



PROCEDURA AZIENDALE

SC PCSI –

PROCEDURA PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI, GESTIONE DELLE AGENDE, MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

Data di emissione:

Revisione n° 0

Pagina 1 di 29

SC PCSI

Procedura per la prescrizione, prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, gestione delle agende, monitoraggio dei tempi di attesa

	Responsabili – Firme		
	Nome e Cognome	Funzione/i	Firma
Redazione	Simona Marocco	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO PROGRAMMAZIONE CONTROLLO SISTEMA INFORMATIVO	
	Gianni Breonio	COLLABORATORE TECNICO	
Verifica	Simone Porretto	DIRETTORE SS.CC DSPO NOVI L.- TORTONA E CASALE M.TO-ACQUI T. - OVADA COORDINATORE PP.OO. ASL AL	
	Claudio Sasso	DIRETTORE S.C. DISTRETTO ACQUI TERME-OVADA COORDINATORE TERRITORIALE AZIENDALE ASL AL	
	Maurizio Depetris	DIRETTORE SC PROGRAMMAZIONE CONTROLLO SISTEMA INFORMATIVO	
Approvazione	Massimo D'Angelo	DIRETTORE SANITARIO ASL AL	



PROCEDURA AZIENDALE

SC PCSI –

PROCEDURA PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI, GESTIONE DELLE AGENDE, MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

Data di emissione:

Revisione n° 0

Pagina 2 di 29

Sommario

	pag
1. PREMESSA	3
2. FINALITA'	3
3. AMBITO DI APPLICAZIONE	4
4. DEFINIZIONI	4
5. PRESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI	5
5.1 Classi di priorità	8
5.2 Tipo di accesso	9
5.3 Obbligo dell'indicazione del quesito diagnostico	11
5.4 Limiti di prescrivibilità	11
5.5 Il diritto all'esenzione	11
5.6 Validità delle ricette	12
6. PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI	12
6.1 Accesso al sistema – abilitazioni	12
6.2 Documentazione necessaria per la prenotazione	13
6.3 Libero accesso alla prenotazione (senza prescrizione)	13
6.4 Accesso diretto senza prenotazione (con prescrizione)	14
6.5 Tempi di attesa e rispetto delle priorità	14
6.6 Modalità di prenotazione	15
6.7 Revoca/spostamento degli appuntamenti	16
6.8 Servizio di recall	16
7. L'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	16
8. CONSUNTIVAZIONE DELL'ATTIVITA'	17
9. GESTIONE DELLE AGENDE DI PRENOTAZIONE	17
9.1 Requisiti delle agende	19
9.2 Attivazione ambulatorio specialistico/agenda di prenotazione	20
9.3 Modalità di scorrimento delle agende	21
9.4 Manutenzione delle agende	21
9.4.1 Variazione agenda	21
9.4.2 Sospensione dell'attività di prenotazione	22
9.4.3. Sospensione dell'attività di erogazione	23
9.4.4. Chiusure definitive	24
10 MONITORAGGIO PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA	24
10.1 Rilevazione mensile regionale (giorno indice)	24
10.2 Monitoraggio ex-post	25
10.3 Monitoraggio ex-ante	25
10.4 Monitoraggio flussi validati da Regione	26
10.5 Azioni correttive	26
11 COMUNICAZIONE AGLI ASSISTITI	26
12 RIFERIMENTI	27
13 MODULISTICA	29



PROCEDURA AZIENDALE

SC PCSI –

PROCEDURA PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI, GESTIONE DELLE AGENDE, MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

Data di emissione:

Revisione n° 0

Pagina 3 di 29

1. PREMESSA

L'offerta di specialistica ambulatoriale dell'ASL AL è composta dalle prestazioni erogate dagli ambulatori presenti presso le sedi territoriali ed ospedaliere dell'ASL AL, al fine di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza e offrire all'utenza un servizio adeguato alle necessità.

La complessità dell'offerta, intesa come complesso delle agende di prenotazione e la sua diffusione in diversi punti di erogazione, rende necessaria l'istituzione di un regolamento con l'intento di definire i diversi processi che caratterizzano il flusso ambulatoriale coinvolgendo i diversi attori e mantenendo come obiettivi primari il buon governo dell'offerta, l'equità e la trasparenza.

I tempi di attesa costituiscono uno dei determinanti della qualità dell'assistenza percepita dagli utenti e una delle problematiche più diffuse in tutti i sistemi sanitari, contribuendo in modo rilevante al rapporto di fiducia verso il sistema stesso.

La procedura è destinata a tutti gli operatori coinvolti nel percorso ambulatoriale e le indicazioni in esso contenute sono da ritenersi obbligatorie.

Elemento essenziale di tutto il processo è la comunicazione fra le parti, che deve essere chiara, inequivocabile e puntuale.

2. FINALITA'

Tale documento regolamenta, 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.



PROCEDURA AZIENDALE

SC PCSI –

PROCEDURA PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI, GESTIONE DELLE AGENDE, MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

Data di emissione:

Revisione n° 0

Pagina 4 di 29

3. AMBITO DI APPLICAZIONE

Il presente documento si applica a tutti i percorsi che prevedono attività di prenotazione e successiva erogazione di prestazioni specialistiche previste dai LEA, prescritte dal Medico di Medicina Generale, Pediatra di libera scelta, Specialista ospedaliero e territoriale, in regime di erogazione SSR, ad esclusione delle prestazioni da erogarsi in regime Libero Professionale, per le quali si rimanda all'apposito regolamento vigente; tale regolamentazione è rivolta a tutte le strutture ambulatoriali dell'ASL AL che erogano prestazioni specialistiche e ai Centri di prenotazione aziendali ed include tutti i canali di prenotazione previsti dal Cup Unico Regionale (Sportello, Ambulatorio, Call Center, On-line, App e Totem).

4. DEFINIZIONI

CUP - Centro Unico di Prenotazioni

LEA - Livelli Essenziali di Assistenza

MMG - Medico di Medicina Generale

NRE - Numero di Ricetta Elettronico

PLS - Pediatra di Libera Scelta

SAR - Sistema di Accoglienza Regionale

SAC - Sistema di Accoglienza Centrale

Agenda di prenotazione: strumento informatizzato utilizzato per gestire il calendario di prenotazione delle prestazioni. La sua costruzione avviene definendo: sede di erogazione e soggetti eroganti, prestazioni, orari, durata (slot), tipologia di utenti, le eventuali limitazioni e le differenti tipologie di accesso (profili di accesso). Si distinguono in pubbliche ed esclusive (Rif. Paragrafo 9).

Ricetta dematerializzata: introdotta dal DM 2 novembre 2011, prevede la completa informatizzazione dell'intero ciclo di vita, in sostituzione della ricetta rossa stampata dal Poligrafico di Stato. Essa prevede la sola numerazione digitale della ricetta (NRE) e l'invio diretto al Sistema di Accoglienza Regionale (SAR) al momento della prescrizione da parte del medico (MMG/PLS o Specialista ospedaliero e territoriale). I dati vengono ricevuti, validati ed elaborati dal Sistema di Accoglienza Centrale (SAC) del MEF - Ministero Economia e Finanza; viene fornita conseguentemente una risposta al prescrittore sulla correttezza dei



PROCEDURA AZIENDALE

SC PCSI –

PROCEDURA PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI, GESTIONE DELLE AGENDE, MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

Data di emissione:

Revisione n° 0

Pagina 5 di 29

dati inviati: se la risposta è positiva, alla ricetta prescritta viene associato un codice di autenticazione che ne certifica la validità. Il promemoria della ricetta viene in seguito stampato dal software del medico su un foglio bianco, seguendo uno specifico modello indicato dal DM 2 novembre 2011.

Centro unificato di Prenotazione (CUP): Sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie, deputato a gestire l'intera offerta (SSN, regime convenzionato, intramoenia, ecc.), strutturando in modo organizzato l'attività delle unità per ciò che attiene l'erogazione delle prestazioni, interfacciandosi a questo scopo con le diverse procedure di gestione dell'erogazione, degli accessi e delle relative informazioni, supportando modalità di programmazione dell'offerta e comunicazione ai cittadini. Tale Sistema consente di facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie e di monitorare la domanda e l'offerta complessiva, attraverso idonei strumenti di analisi, che forniscono informazioni rilevanti ai fini del governo delle liste di attesa.

5. PRESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

La prescrizione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili a carico del SSR deve avvenire con ricetta dematerializzata introdotta dal DM 2 novembre 2011, salvo casi eccezionali nei quali la prescrizione può avvenire in forma cartacea.

E' sempre obbligatoria ed assume rilevanza come documento contabile, con efficacia probatoria ai fini del rimborso da parte del SSR. La ricetta è una certificazione, 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 alterazioni apportate alla ricetta, oltre che costituire violazione delle regole di sistema, possono configurare illecito amministrativo o nei casi più gravi, assumere rilevanza penale integrando il reato di cui all'art. 481 c.p., non configurabile fino a querela di falso.

La corretta modalità prescrittiva presuppone pertanto non solo il rispetto degli aspetti formali ma anche e soprattutto il rispetto dei principi di appropriatezza, efficacia ed efficienza.

Non rientrano nel percorso di dematerializzazione:

- ✓ prestazioni ambulatoriali prescritte ed erogate durante episodi di Pronto Soccorso (Flusso C2) e di ricovero (Flusso C4), comprese le prestazioni in pre e post-ricovero utilizzando percorsi/agende di prenotazioni interne (sono considerate come pre-ricovero le prestazioni strettamente e direttamente correlate al ricovero programmato). Gli esami diagnostici post ricovero devono essere eseguiti entro 7 giorni dalla data di dimissione ed indicati sulla lettera di



PROCEDURA AZIENDALE

SC PCSI –

PROCEDURA PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI, GESTIONE DELLE AGENDE, MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

Data di emissione:

Revisione n° 0

Pagina 6 di 29

dimissione, mentre le visite ed eventuali prestazioni post-ricovero (visita, asportazione suture, medicazioni, rimozione drenaggi) devono essere eseguite entro 30 giorni dalla data di dimissione. Tali prestazioni devono essere erogate presso la stessa ASR di ricovero;

- ✓ prestazioni dell'Agenda di Gravidanza.

La prescrizione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili a carico del SSR deve avvenire nell'ambito dell'attività istituzionale, escludendo qualsiasi utilizzo per attività libero professionale e deve essere finalizzata all'erogazione delle visite o prestazioni necessarie ai fini della definizione di un percorso diagnostico terapeutico.

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 competente (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.

Il ciclo completo della ricetta dematerializzata prevede tre fasi:

- ✓ prescrizione;
- ✓ presa in carico (inserimento in piattaforma CUP attraverso la prenotazione);
- ✓ erogazione.

Qualora non si proceda alla prenotazione della prestazione, come ad esempio nei casi di prestazioni aggiuntive, classi U e accessi "tempo zero", la registrazione della prestazione deve inderogabilmente essere effettuata entro le ore 24 del giorno di erogazione.



PROCEDURA AZIENDALE

SC PCSI –

PROCEDURA PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI, GESTIONE DELLE AGENDE, MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

Data di emissione:

Revisione n° 0

Pagina 7 di 29

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

- ✓ indicazione di prima visita/prestazione diagnostica o accessi successivi ("1" il primo accesso e "0" gli accessi successivi);
- ✓ quesito diagnostico (sia se trattasi di prestazioni di primo accesso che di accesso successivo);
- ✓ classe di priorità.

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 di primo o altro accesso;
- ✓ classe di priorità;
- ✓ quesito diagnostico;
- ✓ campo note.

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

- ✓ il distretto anatomico da studiare;
- ✓ orario o altra informazione necessaria per la corretta erogazione della prestazione;
- ✓ metodiche per alcune prestazioni di laboratorio;
- ✓ ciclo di prestazioni: poiché nella ricetta occorre 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 casistica del paziente.



PROCEDURA AZIENDALE

SC PCSI –

PROCEDURA PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI, GESTIONE DELLE AGENDE, MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

Data di emissione:

Revisione n° 0

Pagina 8 di 29

5.1 Classi di priorità

Il livello di priorità clinica deve essere individuato dal medico prescrittore sulla base del quadro patologico del paziente; pertanto, a seconda della presenza e dell'intensità dei sintomi e secondo le classi definite dalla legislazione regionale e nazionale, il medico stabilisce l'arco di tempo entro il quale deve essere effettuata la visita o l'esame diagnostico.

La classe di priorità è obbligatoria.

I termini di garanzia di ogni classe di priorità decorrono dalla data di prenotazione.

La classe di priorità deve essere riportata sulla ricetta dal medico prescrittore:

Classe U (urgente)	Da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque entro 72 ore
Classe B (breve)	Da eseguire entro 10 giorni (7 giorni per prima visita fisiatrica)
Classe D (differibile)	Da eseguire entro 30 giorni per le visite e 60 giorni per gli accertamenti diagnostici
Classe P (programmata)	Da eseguire entro 120 giorni; in questa classe sono incluse le prestazioni programmate (anche di primo accesso), di approfondimento, controllo, follow up, PDTA

Di seguito la definizione delle classi di priorità:

- ✓ Classe U (urgente): prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo brevissimo la prognosi del paziente (situazione di urgenza);
- ✓ Classe B (breve): prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità (situazione di attenzione);
- ✓ Classe D (differibile): prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità (situazione di routine);
- ✓ Classe P (programmata): prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità (situazione dilazionabile).



PROCEDURA AZIENDALE

SC PCSI –

PROCEDURA PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI, GESTIONE DELLE AGENDE, MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

Data di emissione:

Revisione n° 0

Pagina 9 di 29

5.2 Tipo di accesso

Il prescrittore deve indicare se la prestazione da eseguire si riferisce a:

- ✓ Primo accesso (prima visita o primo esame strumentale 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 in seguito 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 patologia sono riconducibili essenzialmente agli ambiti della cronicità e del follow-up e possono essere esaminati attraverso PDTA per valutare il fabbisogno di prestazioni ambulatoriali.

La nota regionale prot. n° 7136 del 21/03/17 prevede che “la visita di controllo richiesta entro l'anno dalla prima visita può essere effettuata dal paziente in qualunque struttura questi ritenga, anche in quelle in cui il paziente si rechi per la prima volta”.

La citata nota precisa, inoltre, che il termine temporale dei dodici mesi nell'arco dei quali può essere richiesta la visita di controllo non si applica per i pazienti affetti da patologia cronica o inseriti in protocolli di follow-up disciplinati da PDTA vigenti e formalizzati sul territorio regionale. Le visite di controllo per questi pazienti possono essere richieste (ed erogate) nei tempi previsti dal PDTA di riferimento che il medico prescrittore deve indicare nelle note della prestazione.

I controlli periodici ed i follow-up, sia di breve sia di lungo periodo, vengono prescritti dallo specialista quando da questi ritenuti necessari e sono da programmare attraverso la prenotazione da effettuare presso l'ambulatorio o i centri di prenotazione aziendali.

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.

Le prestazioni successive al primo accesso devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione, come previsto dall'Intesa Stato Regioni del 21/02/2019 nonché, con specifico riferimento alla presa in carico delle cronicità, delle fragilità e delle patologie oncologie, dall'art. 3 commi 1 e 8 del decreto legge n. 73/2024.

Al fine di chiarire i percorsi da attuare per la prescrizione di visite e prestazioni di specialistica ambulatoriale in relazione alle possibili casistiche riscontrabili, di seguito si riporta la tabella riepilogativa.



PROCEDURA AZIENDALE

SC PCSI –

PROCEDURA PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI, GESTIONE DELLE AGENDE, MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

Data di emissione:

Revisione n° 0

Pagina 10 di 29

Tipologia di paziente	Tipologia prescrizione - Classe di priorità suggerita
Paziente con sospetto/quesito diagnostico nuovo	Prima visita – Prestazione diagnostica Primo accesso Classe: U, B, D, P
Paziente con quadro clinico conosciuto Visita entro l'anno	Visita di controllo – Prestazione diagnostica Altro accesso Classe: P
Paziente con quadro clinico conosciuto con visita oltre l'anno	Paziente con esenzione per patologia o malattia rara: Visita di controllo – Prestazione diagnostica Altro accesso Classe: P Paziente senza esenzione per patologia/malattia rara: Prima visita – Prestazione diagnostica Altro accesso Classe: P
Paziente con quadro clinico conosciuto con complicazione/aggravamento	Paziente con esenzione per patologia o malattia rara attinente: Visita di controllo – Prestazione diagnostica Primo accesso Classe: U, B Paziente senza esenzione per patologia/malattia rara: Prima visita – Prestazione diagnostica Primo accesso Classe: U, B



PROCEDURA AZIENDALE

SC PCSI –

PROCEDURA PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI, GESTIONE DELLE AGENDE, MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

Data di emissione:

Revisione n° 0

Pagina 11 di 29

5.3 Obbligo dell'indicazione 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 confluiscano in una stessa ricetta.

Poiché le prestazioni di specialistica ambulatoriale rappresentano un momento importante della valutazione dell'appropriatezza diagnostico-terapeutica, le richieste devono essere corredate dal quesito diagnostico prevalente, formulato in forma chiara e specifica, obbligatorio per qualsiasi tipo di accesso e classe di priorità. Pertanto in sua assenza l'erogatore non potrà porre la prestazione a carico del SSR.

5.4 Limiti di prescrivibilità

Ogni ricetta medica può contenere prescrizioni/proposte di una sola branca specialistica, fino ad un limite di otto prestazioni (fatte le debite eccezioni per i cicli di cure); le branche specialistiche sono quelle individuate nel Nomenclatore Tariffario vigente.

Prescrizioni di prestazioni riguardanti branche specialistiche diverse devono essere effettuate su ricette diverse.

Nella stessa ricetta non possono essere prescritte prestazioni erogabili in regime di esenzione dal ticket insieme ad altre prestazioni non esenti.

Qualora un assistito sia in possesso di più esenzioni per patologia e sia necessario prescrivere prestazioni per entrambe le patologie, il medico prescrittore dovrà compilare due ricette distinte, indicando su ognuna il codice di esenzione specifico. In caso di più esenzioni, il medico è tenuto a indicare quella più favorevole al paziente.

5.5 Il diritto all'esenzione

Come da normativa vigente, su richiesta dell'interessato, i medici prescrittori al momento della compilazione della ricetta inseriscono il codice di esenzione dal pagamento del ticket su esami e visite specialistiche, per reddito o per malattia rara/patologia cronica; in quest'ultimo caso al medico spetta la verifica della compatibilità tra prestazioni e codice di esenzione.

Se la prestazione erogata è prescritta in una ricetta che non riporta alcun codice di esenzione e quindi il relativo ticket viene pagato, non sarà possibile successivamente richiederne il rimborso, in quanto la ricetta che non riporta il codice esenzione non può essere modificata.



PROCEDURA AZIENDALE

SC PCSI –

PROCEDURA PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI, GESTIONE DELLE AGENDE, MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

Data di emissione:

Revisione n° 0

Pagina 12 di 29

5.6 Validità delle ricette

Le ricette mediche per la prescrizione di indagini specialistiche e/o accertamenti diagnostici hanno la seguente validità a decorrere dalla data di compilazione:

- ✓ 60 giorni se di primo accesso;
- ✓ 180 giorni se di accessi successivi al primo.

La data di prenotazione della prestazione deve ricadere all'interno del periodo di validità della ricetta, mentre la data di erogazione della prestazione può essere anche successiva.

6. PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

La prenotazione delle prestazioni ambulatoriali dell'ASL AL di Alessandria è gestita attraverso la piattaforma del CUP Unico Regionale del Piemonte, realizzato per far convergere ed integrare l'intera offerta degli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Piemonte, semplificando l'accesso alle prestazioni e facilitando il monitoraggio dei volumi erogati e dei tempi di attesa.

La registrazione delle prestazioni di Laboratorio Analisi e Microbiologia, Anatomia Patologica, Dialisi, Neuropsichiatria Infantile, Salute mentale, SERD avviene al di fuori della citata piattaforma in quanto gestita da altri applicativi.

Tramite l'applicativo informatizzato è possibile effettuare la prenotazione di tutte le prestazioni presenti sulla stessa ricetta, anche modificando alcuni appuntamenti in accordo con l'utente o con il servizio erogatore, nel rispetto delle regole della ricetta dematerializzata.

6.1 Accesso al sistema – abilitazioni

Il sistema di attivazione dei profili di accesso all'applicativo del CUP Unico Regionale avviene in conformità alla normativa sulla privacy (GDPR – Regolamento UE n. 679/2016).

Sono previsti meccanismi di profilatura degli operatori relativamente alla tipologia di:

- ✓ Ufficio (il "dove"): indica l'ambito lavorativo;
- ✓ Ruolo (il "cosa"): indica l'incarico attribuito all'utente.



PROCEDURA AZIENDALE

SC PCSI –

PROCEDURA PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI, GESTIONE DELLE AGENDE, MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

Data di emissione:

Revisione n° 0

Pagina 13 di 29

Dall’Ufficio si generano le “dimensioni” per consentire l’abilitazione delle agende di prenotazione delle prestazioni (pubbliche, esclusive, associate, riservate, accesso diretto, ecc...) e il collegamento alla sede di cassa.

Le operazioni effettuate da ogni utente vengono memorizzate nel database (identificativo dell’operatore, tipo, data e ora della transazione).

In particolare le operazioni di modifica dell’intervallo temporale di ricerca attraverso il codice fiscale del paziente, per le quali viene richiesto all’operatore l’inserimento della motivazione, vengono registrate a sistema e sono soggette ad audit periodiche da parte del Cup regionale.

6.2 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. Deve avere inoltre a disposizione la tessera sanitaria (TEAM).

6.3 Libero accesso alla prenotazione (senza prescrizione)

Per le sole strutture pubbliche tutti gli assistiti possono accedere direttamente al sistema di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali, senza prescrizione medica, limitatamente alla sola prima visita e per le seguenti branche specialistiche:

Odontoiatria – Pediatria (per gli assistiti non in carico a Pediatra di Libera Scelta) – Psichiatria – Neuropsichiatria – Oculistica (solo per optometriche prescrizioni lente) – Ginecologia.

Il libero accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali non esonerà l’utente dal pagamento del ticket, se dovuto, fatte salve eventuali esenzioni.

Per eventuali altre prestazioni ambulatoriali che dovessero rendersi necessarie in conseguenza del libero accesso, lo specialista provvederà direttamente a richiedere la prestazione tramite dematerializzata.



PROCEDURA AZIENDALE

SC PCSI –

PROCEDURA PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI, GESTIONE DELLE AGENDE, MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

Data di emissione:

Revisione n° 0

Pagina 14 di 29

6.4 Accesso diretto senza prenotazione (con prescrizione)

Presso l'ASL AL sono assicurate le seguenti prestazioni in accesso diretto, ossia senza necessità di prenotazione purché in possesso di ricetta medica:

- ✓ comuni esami di laboratorio analisi (esami del sangue, urine, fuci...)

6.5 Tempi di attesa e rispetto delle priorità

I tempi d'attesa per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali sono regolati dalla normativa nazionale e regionale vigente.

Come stabilito dalla DGR 17-4817 del 27.03.2017, gli ambiti identificati sono:

- ✓ Distrettuale per le prestazioni a bassa e media complessità;
- ✓ Aziendale (a livello di Presidio Ospedaliero per le prestazioni di media e alta complessità);
- ✓ Sovraaziendale o regionale per prestazioni ad alta e altissima specialità nella logica di rete e/o hub&spoke;
- ✓ Sovraregionale per le prestazioni ad alta complessità, non erogate in ambito piemontese (es. adroterapia).

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 o di una sede.

L'applicativo informatico, anche in questo caso, come per tutte le prenotazioni, acquisisce e registra l'informazione circa il fatto che la prestazione sia/non sia stata prenotata "in garanzia", memorizzando sempre la data del primo appuntamento utile offerto all'utente, anche qualora questa non venga accettata.

Il rispetto delle classi di priorità può non essere garantito quando il paziente si presenta alla prenotazione dopo i termini previsti secondo le modalità di cui alla nota regionale protocollo n. 7136 del 21.03.2017:

- ✓ Ricette con priorità B: se presentate per la prenotazione oltre il termine di 10 giorni dalla data del rilascio (ad eccezione dei casi previsti, es. visita fisiatrica 7 giorni), perde la priorità e viene prenotata come prestazione con priorità D (30 giorni per visite specialistiche e 60 giorni per esami strumentali);



PROCEDURA AZIENDALE

SC PCSI –

PROCEDURA PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI, GESTIONE DELLE AGENDE, MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

Data di emissione:

Revisione n° 0

Pagina 15 di 29

- ✓ Ricette con priorità D: se presentate per la prenotazione oltre il termine di 30 giorni dalla data del rilascio, perde la priorità D e viene prenotata come priorità P.

Le disponibilità in classe U e B sono garantite agli assistiti dell'ASL AL.

6.6 Modalità di prenotazione

La prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale avviene con l'inserimento dei dati anagrafici del paziente e della prescrizione; il sistema fornisce la prima disponibilità, individuata sulla base della classe di priorità assegnata, della tipologia di accesso e del bacino di garanzia relativo alla prestazione stessa; è facoltà dell'utente richiedere l'effettuazione della prestazione in una data e in una sede di propria scelta, anche eventualmente rinunciando al rispetto dei tempi massimi previsti per la classe di priorità assegnatagli.

Completata la prenotazione il sistema rilascia un promemoria e, per alcuni esami, l'indicazione della relativa preparazione.

A seguito dell'avvio della dematerializzazione, per il cittadino non è più possibile fissare più appuntamenti in diverse strutture con la stessa ricetta.

Le modalità con cui può essere effettuata una prenotazione sono le seguenti:

- ✓ *Prenotazione telefonica tramite Call Center del CUP Regionale*

La prenotazione telefonica attraverso il Call Center del CUP Regionale può essere effettuata per tutte le prestazioni presenti su agende "pubbliche").

- ✓ *Prenotazione attraverso sportelli aziendali*

Presso l'ASL AL sono presenti in alcune sedi centri di front-office presso i quali, oltre all'accettazione, è possibile prenotare prestazioni presenti su agende pubbliche e su agende esclusive per i percorsi di follow-up.

- ✓ *Prenotazioni attraverso sito web dedicato e App del CUP regionale, totem, farmacie autorizzate*

Attraverso questi canali il cittadino può effettuare autonomamente, solo se in possesso di prescrizione dematerializzata, la prenotazione di prestazioni disponibili sulle "agende pubbliche".



PROCEDURA AZIENDALE

SC PCSI –

PROCEDURA PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI, GESTIONE DELLE AGENDE, MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

Data di emissione:

Revisione n° 0

Pagina 16 di 29

6.7 Revoca/spostamento degli appuntamenti

La revoca o lo spostamento degli appuntamenti possono essere effettuati attraverso tutti i canali sopra descritti.

L'utente che non intende presentarsi all'appuntamento deve disdire la prenotazione entro i due giorni lavorativi precedenti l'appuntamento (all.1 alla D.G.R. n. 14-10073 del 28/07/2003), al fine di permettere all'Azienda di recuperare il posto e renderlo disponibile, pena il pagamento dell'intero costo della prestazione, anche se in possesso di esenzione dal pagamento del ticket.

6.8 Servizio di recall

E' attivo un servizio automatico di "recall" degli appuntamenti, che ricorda al paziente la prenotazione e che gli consente eventualmente di procedere alla disdetta dello stesso. Le regole di funzionamento del sistema (numero di tentativi da effettuare, orario, anticipi delle chiamate rispetto alla data dell'appuntamento, modalità di notifica) sono stabilite a livello regionale.

Le ASR possono autonomamente escludere le agende per le quali non ritiene utile attivare tale servizio.

7. APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

La presente procedura è predisposta nell'ottica di garantire l'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni specialistiche ambulatoriali nell'ambito dell'ASL, in conformità alle normative nazionali e regionali ed agli obiettivi di qualità e sostenibilità del sistema sanitario, al fine di:

- ✓ ridurre le prescrizioni inappropriate e garantire la congruità clinica delle richieste;
- ✓ assicurare il rispetto dei tempi di attesa previsti per ciascuna classe di priorità (U, B, D, P);
- ✓ migliorare la qualità delle prescrizioni attraverso formazione e strumenti di supporto;
- ✓ integrare i sistemi informativi per la tracciabilità e il monitoraggio delle prescrizioni.

L'ASL AL, al fine di uniformare il più possibile i comportamenti prescrittivi e conseguentemente le modalità di erogazione delle prestazioni, secondo il rispetto del principio di equità ed omogeneità, ha recepito il Manuale RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenea) redatto dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) e adottato ed integrato da Regione Piemonte.

Il Manuale RAO ha la finalità di garantire che le risorse siano destinate in modo efficiente e che i pazienti ricevano l'assistenza di cui hanno bisogno in base alla priorità clinica.



PROCEDURA AZIENDALE

SC PCSI –

PROCEDURA PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI, GESTIONE DELLE AGENDE, MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

Data di emissione:

Revisione n° 0

Pagina 17 di 29

Il Manuale RAO si articola in tabelle in cui per ogni prestazione sono definite classi di priorità con un tempo di attesa raccomandato e specifiche indicazioni cliniche che ne giustificano l'attribuzione, in modo che chi ha maggiore necessità clinica sia visitato o sottoposto a esami strumentali in tempi congrui.

Si configura pertanto come uno strumento importante per:

- ✓ governare le liste di attesa tramite codici e priorità condivise,
- ✓ valorizzare la rilevanza clinica nella definizione delle classi,
- ✓ uniformare i comportamenti prescrittivi delle strutture regionali,
- ✓ garantire trasparenza, equità e monitoraggio continuo nel sistema.

Il sistema RAO classifica le prestazioni specialistiche ambulatoriali in gruppi omogenei rispetto al tempo di attesa secondo priorità cliniche: U, B, D, P (Urgente, Breve, Differibile, Programmabile).

Ogni gruppo è definito da parole chiave cliniche che guidano il medico nella scelta della priorità, in fase di prescrizione, in base alla gravità del caso.

Il manuale include anche indicazioni operative (ad esempio, per preparazione alla colonoscopia) per garantire qualità diagnostica e sicurezza.

In tal modo vengono uniformate le prescrizioni in tutte le strutture del SSR.

E' quindi valido supporto al medico prescrittore, oltre a consentire alle strutture sanitarie di gestire le liste d'attesa in modo più efficiente ed essere uno strumento di trasparenza e di equità nell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, garantendo ai pazienti prestazioni nei tempi ritenuti clinicamente appropriati.

8. CONSUNTIVAZIONE DELL'ATTIVITA'

Ad inizio giornata il professionista accede informaticamente al piano di lavoro contenente l'elenco dei pazienti prenotati.

Il professionista deve inserire sull'applicativo informatico lo stato di "eseguito" alle prestazioni erogate e lo stato di "non presentato" alle prestazioni di utenti non presentati al fine del recupero del credito per mancata disdetta.

9. 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 dell'Azienda viene definita esclusivamente tramite la costruzione delle agende informatizzate, in funzione dei diversi regimi di erogazione.

Non è consentivo l'utilizzo di agende cartacee.



PROCEDURA AZIENDALE

SC PCSI –

PROCEDURA PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI, GESTIONE DELLE AGENDE, MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

Data di emissione:

Revisione n° 0

Pagina 18 di 29

Pertanto, per ogni struttura erogante, è necessario definire la capacità produttiva in termini di ore di servizio e di calendari di erogazione, in modo da permetterne la funzione di governo.

Le agende si suddividono in:

- ✓ Pubbliche: sono visibili al sistema di CUP Unico Regionale e pertanto le prestazioni in esse contenute sono prenotabili dal call center regionale, dagli sportelli aziendali di front-office, dalle farmacie autorizzate presenti sul territorio e autonomamente da parte del cittadino attraverso portale regionale/APP;
- ✓ Esclusive: si riferiscono a visite e prestazioni di controllo/follow-up che devono essere prenotate direttamente dalla Struttura ambulatoriale che ha in carico il paziente, al termine della prima visita; pertanto tali prestazioni non vengono rese pubbliche agli operatori di call center o attraverso gli strumenti di prenotazione on line. Alcune agende esclusive contengono prestazioni di primo accesso monitorate dal PNGLA in quanto dedicate a specifici percorsi aziendali (oncologici, PDTA, percorsi formalizzati, gravidanza, malattie rare, ecc.); eventuali slot liberi nelle 72 ore antecedenti l'appuntamento vengono resi automaticamente pubblici e quindi fruibili alla prenotazione attraverso i canali sopra indicati.

Agli assistiti deve essere assicurata la possibilità di poter prenotare la ricetta con tutte le funzionalità del sistema Cup unico regionale tenendo conto della classe di priorità indicata, del medico prescrittore e dell'ambito territoriale di garanzia.

Pertanto la profilazione delle agende nel sistema Cup unico regionale deve prevedere quanto segue:

- ✓ prima visita: 100% agende pubbliche sul totale;
- ✓ prestazioni di diagnostica: 75% di agende pubbliche sul totale.

Sul sistema Cup regionale è attivo un automatismo secondo cui alcune prestazioni di primo accesso identificate a livello regionale che sono inserite in lista d'attesa sono oggetto di prenotazione tramite il sistema CUP, che propone un'azienda sanitaria ubicata nel territorio dell'ASL di residenza/assistenza, tenendo conto della classe di priorità e della data di adesione dell'assistito alla lista d'attesa, con invio sms di "prenotazione effettuata" e successiva chiamata di "Recall" per eventuale conferma o disdetta.

Le eventuali richieste di primo accesso prescritte dallo specialista (visite di approfondimento erogate da specialista diverso dal primo osservatore e, nel caso di un paziente cronico, visita o esame strumentale di primo accesso necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) possono essere prenotate nelle agende esclusive del CUP qualora la ricetta dematerializzata riporti nel campo "Altro" una delle seguenti lettere:

O - per le ricette prescritte nel percorso delle agende di cure palliative o di oncologia;

N - per le ricette prescritte nel percorso delle agende di dietetica e nutrizione clinica;



PROCEDURA AZIENDALE

SC PCSI –

PROCEDURA PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI, GESTIONE DELLE AGENDE, MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

Data di emissione:

Revisione n° 0

Pagina 19 di 29

E - per le ricette prescritte in Pronto Soccorso alla dimissione ed erogate successivamente da altre unità operative;

G - per le ricette prescritte nel percorso delle agende di gravidanza;

D - per le ricette prescritte nel percorso dei detenuti;

P - per le ricette prescritte nel percorso di follow-up, PDTA/Percorsi formalizzati, Day service, malattie rare.

Le fasce oggetto di prenotazione su agende esclusive, di cui alla D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022, per la programmazione degli appuntamenti e l'erogazione delle visite/prestazioni sono le seguenti:

- ✓ CURE PALLIATIVE
- ✓ ONCOLOGIA
- ✓ DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA
- ✓ PDTA/PERCORSI FORMALIZZATI
- ✓ FOLLOW UP
- ✓ GRAVIDANZA
- ✓ DETENUTI
- ✓ PRESTAZIONI POST PS
- ✓ DAY SERVICE
- ✓ MALATTIE RARE

9.1 Requisiti delle agende

La gestione efficiente delle agende richiede:

- ✓ la definizione della struttura gerarchica: sede (STS), erogatore (definisce la specialità per la sede), unità (MUP: matricola unità produttiva);
- ✓ la classificazione dell'agenda es. tipologia (pubblica-riservata, accesso diretto/in prenotazione, disciplina) per il calcolo dell'offerta e dei tempi di attesa;
- ✓ i dati di chi eroga la prestazione e di quando viene erogata, e precisamente:
 - la struttura (equipe, medico, ecc.)
 - l'ubicazione dell'ambulatorio
- ✓ gli orari di servizio/disponibilità della fascia;
- ✓ la definizione della durata della singola prestazione o pacchetti di prestazioni;
- ✓ i dati di chi può fruire della prestazione (vincoli di età e/o genere), indicando con nota eventuali preparazioni per l'utente per l'erogazione della stessa e/o avvertenze per l'operatore CUP per la prenotazione della prestazione;
- ✓ le differenti tipologie di accesso (profili di accesso):



PROCEDURA AZIENDALE

SC PCSI –

PROCEDURA PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI, GESTIONE DELLE AGENDE, MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

Data di emissione:

Revisione n° 0

Pagina 20 di 29

- agenda prenotabile da operatori CUP (di sportello o di call center)
- agenda prenotabile direttamente dagli ambulatori/punti di accettazione
- ✓ la separazione e quantificazione delle prestazioni di primo o altro accesso (accertamenti diagnostici successivi alla prima visita, protocolli di cura);
- ✓ 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 a priori e modificabili secondo l'andamento della domanda.

Le agende specialistiche delle strutture ambulatoriali devono garantire slot di prenotazioni standard, tendenzialmente non soggetti a sospensioni; sulla base della programmazione mensile delle risorse sanitarie disponibili delle singole strutture è possibile aggiungere ulteriori slot estemporanei di prenotazione (Rif. Paragrafo 8.4).

9.2 Attivazione ambulatorio specialistico/agenda di prenotazione

L'attivazione di una nuova attività ambulatoriale prevede la creazione di una specifica agenda.

Le prestazioni specialistiche che si intendono erogare devono essere attinenti alla specializzazione del professionista nell'ambito della disciplina per la quale è stato assunto.

La descrizione dell'ambulatorio non deve generare dubbi interpretativi in chi prenota le prestazioni e deve contenere delle indicazioni univoche tali per cui il cittadino possa essere in grado di prenotarsi in autonomia tramite gli strumenti del CUP Regionale.

La richiesta di attivazione di un nuovo ambulatorio deve essere effettuata con la seguente modulistica:

- ✓ modello 1 "Richiesta apertura/modifica agenda";
- ✓ modello 3 "Richiesta attivazione ambulatorio" inviato al Servizio Controllo di gestione;

La richiesta dovrà fornire indicazioni in termini di reale bisogno e/o necessità di soddisfare la domanda, disponibilità di spazi logistici, di risorse strumentali.

A seguito di parere favorevole del Direttore Medico di Presidio/Distretto, il settore Governo Liste di attesa si attiva nella configurazione di quanto richiesto e comunica l'apertura del nuovo ambulatorio alla struttura interessata ed invia un'informativa a tutti i soggetti coinvolti.



PROCEDURA AZIENDALE

SC PCSI –

PROCEDURA PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI, GESTIONE DELLE AGENDE, MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

Data di emissione:

Revisione n° 0

Pagina 21 di 29

9.3 Modalità di scorrimento delle agende

La prenotazione delle agende avviene secondo il criterio di scorrimento temporale senza soluzione di continuità. All’utente deve poter essere prospettata almeno una data prenotabile.

Non sono ammesse le liste chiuse; la visibilità delle agende deve essere almeno di 365 giorni per le sedi ospedaliere e 180 giorni per le sedi territoriali (salvo casi espressamente autorizzati dalla Direzione medica di Presidio/Distretti).

Per le agende di presa in carico (controlli e follow-up) ancorché non sature, nel caso in cui la visibilità temporale sia inferiore a quella necessaria per la programmazione dei controlli, il Responsabile della unità erogante chiede il prolungamento del periodo di validità dell’agenda e di modulazione dell’attività ambulatoriale.

9.4 Manutenzione delle agende

9.4.1 Variazione agenda

Si intende apertura/chiusura/spostamento di una o più sedute o l’apertura di sedute aggiuntive rispetto al programmato. La variazione può avvenire per i seguenti motivi:

- ✓ Non programmabili: le chiusure delle sedute 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;
 - guasti improvvisi di attrezzature.

Le chiusure non programmabili devono essere comunicate alla Direzione Medica di Presidio/Distretto e al servizio Governo liste di attesa mezzo mail; in questi casi, compete al personale dell’ambulatorio comunicare nell’immediato direttamente ai pazienti già eventualmente presenti presso l’ambulatorio e contattare telefonicamente quelli successivi comunicando loro che la seduta è stata sospesa e che saranno ricontattati per un nuovo appuntamento, secondo le procedure organizzative della Struttura.

- ✓ Programmabili: rientrano tra le sospensioni programmabili quelle dovute all’assenza del medico per congedo ordinario, straordinario e partecipazione a congressi e alle manutenzioni ordinarie delle attrezzature.



PROCEDURA AZIENDALE

SC PCSI –

PROCEDURA PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI, GESTIONE DELLE AGENDE, MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

Data di emissione:

Revisione n° 0

Pagina 22 di 29

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 chiusura di una o più sedute il Direttore di Struttura o lo Specialista Ambulatoriale deve effettuare comunicazione attraverso la compilazione del modello "Richiesta sospensione agenda" (Modello 2) alla Direzione Medica di Presidio/Distretto per la necessaria autorizzazione; ne segue l'invio al Settore CUP Governo liste di attesa per il prosieguo delle procedure.

In caso di sospensione di un ambulatorio occorre provvedere a ricollocazione dei pazienti prenotati o anticipandoli o posticipandoli al massimo di 7 giorni.

9.4.2 Sospensione dell'attività di prenotazione

L'Azienda deve programmare le attività tenendo conto dei momenti di interruzione e della loro durata in modo da non sospendere l'attività di prenotazione, tranne che per situazioni impreviste da ricondursi a cause di forza maggiore.

Ai sensi del comma 282, dell'art. 1 della Legge 23 dicembre 2005 n. 266 (Finanziaria 2006) è vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 che disciplina i tempi massimi di attesa per le prestazioni sanitarie; a tal proposito è prevista da parte della Regione un'attività sistematica di vigilanza sul rispetto di tale divieto. Il DPCM del 29 novembre 2001 stabilisce che la sospensione dell'attività di prenotazione può avvenire solo in presenza di condizioni eccezionali e motivate, nel rispetto dei principi di continuità assistenziale e tutela del cittadino. I presupposti generalmente previsti sono:

- ✓ cause organizzative straordinarie: ad esempio chiusura temporanea di ambulatori per lavori urgenti, guasti alle apparecchiature, o indisponibilità improvvisa del personale sanitario;
- ✓ emergenze sanitarie o epidemiche: situazioni che richiedono la riconversione delle risorse per garantire prestazioni urgenti o prioritarie;
- ✓ vincoli normativi: rispetto delle classi di priorità e dei tempi massimi di attesa definiti dal DPCM stesso; la sospensione non deve compromettere il diritto all'erogazione nei tempi previsti;
- ✓ previsione di ricollocazione: è obbligatorio garantire la riprogrammazione delle prenotazioni già effettuate, anticipandole o posticipandole entro un termine massimo (spesso indicato in 7 giorni) per non creare disservizi.

Nel caso in cui esistano i presupposti per procedere alla sospensione dell'attività di prenotazione per un'agenda, l'Azienda potrà procedere nel rispetto della seguente procedura:



PROCEDURA AZIENDALE

SC PCSI –

PROCEDURA PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI, GESTIONE DELLE AGENDE, MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

Data di emissione:

Revisione n° 0

Pagina 23 di 29

- ✓ il Direttore della Struttura informa la Direzione Medica di Presidio/Distretto allegando relazione giustificativa;
- ✓ la Direzione Medica di Presidio/Distretto, valutato il caso e accertata l'impossibilità di evitare la sospensione della prenotazione, approva la sospensione e informa il Direttore Sanitario aziendale, provvedendo alla comunicazione alla Regione;
- ✓ la Direzione Medica di Presidio/Distretto appena in grado di definire una data di riapertura delle prenotazioni provvede a comunicarla al Direttore Sanitario aziendale e contemporaneamente alla Regione.

La procedura non deve essere applicata nei casi in cui la prestazione sia garantita in almeno una sede aziendale da altro/i specialisti.

9.4.3 Sospensione dell'attività di erogazione

Il Monitoraggio riguarda le sospensioni relative alle prestazioni indicate nel PNGLA vigente, erogate presso tutte le strutture regionali, nel caso in cui la sospensione riguardi l'erogazione totale di una certa prestazione in una singola struttura, cioè non ci siano altre risorse che continuano ad erogare tale prestazione garantendo così il servizio.

La sospensione delle attività di erogazione è una condizione da prendere in considerazione soltanto se legata a motivi tecnici, in casi eccezionali, in considerazione dei seguenti principi di riferimento:

- ✓ l'interruzione dell'erogazione non motivata costituisce un'interruzione di servizio di pubblica necessità;
- ✓ l'interruzione dell'erogazione può avvenire solo per gravi e giustificati motivi e con idonee procedure.

Fermo restando che la Direzione Strategica Aziendale, di concerto con la Struttura interessata, deve individuare soluzioni per superare la contingenza tecnica e garantire la continuità dei servizi, occorrerà attenersi alle seguenti indicazioni:

- ✓ il Direttore della Struttura informa la Direzione Medica di Presidio/Distretto, motivandone la richiesta, inviando il modulo "Richiesta sospensione agenda (Modello 2);
- ✓ la Direzione Medica di Presidio/Distretto provvede a valutare e autorizzare la richiesta di sospensione e successivamente a trasmetterla al Settore Governo liste di attesa per le attività di competenza;
- ✓ il Settore CUP Governo liste attesa si attiva per rendere operativa la sospensione richiesta, secondo le modalità previste da specifica procedura interna;



PROCEDURA AZIENDALE

SC PCSI –

PROCEDURA PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI, GESTIONE DELLE AGENDE, MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

Data di emissione:

Revisione n° 0

Pagina 24 di 29

- ✓ le modifiche sostanziali che impattano sull'organizzazione esistente e che quindi possono generare un alto numero di pazienti da spostare, dovranno essere effettuate dal primo giorno disponibile in agenda, previa verifica con il Settore CUP Governo liste attesa.

Per garantire il recupero delle prestazioni previste e non erogate nei tempi programmati la Struttura dovrà prevedere sedute aggiuntive o sostitutive.

9.4.4. Chiusure definitive

È fatto divieto 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, per scelte gestionali 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 Medico di Presidio/Distretto che provvederà successivamente a darne comunicazione al settore Governo liste attesa.

La chiusura deve essere comunicata attraverso il flusso specifico alla Regione, che invierà la segnalazione periodica al Ministero della Salute.

10. MONITORAGGIO PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA

Il monitoraggio dei tempi di attesa viene effettuato sulla base delle indicazioni regionali.

In apposita sezione del sito web denominata “Tempi d’attesa” vengono pubblicati tutti i monitoraggi effettuati secondo le tempistiche definite a livello regionale.

10.1 Rilevazione mensile regionale (giorno indice)

Mensilmente, secondo un calendario annualmente definito da Regione, l’ASL AL rileva i tempi di attesa delle prestazioni monitorate (30 giorni per le visite, 60 giorni per le prestazioni per la classe di priorità D); il tempo di attesa consiste nell’intervallo temporale intercorrente tra il giorno indice ed il primo giorno utile di effettuazione della prestazione.



PROCEDURA AZIENDALE

SC PCSI –

PROCEDURA PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI, GESTIONE DELLE AGENDE, MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

Data di emissione:

Revisione n° 0

Pagina 25 di 29

Tale rilevazione avviene attraverso l'estrazione di un report predisposto su applicativo del CUP Unico Regionale secondo i seguenti criteri:

- ✓ sono considerate le disponibilità sulle fasce pubbliche;
- ✓ nel caso in cui alla medesima Azienda afferiscono più codici STS, il sistema rileva il tempo di attesa della prestazione per ciascuno di essi;
- ✓ nel caso in cui su una stessa Struttura sono presenti più erogatori (agende) viene riportato il dato che si riferisce al tempo di attesa più basso;
- ✓ nel caso in cui la prestazione non è erogata dalla Struttura, il report non produce alcuna riga per la prestazione/struttura in questione;
- ✓ l'applicativo restituisce il risultato "non disponibile" nei casi in cui sulla Struttura (agenda):
 - è presente un calendario di prenotazione che risulta saturo e la fascia in back-office è attiva e valida alla data di rilevazione;
 - non è presente calendario generato ma in back-office sono comunque presenti fasce valide alla data di rilevazione.

10.2 Monitoraggio ex-post

L'oggetto di rilevazione è il tempo di attesa che intercorre tra la data di erogazione della prestazione e la data di prenotazione.

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. Tale rilevazione si effettua attraverso la trasmissione dei dati del flusso di specialistica ambulatoriale con cadenza mensile.

10.3 Monitoraggio ex-ante

Consiste nella rilevazione (prospettica) in un determinato giorno/periodo indice della differenza tra la data di prima disponibilità della prestazione e la data di contatto/prenotazione.

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 dal PNGLA vigente.

Nella settimana individuata dalla Regione Piemonte, per ogni classe di priorità (U, B, D oppure P) viene rilevata la quantità di prenotazioni ambulatoriali da garantire entro il tempo della priorità indicata, la quantità garantita, la percentuale di copertura e il valore mediano.

Per ciascuna delle prestazioni monitorate si rilevano il numero di prenotazioni, il numero di prenotazioni garantite nei tempi previsti dalla classe di priorità e la percentuale di garanzia.



PROCEDURA AZIENDALE

SC PCSI –

PROCEDURA PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI, GESTIONE DELLE AGENDE, MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

Data di emissione:

Revisione n° 0

Pagina 26 di 29

10.4 Monitoraggio flussi validati da Regione

Al fine di monitorare l'attività ambulatoriale erogata nelle varie sedi aziendali ed il rispetto dei tempi di attesa, il Servizio Controllo di gestione trasmette reportistica specifica sui volumi e sui tempi di attesa alla Direzione Strategica Aziendale ed ai Direttori di Struttura (fonte dati: flussi validati dal CSI Piemonte).

In particolare viene inviato mensilmente report di monitoraggio delle prestazioni PNGLA con volumi e tempi medi di attesa per classe di priorità e per sede di erogazione per le dovute analisi di competenza dei Direttori di Struttura.

10.5 Azioni correttive

In caso di mancato rispetto delle classi di priorità o criticità nei tempi di attesa, l'Azienda mette in campo azioni correttive quali:

- ✓ modifica degli slot delle agende per aumentare la disponibilità di prestazioni;
- ✓ apertura di sedute spot in orario istituzionale;
- ✓ apertura di agende in orario serale ed al sabato/domenica;
- ✓ attivazione di prestazioni aggiuntive in fasce orarie extra o in giornate dedicate;
- ✓ riserva di agende esclusive per i pazienti affetti da particolari patologie (tumori, malattie croniche, ecc.);
- ✓ monitoraggio della configurazione delle agende al fine di rimodularne l'assetto secondo le disposizioni regionali per il rispetto dei tempi di attesa;
- ✓ per alcune prestazioni specifiche, presa in carico attiva secondo cui la prestazione richiesta dall'utente che non trova adeguata risposta entro i tempi stabiliti viene inserita, previa richiesta dell'assistito, in un'apposita lista del Cup regionale;
- ✓ implementazione ricorso a telemedicina, teleconsulti e televiste, laddove possibile.

11. COMUNICAZIONE AGLI ASSISTITI

L'informazione e la comunicazione sulle liste di attesa sono un diritto del cittadino; pertanto l'ASL AL 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 partecipazione alla spesa sanitaria e titoli di esenzione, all'accesso e ai canali di prenotazione nel rispetto dell'equità e della trasparenza.



PROCEDURA AZIENDALE

SC PCSI –

PROCEDURA PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI, GESTIONE DELLE AGENDE, MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

Data di emissione:

Revisione n° 0

Pagina 27 di 29

Sul sito aziendale sono pubblicate, in modo chiaro e snello, le informazioni per i cittadini, che vengono aggiornate in coerenza alle disposizioni nazionali/regionali.

Presso l'ASL AL è attivo il percorso di tutela per prestazioni di 1° accesso (desunto da ricetta), classi B (10 gg), D (30/60 gg), P (120 gg) in favore dei residenti dell'ASL AL che non riescono a prenotare la prestazione oggetto di tutela all'interno del territorio regionale.

A seguito del DL 104 del 14 agosto 2020 "Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia" che all'articolo 29 ha consentito il ricorso a strumenti utili per rispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali non erogate nel periodo di emergenza epidemiologica e all'abbattimento delle liste di attesa, dall'anno 2021 sono state generate agende dedicate a prestazioni aggiuntive erogate da personale medico e sanitario del comparto.

Sulla base della programmazione definita dalla Direzione Aziendale, la Direzione Medica di Presidio/Distretti autorizza lo svolgimento di tale attività e contestualmente invia comunicazione al settore Governo liste attesa per la predisposizione delle agende dedicate.

Il PNGLA vigente prevede uno specifico monitoraggio della presenza sui siti web regionali e aziendali della sezione dedicata ai tempi e alle liste di attesa.

Sul sito web dell'ASL AL sono presenti e puntualmente aggiornate le seguenti informazioni:

- ✓ Programma Attuativo Aziendale (PAA);
- ✓ monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali in primo accesso monitorate dal PNGLA (prima settimana di ogni trimestre), suddivise per classe e ambito di garanzia (totale prenotato per classe di priorità, n. prenotazioni effettuate, percentuale di garanzia entro i tempi previsti per ogni classe di priorità, valore mediano dei tempi di attesa delle prestazioni prenotate);
- ✓ dato storico ex ante riferito all'anno precedente la pubblicazione;
- ✓ ambiti di garanzia individuabili e percorsi di tutela disponibili;
- ✓ guida alla lettura predisposta dalla Regione.

12. RIFERIMENTI

- ✓ Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021
- ✓ DD 990 del 24.12.2024 Approvazione dell'aggiornamento del Catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale e dell'elenco delle prestazioni sostituibili in erogazione
- ✓ Legge 29 luglio 2024, n. 107 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie"
- ✓ Linee di indirizzo regionali per il miglioramento dell'appropriatezza delle visite e delle prestazioni diagnostiche ambulatoriali – anno 2023
- ✓ DGR 16-7729 del 20/11/2023 Definizione azioni finalizzate alla riduzione delle liste di attesa



PROCEDURA AZIENDALE

SC PCSI –

PROCEDURA PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI, GESTIONE DELLE AGENDE, MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

Data di emissione:

Revisione n° 0

Pagina 28 di 29

- ✓ DGR 20-6920 del 20/05/2023 Ulteriori azioni programmatiche di rilevanza regionale e aziendale per la riduzione delle liste di attesa
- ✓ DGR 4-4878 del 14/04/2022 Piano straordinario di recupero delle liste d'attesa
- ✓ Manuale RAO
- ✓ DL 104 del 14 agosto 2020 "Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia"
- ✓ DGR n. 110-9017 del 16/05/2019 "Recepimento dell'intesa [...] tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2019-2021, [...]" e approvazione del "Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale e di Ricovero per il triennio 2019-2021", a parziale modifica ed integrazione della D.G.R. n. 17-4817 del 27.03.2017"
- ✓ DD 504 del 26 luglio 2018 Direzione Sanità Piemonte – Costituzione del Gruppo Tecnico Regionale per l'avvio e la conformità del sistema unico di prenotazione delle prestazioni sanitarie di cui alla gara europea 65/2015
- ✓ Determinazione Regionale 519 del 8.8.2017 - Prima identificazione dei criteri di garanzia per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di laboratorio, nell'ambito del programma regionale per il governo dei Tempi di Attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il triennio 2017-2019 a norma della DGR 17-4817 del 27.3.2017
- ✓ Indicazioni operative per l'attuazione della D.G.R. n. 17-4817 del 27.03.2017, titolata "Il Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale per il triennio 2017-2019. Primi indirizzi alle Aziende Sanitarie Regionali"
- ✓ DGR 17-4817 del 27.3.2017 Programma regionale per il Governo dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il triennio 2017-2019 – primi indirizzi alle ASR
- ✓ Nota Regionale Direzione Sanità Piemonte n. 7136 del 21 marzo 2017 "Richiesta attivazione di interventi aziendali finalizzati alla corretta gestione del processo di dematerializzazione delle ricette di specialistica ambulatoriale e di laboratorio"
- ✓ D.P.C.M. 12-1-2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza
- ✓ GDPR – Regolamento UE n. 679/2016
- ✓ DGR 20-1086 del 23.2.2015 indicazioni alle ASL finalizzate alla realizzazione di infrastruttura di rete e all'utilizzo di idoneo applicativo in conformità al DM 21.2.2013.
- ✓ DM 2 novembre 2011 "Dematerializzazione della ricetta medica cartacea (Progetto Tessera Sanitaria)"
- ✓ DGR 2-2481 del 29.7.2011 Approvazione Piano Regionale Liste di attesa.
- ✓ DGR 17 maggio 2011, n. 28-2027 Disposizioni alle ASR per dotarsi di un sistema informatizzato per gestire in automatico l'attività di "RECALL".
- ✓ DD 101 del 24/04/2007 "D.G.R. n. 56-3322 DEL 29.01.2007 sulle liste d'attesa – Indirizzi operativi
- ✓ DGR n. 14-10073 del 28 luglio 2003: "Linee guida per la gestione dell'accesso alle prestazioni programmabili in Regione Piemonte".
- ✓ Legge 23 dicembre 2005 n. 266 – Finanziaria 2006
- ✓ DPCM 29 novembre 2001: "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".



PROCEDURA AZIENDALE

SC PCSI –

PROCEDURA PER LA PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI, GESTIONE DELLE AGENDE, MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

Data di emissione:

Revisione n° 0

Pagina 29 di 29

13. MODULISTICA

- ✓ [modello1_Apertura_Modifica_Agenda_CUP.pdf](#)
- ✓ [modello2_Sospensione_Agenda_CUP.pdf](#)
- ✓ [modello3_richiesta attiv.ambul.pdf](#)