L'intera offerta di prestazioni aziendale viene definita esclusivamente tramite la costruzione delle agende informatizzate, in funzione dei diversi regimi di erogazione. Non è consentito l'utilizzo di agende cartacee. Al fine di consentire la gestione delle prenotazioni è stato necessario definire la capacità produttiva attraverso un tempario standard delle prestazioni da associare alle ore di servizio relative ai calendari di erogazione, in modo da permetterne la funzione di governo.



### **Art. 6.1 Responsabile delle Agende di Prenotazione**

La responsabilità delle agende di prenotazione è afferente alla UOC URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico).

La gestione è affidata alla UOS CUP e al back office per quanto riguarda la parte operativa inerente:

- l'apertura delle agende;
- la manutenzione periodica;
- le eventuali sospensioni, solo nei casi previsti;
- il monitoraggio dei tempi di attesa tramite l'analisi degli indici di performance.

### **Art. 6.2 Requisiti delle agende**

La gestione delle agende richiede:

- la definizione della struttura erogatrice: sede identificata con codice STS;
- la classificazione dell'agenda: Cup di I° livello (Primo Accesso) o CUP di II° livello (Accesso successivo);
- i dati delle UU.OO. che erogano la prestazione e precisamente:
  - o la struttura (equipe, medico, ecc.);
  - o l'ubicazione dell'ambulatorio;
  - o gli orari di servizio/disponibilità della fascia;
- l'indicazione delle differenti tipologie di accesso:
  - o agenda di primo livello prenotabile da operatori CUP (di sportello o di call center);
  - o agenda di secondo livello prenotabile direttamente dalle strutture ambulatoriali;
- l'individuazione e quantificazione delle prestazioni di primo o secondo livello;
- l'applicazione dei criteri di priorità per l'accesso alla prestazione. Ciascuna agenda è ripartita in classi di priorità, in ognuna delle quali sono distribuiti i posti complessivamente disponibili, secondo percentuali stabilite dalla DGR 265/2019.

Le agende specialistiche delle strutture ospedaliere e territoriali devono garantire spazi di prenotazione definiti dalla Direzione Aziendale e/o dalle Direzioni Aree Distrettuali e non possono essere soggette a chiusure.

Periodicamente e comunque almeno una volta l'anno, le agende verranno revisionate.



AZIENDA SANITARIA LOCALE PESCARA  
*Regolamento per la prescrizione, prenotazione, gestione  
agende e monitoraggio dei tempi di attesa delle  
prestazioni specialistiche ambulatoriali della ASL di  
Pescara*

Documento:  
D.S.A.-Rel. 08/2024

Pag. 24 di 34

Di seguito si riportano i tempi di esecuzione delle prestazioni che saranno adottati dall'entrata in vigore del regolamento.

Codice	Descrizione prestazione	Tempo esecuzione in minuti
89.7A.3	Prima visita cardiologica	20
89.7A.6	Prima visita chirurgica vascolare	20
89.7A.7	Prima visita dermatologica	20
89.7B.2	Prima visita di medicina fisica e riabilitazione	20
89.7A.8	Prima visita endocrinologica/diabetologica	20
89.7A.9	Prima visita gastroenterologica	20
89.26.1	Prima visita ginecologica	20
89.13	Prima visita neurologica [neurochirurgica]	30
89.7C.2	Prima visita urologica/androgica	20
95.02	Prima visita oculistica	20
89.7B.6	Prima visita oncologica	30
89.7B.8	Prima visita otorinolaringoiatrica	20
89.7B.7	Prima visita ortopedica	20
89.7B.9	Prima visita pneumologica	20
45.16	Esofagogastroduodenoscopia [EGD]	30
45.25	Biopsia endoscopica dell'intestino crasso	40
45.23	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	40
45.42	Polipectomia endoscopica dell'intestino crasso	45
88.71.4	Diagnostica ecografica del capo e del collo	20
88.73.1	Diagnostica ecografica mammella bilaterale	20
88.73.2	Diagnostica ecografica mammella monolaterale	15
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	20
88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	30
88.72.3	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	30
88.76.1	Ecografia addome completo	20
88.75.1	Ecografia dell'addome inferiore	15
88.74.1	Ecografia dell'addome superiore	15
88.78.2	Ecografia ginecologica	15
88.78	Ecografia ostetrica	30
89.52	Elettrocardiogramma	10
89.50	Elettrocardiogramma dinamico	15
93.08.1	Elettromiografia semplice [EMG]	30, comprensiva di 6-8 segmenti
95.41.1	Esame audiometrico tonale	15
95.11	Fotografia del fundus	15
87.37.1	Mammografia bilaterale	20
87.37.2	Mammografia monolaterale	15





88.91.1	Risonanza magnetica nucleare (RM) del cervello e del tronco encefalico	30
88.91.2	Risonanza magnetica nucleare (RM) del cervello e del tronco encefalico, senza e con contrasto	40
88.93.1	Risonanza magnetica nucleare (RM) della colonna, senza e con contrasto	50
88.95.5	Risonanza magnetica nucleare (RM) dell'addome inferiore e scavo pelvico, senza e con contrasto	40
88.93	Risonanza magnetica nucleare (RM) della colonna	30
88.95.4	Risonanza magnetica nucleare (RM) dell'addome inferiore e scavo pelvico	30
89.37.1	Spirometria semplice	20
89.37.2	Spirometria globale	30
89.41	Test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile	30
89.43	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro	30
88.38.5	Tomografia computerizzata (TC) del bacino	20
88.01.5	Tomografia computerizzata (TC) dell' addome completo	20
88.38.2	Tomografia computerizzata (TC) del rachide e dello speco vertebrale, senza e con contrasto	20
87.03	Tomografia computerizzata (TC) del capo	20
87.03.1	Tomografia computerizzata (TC) del capo, senza e con contrasto	20
87.41.1	Tomografia computerizzata (TC) del torace, senza e con contrasto	20
88.38.1	Tomografia computerizzata (TC) del rachide e dello speco vertebrale	20
88.01.1	Tomografia computerizzata (TC) dell' addome superiore	20
88.01.6	Tomografia computerizzata (TC) dell' addome completo, senza e con contrasto	20
88.01.3	Tomografia computerizzata (TC) dell' addome inferiore	20
88.01.2	Tomografia computerizzata (TC) dell' addome superiore, senza e con contrasto	20
88.01.4	Tomografia computerizzata (TC) dell' addome inferiore, senza e con contrasto	20
87.41	Tomografia computerizzata (TC) del torace	20

### ***Art. 6.3 Attivazione Ambulatorio Specialistico/agenda di prenotazione***

L'attivazione di una nuova attività ambulatoriale prevede la creazione di una specifica agenda. La richiesta di attivazione avviene mediante l'invio di proposta scritta e motivata del Direttore di U.O., sentito il Direttore di Dipartimento, o su proposta dello specialista convenzionato interno operante presso i Distretti, indirizzata alla UOS CUP e back office CUP.

- Per le strutture ospedaliere è necessaria l'autorizzazione della Direzione Medica di Presidio.
- Per le strutture distrettuali è necessaria l'autorizzazione del Direttore del Distretto.



### **Art. 6.4 CUP II° LIVELLO**

Attraverso l'informatizzazione delle sedi ambulatoriali ospedaliere e territoriali, si attua la completa "presa in carico" dell'assistito. Per ogni unità operativa erogante prestazioni di specialistica ambulatoriale, sono obbligatori l'attivazione e la gestione sistematica delle agende CUP di II° livello, mediante l'utilizzo del software gestionale aziendale; pertanto, i singoli soggetti erogatori, in sede di visita dovranno procedere obbligatoriamente alla compilazione delle ricette dematerializzate e alla successiva registrazione nella suddetta agenda CUP di II° Livello.

Si precisa che il sistema gestionale aziendale, tramite un'interfaccia informatica, è direttamente collegato al SISTEMA TS, in modo da facilitare la procedura di prescrizione delle ricette dematerializzate. La prenotazione dei controlli, ravvicinati o a distanza temporale, indipendentemente dall'intervallo temporale, da parte della struttura che ha in carico il cittadino, è vincolante per ciascun responsabile di Unità Operativa erogatrice e per i relativi Direttori di Dipartimento e di Presidi/Strutture territoriali.

Inoltre, il gestionale aziendale prevede un meccanismo che aggiorna automaticamente le agende, monitorandone la saturazione giornaliera e, 72 ore prima della data considerata (in caso di mancata occupazione degli spazi dedicati a prestazioni CUP di II Livello), inserisce negli eventuali spazi liberi dedicati, prestazioni CUP di I livello che andranno a completare la seduta ambulatoriale garantendo la piena occupazione del tempo dei medici specialisti. Detto automatismo determina così una rimodulazione continua dell'offerta aziendale complessiva che è in continuo aggiornamento e assicura l'ottimizzazione dell'erogazione delle prestazioni.

### **Art. 6.5 Modalità di scorrimento delle agende**

La prenotazione delle agende avviene secondo il criterio di scorrimento temporale e all'utente deve poter essere prospettata almeno una data prenotabile. Non sono consentite le liste chiuse. La visibilità delle agende deve essere di almeno 2 anni. Nel caso in cui la visibilità temporale sia inferiore a quella necessaria per la programmazione dei controlli (CUP di II° livello), ancorché non sature, il Responsabile della unità erogante deve chiedere il prolungamento del periodo di validità dell'agenda e di modulazione dell'attività ambulatoriale.



## **Art. 6.6 Manutenzione agende**

### **Art. 6.6.1 Variazione temporanea agenda**

Per variazione temporanea di un'agenda si intende l'apertura/chiusura/spostamento di una o più sedute o l'apertura di sedute aggiuntive rispetto al programmato. La variazione può avvenire per motivi non programmabili o programmabili.

- **Chiusure non programmabili**

Sono causate da eventi imprevisti ed eccezionali quali:

- assenza improvvisa del medico (malattia, infortuni e impedimenti non prevedibili) e impossibilità di reperire un sostituto nella giornata o nei giorni seguenti;
- rotture improvvise di attrezzature.

Nel caso di chiusure non programmabili, lo specialista avvisa tempestivamente il Direttore/Responsabile dell'Unità Operativa o distretto, il quale a sua volta si attiverà in primis per far avvisare tempestivamente tutti i pazienti già eventualmente presenti presso l'ambulatorio e successivamente contatterà telefonicamente i non presenti per comunicare loro che la seduta è stata sospesa. Sarà compito ed incombenza dell'Unità Operativa coinvolta e/o dell'Area Distrettuale di riferimento individuare nel più breve tempo possibile sedute sostitutive per la ricollocazione degli utenti sospesi entro un lasso di tempo al massimo di quindici giorni e di provvedere tempestivamente ad avvisare gli utenti inserendoli nelle sedute sostitutive sopra individuate;

- **Chiusure Programmabili**

Rientrano tra le sospensioni programmabili quelle dovute all'assenza del medico per congedo ordinario, straordinario o aggiornamento, ovvero alle manutenzioni ordinarie delle attrezzature. Il Direttore/Responsabile della Struttura/Distretto è tenuto comunque a verificare la presenza di prenotazioni nel periodo di interesse prima di autorizzare permessi e congedi. La sospensione dell'attività di erogazione deve essere comunicato formalmente alla UOS CUP; non può avvenire per iniziativa del singolo professionista, e pertanto deve essere comunicata a mezzo mail. In caso di apertura/chiusura/spostamento di una o più sedute, il Direttore di Struttura o lo specialista ambulatoriale, deve darne comunicazione formale con congruo preavviso alla Direzione Medico di presidio/Distretto e per conoscenza alla Direzione Sanitaria.



- **Aperture di nuove sedute:** In caso di richiesta di attivazione di sedute aggiuntive il Direttore di Struttura o lo Specialista Ambulatoriale deve effettuare comunicazione alla Direzione di Presidio/Distretto per la necessaria autorizzazione e per conoscenza alla Direzione Sanitaria; ne segue l'invio alla UOS CUP e back office CUP per il proseguo delle procedure.

Per tutte le comunicazioni oggetto delle presenti disposizioni si rimanda alla modulistica aziendale.

#### **Art. 6.6.2 Variazione stabile di agenda**

In accordo con il principio che le agende vengano organizzate su base annua, le variazioni stabili dell'attività vanno previste, di norma, nell'anno precedente per l'anno successivo, con le seguenti modalità:

- Il Direttore della Struttura/Specialista provvede a inviare domanda in forma scritta alla Direzione Medica o al Distretto con allegata relazione motivata.
- Il Direttore della Direzione Medica/Distretto provvedono a valutare e autorizzare la "variazione stabile dell'agenda" e successivamente a trasmetterla alla UOS CUP e back office CUP, il quale si attiverà per rendere operativa la variazione stabile dell'agenda.
- Vigè il principio secondo il quale le variazioni strutturali di una agenda s'intendono applicabili sempre dalla prima data utile.
- Ad ogni modo Le agende non devono subire variazioni in corso d'anno, fatta eccezione per i seguenti motivi:
  1. importanti variazioni organizzative subentranti nella struttura,
  2. adeguamento del mix e del numero di prestazioni offerte per il rientro nei tempi di attesa standard.

#### **Art. 6.6.3 Pulizia Agende**

Al fine di consentire un'efficiente gestione delle liste di attesa, necessita da parte del back office CUP in collaborazione con le Unità Operative Erogatrice, un'accurata manutenzione delle attuali agende al fine di separare distintamente le prestazioni di I e II Livello e collocarle nelle rispettive agende di competenza.



#### **Art. 6.6.4 Servizio di alert saturazione agende**

È previsto un sistema informatico di alert in prossimità della saturazione delle stesse nell'arco temporale di apertura, al fine di dare la possibilità all'azienda di valutare le opportune azioni per soddisfare la domanda.

#### **Art. 6.7 Chiusura Agende**

È fatto divieto di procedere alla sospensione/chiusura non giustificata e non programmata delle agende secondo quanto previsto dalla normativa vigente che prevede sanzioni amministrative per i trasgressori.

La cessazione di un ambulatorio avviene, come nel caso di apertura di una agenda, esclusivamente per scelte aziendali o su approvazione di un'istanza da parte dello specialista (es. cessazione di rapporto di lavoro). La richiesta di chiusura di un ambulatorio deve essere presentata dalla Struttura erogante al Direttore del Distretto o al Direttore Sanitario di Presidio a mezzo comunicazione scritta.

#### **Art. 6.8 Sospensioni**

##### **Art. 6.8.1 Sospensione dell'attività di prenotazione**

Si ricorda che, ai sensi del comma 282, dell'art. 1 della Legge 23 dicembre 2005 n. 266 (Finanziaria 2006) e del recente Decreto Legge 7 giugno 2024 N. 73 è vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni.

Nel caso in cui la sospensione sia legata a motivi tecnici (esempio guasto attrezzature sanitarie), l'Azienda deve informare la Regione comunicando altresì l'eventuale data di ripristino delle prenotazioni.

È previsto inoltre un flusso su questi dati da Regione a Ministero della Salute.

La comunicazione all'Assessorato deve prevedere:

- Tipologia di prestazione sospesa;
- Struttura interessata;
- Motivo della sospensione;
- Misure intraprese per il superamento della criticità;
- Eventuale sospensione dell'equivalente attività intramoenia.



### **Art. 6.8.2 Sospensioni non programmabili**

Rientrano in questa categoria le sospensioni impreviste ed eccezionali causate da:

- Assenza improvvisa del medico (malattia, infortuni e impedimenti non prevedibili) e impossibilità di reperire un sostituto nella giornata o nei giorni seguenti;
- Rotture improvvise di attrezzature;
- mancanza di reagenti, mezzi di contrasto o materiali monouso.

Nel caso di sospensioni non programmabili si rimanda a quanto previsto al paragrafo 6.4.1 del presente regolamento.

### **Art. 6.8.3 Sospensione programmabile dell'erogazione**

Rientrano tra le sospensioni programmabili:

- sospensioni dovute all'assenza del medico per ferie (con almeno 6 mesi di anticipo);
- sospensioni dovute a congressi/corsi di aggiornamento (con almeno 6 mesi di anticipo);
- sospensioni dovute alle manutenzioni ordinarie delle attrezzature (con almeno 6 mesi di anticipo);
- lavori di manutenzione straordinaria e/o di ristrutturazione e/o per altra indisponibilità della struttura.

I Direttori/Responsabili delle Strutture/Distretti sono tenuti a garantire le prestazioni indipendentemente dall'autorizzazione dei congedi ordinari, nonché dalla partecipazione a convegni e congressi da parte del personale sanitario.

Fanno eccezione le situazioni ambulatoriali gestite da un solo medico o con dotazione organica deficitaria. In questi ultimi casi il responsabile è tenuto comunque a verificare la presenza di prenotazioni nel periodo di interesse prima di autorizzare permessi e congedi.

La sospensione dell'attività di erogazione deve essere un atto formale non di iniziativa del singolo erogatore o del singolo professionista. In caso di sospensione il Direttore di Struttura o lo Specialista Convenzionato Interno deve effettuare comunicazione alla Direzione di Presidio/Distretto per la necessaria autorizzazione ed invio successivo al CUP / Back office per il proseguo delle procedure.



#### ***Art. 6.8.4 Autorizzazione congedo ordinario e permessi non retribuiti medici specialisti ambulatoriali convenzionati***

Il medico specialista convenzionato è tenuto a richiedere il congedo ordinario o il permesso non retribuito con un preavviso di norma non inferiore a 30 giorni. Nel caso in cui la richiesta giunga al Responsabile dell'Assistenza Specialistica/Distrettuale con preavviso inferiore a 30 giorni l'autorizzazione sarà concessa a condizione che l'Azienda possa provvedere al servizio o che il richiedente garantisca la sostituzione ai sensi dell'articolo 33, comma 2 ACNL/2024.

#### ***Art. 6.8.5 Le regole di manutenzione delle Agende***

La struttura delle agende per dare garanzia di accesso in tempi utili deve essere mantenuta costante nel tempo. Pertanto tutte le attività che incidono sulla loro programmazione a lungo termine (assenze non programmate quali le ferie, la partecipazione a congressi) vanno comunicate almeno trimestralmente ai referenti delle agende, che hanno l'obbligo di trasmetterle immediatamente al back office CUP, che valuterà l'impatto e procederà alla riprogrammazione delle attività per evitare ripercussioni negative sull'organizzazione ma soprattutto sui tempi di attesa. In Azienda, per dare risposta al fenomeno delle chiusure improvvise (per malattia o altri eventi non programmabili) sono state previste, esclusivamente per il personale specialista interno di difficile sostituzione chiusure precauzionali di alcuni giorni al mese, destinate all'eventuale recupero dei pazienti prenotati nel periodo di chiusura non programmata, sottraendo in questo modo posti all'offerta CUP. Tali chiusure precauzionali si riconvertono automaticamente in attività programmata in caso di mancato utilizzo.

#### ***Art. 6.8.6 Piano Ferie specialisti ambulatoriali interni***

Al fine di migliorare l'organizzazione e ridurre i disagi all'utenza, nei periodi di assenze che prevedono una perdurante sospensione del servizio, l'Azienda richiede allo specialista entro il 31/12 di ciascun anno, una programmazione di massima del/dei periodi di **assenza** di cui il medico intenderà usufruire nell'anno successivo. Tali periodi dovranno essere riconfermati entro i termini previsti dall'A.C.N. (30 gg prima) in merito ai permessi retribuiti.



## ***Art. 7 Programma di Governo delle liste di Attesa***

Coerentemente con gli obiettivi di contenimento delle liste di Attesa previste da Decreto Legge n. 73 del 7 giugno 2024, l'azienda ASL di Pescara adotterà uno specifico Programma di Governo delle Liste di Attesa, al fine di addivenire ad una più efficiente gestione delle agende di prenotazione e della relativa erogazione delle prestazioni mediante:

- Adozione del Piano Annuale delle Prestazioni;
- Integrazione delle agende di prenotazione con gli erogatori delle strutture private accreditate;
- Incremento dei volumi di prestazioni specialistiche ampliando le fasce di orario dedicate;
- Incremento dei volumi di prestazioni specialistiche con utilizzo di eventuali prestazioni aggiuntive e/o di prestazione delle strutture private accreditate nei limiti di quanto previsto dal Decreto legge 7 giugno 2024 n. 73;
- Coinvolgimento degli specialisti interni e convenzionati per la verifica dell'appropriatezza prescrittiva dei Medici MMG.

### ***Art. 7.1 Monitoraggio per il governo delle liste di attesa***

L'atto di Intesa Stato – Regioni per il triennio 2019-2021 ha stabilito che per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio (visite specialistiche e prestazioni strumentali), il tempo massimo di attesa individuato dalla Regione dovrà essere garantito, almeno per il 90% delle prenotazioni con Classi di priorità B e D, riferite a tutte le strutture sanitarie. A decorrere dal 1 gennaio 2020, il monitoraggio è stato esteso anche alla Classe P. 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 (primo accesso); sono escluse dai monitoraggi tutte le prestazioni di controllo (altro accesso) e le prestazioni di screening e le prestazioni con Classe U (Urgente) che necessitano comunque di osservazione e indicazioni generali anche nel PNGLA.





Il PNGLA 2019-2021 si propone di condividere un percorso per il Governo delle Liste di Attesa, finalizzato a garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, il rispetto delle classi di priorità, la trasparenza e l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri.

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex post, viene effettuato attraverso il flusso informativo ex art. 50 della legge 326/2003 che, nell'aggiornamento del comma 5 del decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 18 marzo 2008, è stato implementato delle informazioni necessarie al suddetto Monitoraggio. I dati raccolti sono relativi alle prestazioni monitorate erogate presso le strutture pubbliche e private accreditate indicate nei Programmi Attuativi Aziendali. Oggetto di Monitoraggio dei tempi di attesa saranno le Classi di priorità B e D, mentre per la Classe P saranno successivamente definite le modalità di Monitoraggio.

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex ante, si basa su una rilevazione dei dati sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali monitorate. Sono tenute alla rilevazione tutte le strutture pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni per conto e a carico del SSN indicate nei Programmi attuativi aziendali. Il Monitoraggio ex ante si effettua solo per le prestazioni in primo accesso. Oggetto di Monitoraggio dei tempi di attesa saranno innanzitutto le prestazioni nelle Classi di priorità B e D, mentre per la Classe P saranno successivamente definite le modalità di monitoraggio. Le informazioni devono essere rilevate nel periodo indice e trasmesse al Ministero della Salute.

### ***Art. 7.2 Comunicazione agli assistiti***

L'informazione e la comunicazione sulle liste di attesa sono un diritto del cittadino; pertanto l'ASL di Pescara si impegna a trasmettere informazioni ai cittadini riguardo alle prestazioni sanitarie, alle novità normative ed organizzative, ai diversi regimi di erogazione delle prestazioni, ai regolamenti, alla compartecipazione alla spesa sanitaria e titoli di esenzione, all'accesso e ai canali di prenotazione nel rispetto dell'equità e della trasparenza. Sul sito aziendale di ogni singola Struttura Pubblica facente parte dell'Area Omogenea sono pubblicate in modo chiaro le informazioni per i cittadini e vengono aggiornate in coerenza alle disposizioni nazionali/regionali. Gli aggiornamenti del sito vengono comunicati dal Direttore di Presidio o dal Direttore del Distretto all'Unità Operativa URP aziendale che prenderà in carico la pubblicazione.



### ***Art. 7.3 Verifica dell'appropriatezza prescrittiva***

La Direzione Sanitaria Aziendale si riserva di fare verifiche a campione sull'appropriatezza prescrittiva mediante l'utilizzo delle funzionalità previste all'interno del gestionale aziendale.

Il Dirigente Amministrativo, con la presente sottoscrizione, attesta la regolarità tecnica e amministrativa nonché la legittimità del provvedimento

Il Dirigente Amministrativo

Vilma Rosa

firmato digitalmente

Il Direttore dell'UOC Controllo di Gestione attesta che la spesa risulta corrispondente al bilancio di previsione dell'anno corrente.

Il Direttore

firmato digitalmente

Il Direttore dell'UOC Bilancio e Gestione Economica Finanziaria attesta che la spesa risulta imputata sulla voce di conto del Bilancio n.

Anno

Il Direttore

firmato digitalmente

Ai sensi del D. Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, i sottoscritti esprimono il seguente parere sul presente provvedimento:

Parere favorevole

**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

Dott. Francesca Rancitelli

firmato digitalmente

Parere favorevole

**IL DIRETTORE SANITARIO**

Dott. Rossano Di Luzio

firmato digitalmente

**IL DIRETTORE GENERALE**

**Dott. Vero Michitelli**

firmato digitalmente

**Deliberazione n. 1337 del 26/08/2024 ad oggetto:**

REGOLAMENTO PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE, GESTIONE AGENDE E MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI DELLA ASL DI PESCARA

---

**CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE**

- Si attesta che il presente atto viene pubblicato, in forma integrale, all'ALBO ON LINE dell'ASL di Pescara (art. 32 L. 69/09 e s.m.i.), in data 26/8/2024 per un periodo non inferiore a 15 giorni consecutivi.

---

Atto soggetto al controllo della Regione (art. 4, co. 8 L. 412/91): NO

Il Funzionario Incaricato