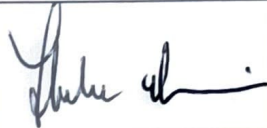
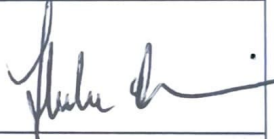
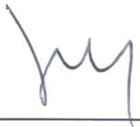


**PROCEDURA AZIENDALE
PER L'ATTIVAZIONE DEL DIRITTO DI GARANZIA
PER LE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE
AMBULATORIALI**

REDAZIONE	UOSD GOVERNO CLINICO	DOTT.SSA ITALIA GALASSI	FIRMA	
	UOSD SISTEMA DI ACCESSO	DOTT.SSA ANTONELLA TIBERI	FIRMA	
VERIFICA	RUA AZIENDALE	DOTT.SSA ITALIA GALASSI	FIRMA	
APPROVAZIONE	DIRETTORE SANITARIO	DOTT. CARMINE VIOLA	FIRMA	
REVISIONE	NUMERO	DATA	A CURA DI	

Prot. n. 159129/25 DEL 12/9/2025

A.S.L. 1 Avezzano - Sulmona - L'Aquila Direzione Strategica Aziendale
12 SET. 2025
VISTO ARRIVARE

INDICE

1. Finalità	pag. 3
2. Prerequisiti	pag. 3
3. Responsabilità	pag. 4
4. Descrizione della attività	pag. 4
4.1 Classi di priorità	pag. 5
4.2 Validità della priorità di accesso	pag. 5
4.3 Garanzia del rispetto dei tempi massimi di attesa previsti	pag. 6
4.4 Modalità operative dei percorsi di tutela	pag. 6
5. Misure organizzative generali	pag. 7

1. FINALITÀ

La seguente procedura ha lo scopo di identificare e disciplinare le modalità operative da applicare in caso di mancato rispetto dei tempi di attesa massimi garantiti per le prestazioni di specialistica ambulatoriale di primo accesso erogate ad assistiti residenti nella regione Abruzzo, tenuto conto di quanto previsto dalla DGR n. 265/2019 (Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019-2021), dalla DGR 351 del 12.06.2025 (Approvazione del documento "Processo di armonizzazione delle metodologie di governo delle liste di attesa, relative alle prestazioni ambulatoriali nelle Aziende Sanitarie Locali delle regione Abruzzo), dalla Delibera aziendale n. 1387 del 01.07.2025 di recepimento delle DGR 351/2025 e della Direttiva sui Percorsi di Tutela emanata dal RUAS in data 11.08.2025.

2. PREREQUISITI

Il diritto di garanzia rappresenta il diritto dell'assistito del Servizio Sanitario Regionale dell'Abruzzo, in possesso di tutti i requisiti necessari, di usufruire di prestazioni ambulatoriali di primo accesso entro i tempi massimi di attesa stabiliti dalla classe di priorità, nell'ambito territoriale della Regione Abruzzo.

Per gli utenti non residenti nella Regione Abruzzo gli appuntamenti sono gestiti "al di fuori dell'ambito di garanzia".

Ciò premesso, il percorso di tutela deve essere garantito dall'Azienda Sanitaria solo in presenza dei seguenti requisiti:

- iscrizione nell'elenco degli assistiti regionale;
- prima disponibilità offerta dal Sistema di prenotazione che non rispetta i tempi massimi di attesa previsti per la priorità prescritta, in ogni struttura aziendale, incluse le strutture del privato accreditato nell'ambito degli accordi contrattuali in essere;
- la prestazione rientra tra quelle di primo accesso con priorità (B, D, P).

L'utente non può vantare il diritto di garanzia quando, in presenza di un'offerta valida nell'ambito territoriale dove vale la garanzia dei tempi, rifiuta la migliore offerta che rispetta i tempi previsti.

3. RESPONSABILITA'

- **Responsabile Unico dell'Accesso (RUA):**
 - nomina formalizzata come da indicazione della DGR 265/2019 e DGR 351/2025; è figura di riferimento per la linea dell'azienda "responsabile unico dell'accesso";
 - referente unico delle liste di attesa con funzioni di potenziare il controllo centralizzato delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie (tutte le prestazioni ambulatoriali e ospedaliere);
- **Responsabile del Procedimento di Gestione del percorso di tutela del diritto di garanzia:** Direttore Sanitario;
- **UOSD Sistema di Accesso e Servizio all'Utenza - Gestione Offerta Ambulatoriale:**
 - gestione e corretta configurazione del sistema informativo per abilitare e gestire il percorso di tutela;
 - monitoraggio andamento "lista di presa in carico o "pre-lista";
 - identificazione criticità e attivazione di eventuali e ulteriori contromisure, per quanto di propria competenza, nella gestione dell'attività ambulatoriale di afferenza.
- **Punto per la prenotazione delle prestazioni (sistema CUP) abilitato a gestire le richieste di attivazione del percorso di tutela:**
 - gestisce le richieste di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali;
 - rappresenta il punto di ingresso per l'inserimento dei pazienti nella pre-lista;

4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

La DGR 265/2019 di "Approvazione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2019 – 2021" ha indicato le modalità e i criteri di priorità con cui garantire agli assistiti della regione Abruzzo l'accesso alle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale nel rispetto dei tempi di attesa indicati dal medico prescrittore e dai RAO (Raggruppamenti di attesa omogenei). Se la richiesta è inappropriata e/o incompleta, l'Azienda rilascia parere negativo motivato ed agisce sul Medico prescrittore.

4.1 Classi di priorità

I tempi massimi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di primo accesso sono definiti dalle classi di priorità, che consentono di differenziare l'accesso alle prestazioni in rapporto alle condizioni di salute dell'utente, con una tempistica più idonea ad affrontare il quadro clinico.

Le classi di priorità sono riportate dal medico sull'impegnativa, nella prescrizione delle prime visite o dei primi accessi per gli accertamenti diagnostico strumentali.

Per le prestazioni ambulatoriali, le classi di priorità ed i relativi tempi massimi di attesa sono i seguenti:

- **Classe U** (Urgente), prestazioni da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- **Classe B** (Breve), prestazioni da eseguire entro 10 giorni;
- **Classe D** (Differibile), prestazioni da eseguire entro 30 giorni per le prime visite ed entro 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
- **Classe P** (Programmata), prestazioni da eseguire entro 120 giorni

La presenza della classe di priorità è obbligatoria per le richieste di primo accesso. La mancata indicazione da parte del medico del codice di priorità per le prestazioni di primo accesso comporta l'equiparazione del tempo massimo di attesa a quello previsto per la classe P "programmata".

4.2 Validità della priorità di accesso

L'utente si impegna ad accedere al sistema di prenotazione (presentazione allo sportello CUP o suo accesso a *call center aziendale* o a prenotazione *web*) in base alla tempistica definita dalla priorità indicata sulla prescrizione. In questo modo ha diritto di usufruire della prestazione nei tempi indicati dalla classe di priorità a partire dalla data di prenotazione.

Per limite di validità temporale si intende quello definito ai fini della prenotazione e si riferisce esclusivamente al tempo massimo entro il quale l'utente ha titolo per accedere al sistema di prenotazione e non al momento in cui viene erogata la prestazione.

Ai fini della prenotazione di prestazioni con classi di priorità, il tempo intercorrente tra la data di prescrizione e quella di contatto per la prenotazione è pari alla durata del tempo massimo

previsto dalla classe di priorità, 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 della prestazione stessa.

4.3 Garanzia del rispetto dei tempi massimi di attesa previsti

Garantire il diritto di accesso al Percorso di tutela del diritto di garanzia è responsabilità dell'Azienda sanitaria territoriale di afferenza dell'assistito.

L'ambito di applicazione del diritto di garanzia è circoscritto alla prenotazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale di primo accesso con livello di priorità B, D o P.

Per le prestazioni in classe Urgente, il Sistema di Accesso ha provveduto alla creazione di uno slot aggiuntivo in overbooking in classe U presso tutte le attività configurate in agende di primo accesso.

Di seguito sono elencati gli ulteriori prerequisiti per il diritto di garanzia:

1. il quesito diagnostico deve essere riportato nella prescrizione;
2. la prescrizione deve rispettare i criteri delle tabelle RAO stabiliti da AGENAS.

4.4 Modalità operative dei percorsi di tutela

L'iter per la gestione della mancata garanzia dei tempi massimi di attesa, nel rispetto dei vincoli sopra riportati, prevede che, di fronte all'indisponibilità di offerta nei tempi, nell'ambito territoriale della ASL, siano adottate le seguenti modalità operative di attivazione, in sequenza, dei percorsi di tutela:

1. Qualora la prenotazione non rientri nei tempi, l'attivazione del percorso di tutela può essere effettuata attraverso il Sistema CUP che provvede all'inserimento dell'utente nella lista di "presa in carico" o "pre-lista" con l'obiettivo di recuperare slot liberi e ricollocare l'istanza entro i tempi di attesa.
Il Servizio CUP prende in carico la prescrizione fuori soglia e informa l'utente che sarà contattato/ricontattato, qualora sarà possibile anticipare, entro la scadenza temporale prevista dalla priorità, l'esecuzione della prestazione.
2. Nel caso in cui l'Azienda non riesca comunque a ricollocare l'istanza nel rispetto dei tempi previsti, essa individua le soluzioni percorribili attraverso l'utilizzo delle prestazioni aggiuntive o tramite acquisto di slot specifici da parte degli erogatori privati accreditati in regola con la piena condivisione delle agende pubblico-privato, sulla base della tariffa

nazionale vigente. La soluzione individuata viene comunicata all'utente.

L'utente viene informato che in caso di non accettazione dell'appuntamento entro i tempi di garanzia, esce dal diritto di garanzia e gli viene assegnato il primo appuntamento disponibile.

Tali percorsi, infatti, sono finalizzati esclusivamente a garantire l'erogazione della prestazione nei tempi prefissati e non prevedono la libera scelta dell'erogatore (professionista / struttura) da parte dell'utente.

3. Anche al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva, alla luce del fatto che agli specialisti aziendali può essere richiesta un'attività aggiuntiva finalizzata ad assorbire le eventuali visite/prestazioni ancora pendenti nella pre-lista, il Responsabile/Direttore della U.O. o suo delegato potrà visionare e valutare preventivamente la prescrizione già presente nel sistema informatizzato.

Nel caso di richiesta appropriata, il Responsabile o suo delegato fornirà al CUP la data in cui inserire l'appuntamento. In caso di richiesta inappropriata lo specialista produrrà la valutazione di insussistenza/inappropriatezza della visita/prestazione che sarà recapitata, previa comunicazione, sia al medico prescrittore che al paziente.

4. Il RUA, in collaborazione con il Responsabile della UOSD Sistema di Accesso, valuterà periodicamente, il volume delle prestazioni inserite nelle pre-liste, distinte per priorità e tipologia di prestazione ed anche l'esito delle prenotazioni avvenute, il tutto finalizzato a permettere una corretta analisi dell'andamento dei volumi/priorità delle visite/prestazioni richieste, preliminarmente delle attività di garanzia da attivare, previa autorizzazione della Direzione Sanitaria Aziendale.
5. Ulteriori percorsi potranno essere identificati e attivati progressivamente dall'Azienda Sanitaria per adattarsi alle esigenze emergenti e migliorare costantemente la gestione delle liste di attesa, in ossequio alle disposizioni normative vigenti.

5. MISURE ORGANIZZATIVE GENERALI

Al fine di ottimizzare l'offerta e rendere attuabili le disposizioni di cui al paragrafo precedente le misure organizzative di carattere generale che l'Azienda può adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti, senza oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota di partecipazione alla spesa sanitaria, possono consistere in:

- a) ridefinizione qualitativa e quantitativa dei volumi di attività e della tipologia delle

prestazioni delle strutture pubbliche e private accreditate, mediante rivisitazione dell'accordo contrattuale ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

b) riprogrammazione delle ore di medicina specialistica ambulatoriale interna;

c) richiesta di prestazioni, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, da parte delle aziende ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa;

d) incremento delle 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.

Le prestazioni di libera professione erogate per le suddette motivazioni rientrano nei volumi ministeriali come prestazioni rese in regime istituzionale all'utente e non alimenterà la quota di libera professione nella fase di monitoraggio del rapporto tra attività istituzionale e libera professione.