



***UNITA' CENTRALE DI GESTIONE DELL'ASSISTENZA
SANITARIA E DEI TEMPI E DELLE LISTE DI ATTESA***

**PROCESSO DI ARMONIZZAZIONE DELLE METODOLOGIE
DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA, RELATIVE ALLE
PRESTAZIONI AMBULATORIALI, NELLE AZIENDE
SANITARIE LOCALI DELLA REGIONE ABRUZZO**

LINEE GUIDA

(integrazione alla D.G.R. 265 del 14.05.2019)

VERSIONE DEFINITIVA



1. ANALISI REGIONALE DEL FABBISOGNO DI PRESTAZIONI SANITARIE AMBULATORIALI

La Regione Abruzzo definisce il fabbisogno di prestazioni di assistenza ambulatoriale su scala regionale, al fine di garantire i livelli essenziali ed uniformi di assistenza sanitaria. In linea con la normativa in materia e con gli indirizzi nazionali previsti nel PNGLA 2025-2027, l'analisi del fabbisogno dovrà tendere al superamento del modello basato sull'analisi storica della domanda ed essere orientata dal Modello nazionale di classificazione e stratificazione della popolazione (MNCS). Le Aziende sanitarie garantiscono l'erogazione, per quanto di competenza, dei livelli di fabbisogno, in conformità alla programmazione regionale.

2. OBBLIGATORIETA', IN PRESCRIZIONE, DEL QUESITO DIAGNOSTICO

Le prescrizioni relative a prestazioni ambulatoriali in primo accesso e le prescrizioni relative a controlli e follow up successive alla prima devono recare obbligatoriamente il quesito diagnostico. Nel caso in cui la prescrizione non rilevi il quesito diagnostico, i sistemi CUP (frontali, telematici, telefonici, etc.) non potranno effettuare la prenotazione. Si dovrà tendere alla codificazione del quesito diagnostico e, in prima fase, essa potrà essere definita sulla base delle classificazioni contenute nel Manuale RAO.

3. PRESA IN CARICO E ACCESSO DIRETTO PER LE PRESTAZIONI IN CLASSE DI PRIORITA' URGENTE (U)

Le prescrizioni, in primo accesso, recanti classe di priorità Urgente (U - entro 72 ore), dovranno essere gestite mediante processo di presa in carico da parte delle UU.OO. attraverso accesso diretto in overbooking alla prestazione medesima, entro e non oltre 72 ore dal contatto iniziale con il CUP.



4. LIVELLI DI RESPONSABILITA' AZIENDALI IN RELAZIONE ALL'ACCESSO E ALLA GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA

Nelle more dell'adozione del PRGLA 2025-2027 i livelli di responsabilità aziendali, in relazione all'accesso e alla gestione delle Liste di attesa, sono definiti dalla Deliberazione di G.R. Abruzzo n. 265/2019 (Piano regionale per il governo delle liste di attesa 2019-2021); il sistema di governo regionale è stato ridefinito con la D.G.R. 35/2025, che dispone – tra l'altro – la nomina del Responsabile Unico Regionale dell'Assistenza Sanitaria (RUAS).

In conformità alla normativa vigente la responsabilità complessiva per la corretta gestione delle liste di attesa è in capo al Direttore Generale delle ASL.

Entro 30 gg. dall'approvazione del presente documento, il Direttore Generale deve identificare con formale atto deliberativo il Responsabile Unico Aziendale (RUA) nella persona del Direttore Sanitario Aziendale o, in alternativa, di un dirigente nominato tra il personale in servizio presso la rispettiva organizzazione sanitaria.

Ferme le funzioni e le responsabilità ascritte al Direttore Generale e al Direttore Sanitario Aziendale, a livello aziendale il RUA è l'interlocutore principale del RUAS.

Considerata l'elevata centralità e complessità del sistema di governo delle Liste di attesa, che si ritiene essere uno dei settori centrali e di più difficile gestione delle Amministrazioni sanitarie locali, sia in termini di accesso ai canali prenotativi, sia in relazione alle azioni di monitoraggio e alle strategie di governo necessarie a ridurre i tempi di attesa, le Aziende sanitarie locali dovranno prevedere strutture organizzative, in cui far confluire le competenze sopra riportate (prenotazione, monitoraggio, azioni di governo, gestione dei percorsi di tutela, etc.).

Presso ogni Azienda sanitaria locale è istituita, entro 90 giorni dall'approvazione del presente documento, l'Unità direttiva delle liste di attesa (UDLA) composta dal Direttore Generale, Direttore Sanitario, RUA, Direttore UO di settore, Direttore o Responsabile aziendale della Sanità Digitale/Sistemi informativi, Direttore/Responsabile dei Servizi finanziari, Direttore / Responsabile delle risorse umane.

All'UDLA compete, fra l'altro, la predisposizione dei Piani attuativi aziendali (PAA).



I PAA dovranno essere redatti in conformità a quanto stabilito nel vigente PRGLA e aggiornati annualmente entro il mese di novembre; dovranno prevedere, tra l'altro, il monitoraggio dell'esercizio corrente, l'elencazione delle criticità e le relative misure di contrasto, il fabbisogno potenziale dell'esercizio seguente, le risorse disponibili, le strategie di contenimento.

5. MONITORAGGIO MENSILE ED ANALISI METODOLOGICA DELLE CRITICITA'

Il PNGLA 2025-2027 prevede la modifica del sistema di rilevazione dell'indicatore ex ante, attraverso l'eliminazione della settimana indice, il monitoraggio mensile, la previsione di una nuova articolazione di prestazioni traccianti.

I dati raccolti valuteranno la data di contatto, quella di registrazione dell'appuntamento, l'azienda di prenotazione, il canale di prenotazione, la scelta dell'utente e l'ambito di garanzia, oltre naturalmente ai dati di prima disponibilità, quelli dell'appuntamento e quelli relativi alla prescrizione. L'impianto di monitoraggio prevederà anche l'introduzione di un campo afferente all'Overbooking.

La nuova metodologia di raccolta dati è obbligatoria a partire dal mese di gennaio 2025 e gli stessi dati verranno inviati dopo essere stati centralizzati su base regionale, costituendo così una valida base dati per il Report di analisi di competenza del RUAS.

Le azioni di monitoraggio obbligatorie saranno le seguenti:

- Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale
- Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime ALPI
- Monitoraggio delle prescrizioni e dell'appropriatezza prescrittiva
- Monitoraggio dell'effettiva inclusione a CUP di tutte le agende (attività pubblica, privata e libero professionale);

6. FUNZIONE E OPERATIVITA' DELLE LISTE - FUNZIONI DI RECALL E REMINDING

Ai fini della rilevazione del tempo di attesa si dovrà considerare sempre la data di effettivo primo contatto/prenotazione e, quindi anche quella di inserimento in una eventuale pre-lista, come previsto dall'allegato D al vigente PNGLA 2019-2021.



Ciascuna ASL, in sede di primo contatto, deve rilasciare l'estratto di prenotazione perseguendo comunque l'obiettivo di anticipare prestazioni fuori garanzia, attraverso i recuperi effettuati in sede di recall/reminding e attraverso gli strumenti e le metodologie previsti dalla normativa vigente. La lista di attesa è unica ed è costituita anche dalla pre-lista.

7. GESTIONE DELLE DISDETTE

Al fine di semplificare i meccanismi di disdetta e spostamento, ogni Azienda sanitaria locale – attraverso il sistema CUP – dovrà garantire opportuni meccanismi di notifica digitali aventi funzione di pro-memoria, al fine di ricordare l'avvenuta prenotazione.

In esecuzione del contratto concluso per l'affidamento dei servizi CUP il soggetto gestore individuato dovrà assicurare le procedure di notifica e verifica degli appuntamenti concordati con gli utenti, attraverso la sistematica notifica delle prenotazioni a mezzo sms e mail (ove quest'ultima disponibile).

Il cittadino-utente, in linea con la normativa vigente, deve disdire / annullare o chiedere lo spostamento della prestazione entro e non oltre 2 giorni lavorativi antecedenti l'evento prestazionale. In caso contrario e in assenza di idonei giustificativi (incidente stradale, decesso utente comunicato dagli eredi, decesso familiare sino al 2° grado di parentela / coniuge / convivente, ricovero in struttura sanitaria, PS o altri motivi di salute che interessino l'utente o familiari sino al 2° grado di parentela / coniuge / convivente), dovrà essere avviato il procedimento di recupero crediti.

8. PERCORSI DI TUTELA

Ciascuna ASL, in linea con l'art. 3, commi 10 e 10 bis, del DL 73/2024, convertito in L. 107/2024, ha l'obbligo di garantire tutte le prestazioni ambulatoriali, in primo accesso, entro il termine massimo previsto per la rispettiva classe di priorità.

Il percorso di tutela determina l'accesso a una quota di offerta di prestazioni straordinaria che viene attivata solo in caso di criticità. Prima di ricorrere alle soluzioni organizzative eccezionali, quali il ricorso alle attività aggiuntive, l'acquisto al privato accreditato o l'utilizzo dell'attività libero professionale intramuraria, le Aziende devono



aver attivato tutte le soluzioni interne possibili di efficientamento del sistema di offerta e di erogazione.

Il ricorso alle prestazioni aggiuntive, all'attività libero professionale intramuraria e al privato accreditato è possibile alle condizioni e nei limiti delle risorse finanziarie stabilite dalla normativa nazionale vigente.

Al fine di incrementare la capacità di assicurare le prestazioni con garanzia dei tempi, le Aziende attivano le misure di cui al citato art. 10 bis, (ivi compreso l'incremento ore a specialisti ambulatoriali interni già in servizio o attivazione di nuove ore di specialistica ambulatoriale interna con stipulazione di rapporti convenzionali finalizzati alla riduzione dei tempi di attesa).

Ciò premesso, nel caso in cui sia stata rilasciata prenotazione fuori garanzia, l'Azienda sanitaria locale deve attivare la presa in carico del cittadino - utente attraverso le seguenti attività:

- attivazione di overbooking e collocamento istanza;
- riutilizzo di slot non occupati (recall) e collocamento istanza;
- richiesta di prestazioni, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, con attivazione di sedute aggiuntive del personale dipendente e collocamento istanza;
- acquisto di slot specifici presso erogatori privati accreditati operanti nella regione, sulla base di accordi aggiuntivi stipulati ai sensi della normativa vigente, alle condizioni e nei limiti delle risorse finanziarie indicate dalla normativa nazionale; al fine della stipulazione degli accordi contrattuali le Aziende si adeguano alle indicazioni definite con provvedimento regionale.
- acquisto slot di ALPI aziendale, secondo tariffe concordate con il dirigente medico specialista e tendenzialmente ad un prezzo agevolato (tariffa smart), al fine del collocamento istanza. In tal caso per individuare l'esecutore, le ASL dovranno garantire la massima trasparenza, anche mediante il ricorso al meccanismo del sorteggio, qualora l'attività richiesta sia erogata, in regime di intramoenia, da più professionisti.



9. OVERBOOKING – INCREMENTO DI PRODUZIONE ISTITUZIONALE AD ISO RISORSE

In relazione ad ogni prestazione tracciante, le ASL dovranno attivare, di default, l'istituto dell'overbooking (incremento di produzione) mediante aggiunta sistematica di uno slot su ciascuna agenda e per ciascuna giornata di funzionamento, con decorrenza dal 01.03.2025. Tale metodologia può essere assunta anche quale obiettivo di risultato, qualora la consistenza degli slot aggiuntivi su ciascuna agenda e per ciascuna seduta ambulatoriale sia maggiore (>) di 1 slot, su specifica richiesta delle stesse UU.OO.

10. RAPPORTO PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE IN ISTITUZIONALE ED ALPI

In esecuzione del comma 2, art. 4 del D.L. 73/2024, convertito nella Legge 107/2024, pubblicata in G.U. n. 178 del 31.07.2024, ciascuna ASL deve assicurare, a decorrere dall'approvazione del presente documento, il corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero professionale, in relazione a ciascun dipendente. Quindi, ciascun dipendente non potrà erogare prestazioni in ALPI per valori assoluti maggiori delle rispettive prestazioni erogate in regime istituzionale dallo stesso dirigente medico. Il monitoraggio di tale rapporto dovrà essere effettuato su base mensile, in sede di ex post. Nel caso di sfioramento, le Direzioni generali aziendali valuteranno le misure da applicarsi, anche consistenti nella sospensione dell'attività erogata in regime di intramoenia, al fine del ripristino del corretto ed equilibrato rapporto istituzionale / Alpi.

11. UNIFORMAZIONE TEMPARI PRESTAZIONALI

Al fine di omogeneizzare le tempistiche di erogazione, la Regione adotta il Tempario unico regionale per le prestazioni di specialistica ambulatoriale soggette a monitoraggio (traccianti), che riporti per singola prestazione la tempistica a cui ogni erogatore pubblico o privato accreditato dovrà adeguarsi, al fine della costruzione e programmazione delle proprie agende. Il Coordinatore delle ASL provvede alla



definizione della proposta di Tempario unico regionale attraverso apposito Gruppo di lavoro interaziendale, entro 6 mesi dall'approvazione del presente documento.

12. MONITORAGGIO AGENDE DI II LIVELLO

Ciascuna Azienda sanitaria locale, con decorrenza immediata, dovrà produrre al RUAS il monitoraggio dei tassi di occupazione delle agende di II livello. In fase di prima esecuzione, la produzione sarà limitata alle prestazioni soggette a monitoraggio (traccianti) e dovrà essere eseguita a cadenza trimestrale, salvo la facoltà del RUAS di definire diversamente – in conformità alle esigenze connesse all'esercizio delle sue funzioni – cadenze temporali e modalità di rendicontazione.

13. DEFINIZIONE DEI CARICHI DI LAVORO

Entro 12 mesi dall'approvazione del presente documento, ciascuna Azienda sanitaria locale, qualora non abbia già provveduto, deve definire la capacità produttiva minima e massima di ciascuna U.O., in termini di prestazioni sanitarie ambulatoriali erogabili su base annuale.

14. INTEGRAZIONE A CUP DELL'INTERA OFFERTA PUBBLICA E PRIVATA

L'offerta erogata dalle strutture private, in nome e per conto del SSN, deve essere totalmente prenotabile a CUP regionale (Orchestratore), così come previsto dall'art. 3, comma 1 del D.L. 73/2024, convertito in L. 107/2024, attraverso l'integrazione dell'intera offerta privata accreditata con il CUP delle Aziende sanitarie territorialmente competenti. L'intera offerta sanitaria pubblica e privata sarà disponibile sia attraverso le aziende sanitarie, sia attraverso il CUP orchestratore per l'offerta regionale. Alle Aziende ASL è demandata la complessiva gestione dell'Offerta sanitaria pubblica e privata, secondo modalità che dovranno essere dettagliate in apposito regolamento. Presso gli erogatori privati accreditati potranno essere attivati sportelli CUP, interoperabili e che abbiano accesso, ai fini della prenotazione, con il CUP orchestratore e, quindi, con l'intera offerta ambulatoriale regionale. La totalità delle prestazioni prenotate e prenotabili dovranno



essere condivise, annualmente, tra le Aziende sanitarie locali e gli erogatori privati accreditati, nell'ambito del Piano delle prestazioni.

15. DISDETTE E RECALLING

Ai sensi dell'art. 3, comma 5 del D.L. 73/2024 convertito in L. 107/2024, i CUP devono attivare un sistema di disdetta delle prenotazioni da effettuarsi almeno due giorni lavorativi prima dell'erogazione della prestazione. Ne consegue che le attività di recalling dovranno coordinarsi con tale indicazione, ad eccezione delle prestazioni per le quali è prevista specifica preparazione. Al fine di contrastare il diffuso drop out, le Aziende sanitarie locali dovranno esigere, dal soggetto gestore affidatario dei servizi CUP, il pieno funzionamento e fruibilità del sistema di "Recall Automatico".

16. PDTA

Ai sensi dell'art. 3, comma 8 del D.L. 73/2024 convertito in L. 107/2024, deve essere definito e garantito l'accesso alle prestazioni presenti nei PDTA approvati dalla Regione. Le ASL definiscono, per ciascun percorso, la necessità e la tempistica di prestazioni ambulatoriali di altra specialità o strumentali che rientrano nel programma di definizione diagnostica e successivo follow-up. Questo implica una condivisione di slot ambulatoriali dedicati a ciascun Percorso Clinico-Organizzativo.

17. GESTIONE DELLE PRESTAZIONI DI II LIVELLO NELLE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE

Qualora la prestazione sanitaria ambulatoriale, con riferimento esclusivo alle prime visite, avvenga - in primo accesso - presso erogatori privati accreditati, al fine della presa in carico dell'utenza in relazione ai controlli e follow up, dovrà adottarsi la seguente procedura:

Lo specialista della struttura privata accreditata esplicita, in sede di referto, i termini temporali della prestazione di controllo/follow up (II livello), iscrivendo nella propria



agenda di II livello (a tal fine, i singoli specialisti operanti presso erogatori privati accreditati dovranno implementare slot di II livello) la data e la prestazione da erogare. Il cittadino-utente dovrà essere invitato a far prescrivere la prestazione dal MMG e secondo le altre modalità consentite dalla normativa vigente.

18. ESTENSIONE DEGLI ORARI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Ogni Azienda sanitaria locale deve garantire l'erogazione di prestazioni sanitarie ambulatoriali in primo accesso anche nei giorni di sabato e domenica.

19. ATTIVITA' DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE SOCIALE CIRCA I PERCORSI DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE

La gran parte della cittadinanza, misconosce i propri diritti in materia di accesso alle prestazioni sanitarie ambulatoriali, anche in virtù di quanto riformato dal D.L. 73/2024 come convertito nella Legge 107/2024.

La Regione Abruzzo e le ASL, entro 3 mesi dall'approvazione del presente documento, dovranno implementare articolate azioni di informazione e comunicazione sociale finalizzate ad informare compiutamente la cittadinanza, con specifico riferimento a:

- 1) Percorsi di tutela di cui ai commi 10 e 10 bis dell'art. 3 del DL 73/2024, come convertito nella Legge 107/2024;
- 2) Accessi ai procedimenti di presa in carico, relativamente alla gestione dei controlli e dei follow up.
- 3) Canali di comunicazione formali con le ASL in materia di prenotazioni e liste di attesa.

20. SOS LISTE DI ATTESA

Il servizio configura una metodologia di facilitazione del cittadino – utente nel percorso di accesso alle prestazioni sanitarie ambulatoriali. Tale percorso deve essere riservato,



esclusivamente, alle prescrizioni traccianti in classe di priorità B e D. Ciascuna ASL, dovrà attivarlo, qualora esso non risulti già attivo, entro e non oltre due mesi dall'approvazione del presente documento. Il servizio rappresenta uno strumento di facilitazione e informazione ai fini della soluzione di problematiche rappresentate dall'utenza, in materia di liste di attesa.

GRUPPO DI REDAZIONE

Dott. Emanuela GRIMALDI – Direttore Dipartimento Sanità Regione Abruzzo

Dott. Pierluigi COSENZA – Direttore Agenzia Sanitaria Regionale

Dott. Maurizio BRUCCHI – Direttore Sanitario ASL Teramo – Coordinatore Gruppo di lavoro

Dott. Gianni DI GIACOMANTONIO – Dirigente Resp.le UOSD Cup e Liste di attesa – ASL Teramo