



A.S.L. TO4

*Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea*

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 1061 DEL 24/12/2025

**REGOLAMENTO
PRESCRIZIONE E PRENOTAZIONE DELLE
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE
AMBULATORIALI, GESTIONE DELLE
AGENDE, MONITORAGGIO DEI TEMPI DI
ATTESA**

S.C. Governo Clinico

2025



A.S.L. TO4

*Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea*

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

REGOLAMENTO PRESCRIZIONE E PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI, GESTIONE DELLE AGENDE, MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

S.C. Governo Clinico

2025

**PRESCRIZIONE E PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI, GESTIONE DELLE AGENDE, MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA**

PREMESSA.....	3
1. SCOPO.....	3
2. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	3
3. GLOSSARIO - DEFINIZIONI ED ACRONIMI	3
4. MODALITÀ OPERATIVE	6
4.1 PRESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI.....	6
4.2 REGOLE PRESCRITTIVE	8
4.2.1 CLASSE DI PRIORITÀ	8
4.2.2 TIPO DI ACCESSO	9
4.2.3 OBBLIGO DELL'INDICAZIONE DEL SOSPETTO/QUESITO DIAGNOSTICO	9
4.2.4 LIMITE DI PRESCRIVIBILITÀ.....	9
4.2.5 IL DIRITTO ALL'ESENZIONE E MODALITÀ DI VERIFICA	10
4.2.6 VALIDITÀ IMPEGNATIVE	10
4.3 PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI.....	10
4.3.1 ACCESSO AL SISTEMA – ABILITAZIONI.....	11
4.3.2 DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER LA PRENOTAZIONE.....	11
4.3.3 LIBERO ACCESSO ALLA PRENOTAZIONE (SENZA PRESCRIZIONE).....	11
4.3.4 ACCESSO DIRETTO SENZA PRENOTAZIONE.....	12
4.3.5 ACCESSO DIRETTO ALLA PRESTAZIONE CON PRESCRIZIONE E SENZA PRENOTAZIONE.....	12
4.3.6 CHIRURGIA AMBULATORIALE COMPLESSA (C.A.C).....	12
5. TEMPI DI ATTESA E RISPETTO DELLE PRIORITA'.....	13
6. MODALITÀ DI PRENOTAZIONE	13
6.1 PRENOTAZIONE ATTRAVERSO SPORTELLI CUP AZIENDALI.....	13
6.2 PRENOTAZIONE ATTRAVERSO I PUNTI DI EROGAZIONE DIVISIONALI/AMBULATORIALI.....	14
6.3 PRENOTAZIONE ATTRAVERSO IL CALL CENTER DEL CUP UNICO REGIONALE.....	14
6.4 PRENOTAZIONE ATTRAVERSO SITO WEB, APP E TOTEM.....	14
6.5 REVOCÀ DEGLI APPUNTAMENTI/SPOSTAMENTI	14
6.6 SERVIZIO DI "RECALL"	14
7. CONSUNTIVAZIONE DELL'ATTIVITA'	14
8. GESTIONE DELLE AGENDE DI PRENOTAZIONE.....	15
8.1 RESPONSABILITA'	15
8.2 REQUISITI DELLE AGENDE.....	16
8.3 ATTIVAZIONE AMBULATORIO SPECIALISTICO/AGENDA DI PRENOTAZIONE	17
8.4 MODALITÀ DI SCORRIMENTO DELLE AGENDE	18
8.5 MANUTENZIONE DELLE AGENDE	18
8.5.1 VARIAZIONE TEMPORANEA DELLE AGENDE	18
8.5.2 VARIAZIONE STABILE DI AGENDE	19
8.6 SOSPENSIONI.....	19
8.6.1 SOSPENSIONE DELL'ATTIVITA' DI PRENOTAZIONE.....	19
8.6.2 SOSPENSIONE DELL'ATTIVITA' DI EROGAZIONE.....	20
8.6.3 CHIUSURA DEFINITIVA	20
9. MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA	20
9.1 RILEVAZIONE MENSILE REGIONALE	20
9.2 MONITORAGGIO EX-POST	22
9.3 MONITORAGGIO EX-ANTE	22
10. RIFERIMENTI NORMATIVI.....	22



PREMESSA

L'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale dell'ASL TO4 è composta dalle prestazioni erogate dagli ambulatori del Presidio Ospedaliero, dei Poliambulatori Distrettuali e dalle Case della Salute, al fine di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza e rispondere ai bisogni di salute dell'Utenza.

La complessità dell'offerta, intesa come numerosità delle agende di prenotazione e delle prestazioni erogabili e la sua diffusione in diversi punti di erogazione, rende necessaria l'istituzione di un regolamento che dettagli i processi e che coinvolga i diversi attori, mantenendo come obiettivi primari il buon governo dell'offerta, l'equità e la trasparenza.

Il regolamento è infatti destinato a tutti gli operatori coinvolti nel percorso ambulatoriale e le indicazioni in esso contenute sono da ritenersi obbligatorie.

1. SCOPO

Il documento ha l'obiettivo di regolamentare, in maniera univoca ed aggiornata in recepimento delle disposizioni vigenti nazionali e regionali, le modalità di:

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

Il presente documento, operando in una rilettura delle modalità attuative già adottate, sostituisce i protocolli operativi e le disposizioni precedentemente utilizzati.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente regolamento 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 o Convenzionato, in regime di erogazione SSR. Non riguarda le prestazioni da erogarsi in regime Libero Professionale, per le quali si rimanda all'apposito regolamento vigente.
- a tutte le strutture ambulatoriali dell'ASL TO4 che erogano prestazioni specialistiche, al CUP aziendale, al Call Center e agli eventuali altri soggetti abilitati; include tutti i canali di prenotazione previsti dal Cup Unico Regionale (Sportello, Ambulatorio, Call Center, On-line, App, Totem).

3. GLOSSARIO - DEFINIZIONI ED ACRONIMI

CUP - Centro Unico di Prenotazioni

LEA - Livelli Essenziali di Assistenza

MMG - Medico di Medicina Generale

PLS - Pediatra di Libera Scelta

MSA - Medico Specialista Ambulatoriale

MSO - Medico Specialista Ospedaliero

NRE - Numero di Ricetta Elettronico

SAR - Sistema di Accoglienza Regionale

SAC - Sistema di Accoglienza Centrale

SIRPED - Sistema Informativo Regionale Prescrizione Elettronica e Dematerializzata

CNS - Carta Nazionale dei Servizi

TS - Tessera Sanitaria

DMO - Direzione Medica Ospedaliera

**PNGLA** – Piano Nazionale Governo Liste di Attesa**GTR** – Gruppo Tecnico Regionale**C.A.C** – Prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale Complessa**ENI** – Europeo Non Iscritto**DEC** – Direttore Esecutivo del Contratto**ISI** – Informazione Salute Immigrati**NT** – No Ticket**PO** – Presidio Ospedalieri**SSN** – Sistema Sanitario Nazionale**SSR** – Sistema Sanitario Regionale**STP** – Straniero Temporaneamente Presente**Agenda:**

Strumento informatizzato utilizzato per gestire il calendario di prenotazione delle prestazioni.

Si costruisce definendo la sede di erogazione e i soggetti eroganti, le prestazioni, gli orari, le durate, le tipologie di utenti e le eventuali limitazioni.

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

Le agende “pubbliche” sono quelle che consentono la prenotazione attraverso tutti i canali di prenotazione; solitamente sono destinate alla prenotazione delle prestazioni di primo accesso (ma non solo) e tutti gli Utenti del sistema informatico addetti alla prenotazione possono accedervi.

Le agende “esclusive” richiedono, invece, l’abilitazione dell’operatore per potervi accedere, non sono prenotabili attraverso i canali Call Center, App e Totem. Si utilizzano solitamente per prestazioni di continuazione cure, approfondimento, controllo, follow up o altre casistiche particolari.

Attività ambulatoriale istituzionale:

Si intende l’attività ambulatoriale che il personale medico esercita durante l’orario di lavoro, secondo quanto previsto dal CCNL o Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali interni.

Call-Center:

Servizio dedicato alle prenotazioni telefoniche.

CUP:

Sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie, deputato a gestire l’intera offerta (SSN, regime convenzionato, intramoenia, ecc.) con efficienza, strutturando in modo organizzato l’attività delle unità eroganti 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 (PNGLA 2019-2021).

Impegnativa/ricetta medica SSN:

Documento per la prescrizione di farmaci, prestazioni ambulatoriali e proposte di ricovero (c.d. ricetta “rossa”), utilizzato dalle figure abilitate.

Ricetta dematerializzata:

La ricetta dematerializzata, introdotta dal DM del 2 novembre 2011, prevede la completa informatizzazione dell’intero ciclo di vita della tradizionale ricetta medica cartacea del SSN, la cosiddetta “ricetta rossa”.

Il processo di prescrizione ed erogazione della ricetta elettronica prevede l’interconnessione in tempo reale fra il SAC, i medici prescrittori sia convenzionati - come MMG, PLS e Specialisti Ambulatoriali Convenzionati - sia dipendenti come i medici specialisti ospedalieri, le guardie mediche - le farmacie presenti sul territorio; le strutture pubbliche e private dove si erogano le prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Il sistema opera con l’attribuzione di un codice di identificazione univoco a livello nazionale NRE per ogni ricetta prescritta in modo corretto in ogni sua parte; i NRE vengono assegnati dal SAC, anche tramite i SAR. Al paziente viene consegnato da parte del Medico Prescrittore un promemoria cartaceo contenente i dati della ricetta.

Il recupero dei dati della prescrizione medica da parte di tali strutture erogatrici delle prestazioni è possibile tramite comunicazione



al SAC, anche tramite i SAR, del NRE e del codice fiscale riportati sul promemoria.

Al momento della chiusura di una erogazione vengono comunicati al SAC, i dati economici, di eventuale compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket).

L'interconnessione in tempo reale con il SAC può essere mediata da un SAR presente nelle regioni – tra le quali il Piemonte - che ne hanno richiesto l'utilizzo e che è stato riconosciuto conforme agli standard del SAC previsti dal DM 2 Novembre 2011.

Nell'ambito della Regione Piemonte non rientrano nel percorso di dematerializzazione:

- prestazioni ambulatoriali prescritte ed erogate durante episodi di Pronto Soccorso (Flusso C2);
- prestazioni ambulatoriali prescritte ed erogate durante episodi 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 dimissione, mentre le visite ed eventuali prestazioni post-ricovero (visita, asportazione suture, medicazioni, rimozione drenaggi) per i ricoveri chirurgici, devono essere eseguite entro 30 giorni dalla data di dimissione. Tali prestazioni devono essere erogate presso la stessa ASR di ricovero;
- prestazioni erogate a pazienti stranieri temporaneamente presenti (STP)
- prestazioni previste dall'Agenda di Gravidanza;

Nomenclatore Tariffario Nazionale:

Consiste nell'elenco delle prestazioni sanitarie incluse nei LEA, con l'individuazione delle relative tariffe, che il SSN garantisce attraverso l'attività di soggetti erogatori pubblici (Aziende sanitarie e ospedaliere, Aziende ospedaliero-universitarie, Ircs pubblici), privati equiparati (Ircs privati, Ospedali classificati e "Presidi") e privati accreditati, con i quali le Regioni e le Aziende stipulano degli accordi o contratti.

Il nomenclatore nazionale attualmente in vigore è determinato con Decreto del Ministero della Salute del 28 novembre 2024.

Nomenclatore Tariffario Regionale:

Consiste nell'elenco delle prestazioni sanitarie incluse nei LEA che il SSR garantisce attraverso l'attività di soggetti erogatori. Il nomenclatore regionale attualmente in vigore è determinato dalla DRG del 12 marzo 2024, n. 3-8294.

Catalogo Regionale delle Prestazioni Ambulatoriali:

Il "Catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale" è il documento che identifica in modo puntuale le singole prestazioni erogabili, anche ai fini della gestione in dematerializzata della presa in carico e dell'erogazione della prestazione prescritte da parte dei servizi sanitari delle altre regioni. Attualmente è in vigore la versione aggiornata con la DD n. 444/A1400B/2025 DEL 29.07.2025 - Approvazione dell'aggiornamento del Catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale e dell'elenco delle prestazioni sostituibili in erogazione. Integrazione e modifica della D.D. n. 990/A1400B/2024 del 24.12.2024.

Il nomenclatore regionale costituisce il riferimento per la definizione del Catalogo regionale per l'identificazione delle prestazioni; nei casi in cui le descrizioni delle prestazioni nel nomenclatore non identificano univocamente la prestazione sono previsti nel catalogo sdoppiamenti della stessa con relative sotto codifiche.

Alcune prestazioni presenti nel nomenclatore tariffario regionale possono essere erogate solo quale integrazione di altre prestazioni specificatamente identificate da codice nomenclatore. La caratteristica di queste prestazioni è tale per cui le stesse sono effettuate su base valutativa all'atto dell'erogazione della prestazione di riferimento. Da ciò ne consegue che non possono essere prescritte ma solo erogate.

Prestazione:

Atto clinico-assistenziale, di natura diagnostica e/o terapeutica, erogato da professionisti/strutture sanitarie a favore di un paziente su prescrizione medica.

Si distinguono:

- prestazione prenotata: quando è prenotata direttamente dall'Utente presso il CUP, il Call Center o presso la struttura erogatrice, su agenda predefinita;



- prestazione aggiuntiva: quando è erogata contestualmente a visita o ad altra prestazione specialistica per approfondimento diagnostico o completamento terapeutico, in aggiunta a quelle richieste dal medico prescrittore e per la quale l'utente deve la relativa quota di partecipazione alla spesa sanitaria (ticket), se non è in possesso di esenzione.

Ticket o partecipazione alla spesa sanitaria

Il ticket, introdotto in Italia fin dal 1982, rappresenta il modo, individuato dalla legge, con cui gli assistiti contribuiscono o “partecipano” al costo delle prestazioni sanitarie di cui usufruiscono.

Le prestazioni incluse nei Livelli essenziali di assistenza (LEA), definiti con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, per le quali è **previsto il pagamento del ticket** sono:

1. le visite specialistiche ed esami di diagnostica strumentale e di laboratorio
2. le prestazioni eseguite in pronto soccorso che non rivestono carattere di emergenza o urgenza (codice 5 - colore bianco attribuito in uscita), non seguite da ricovero
3. le cure termali.

Invece, le prestazioni per le quali **non è previsto il pagamento del ticket** sono:

1. gli esami di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni di assistenza specialistica incluse in programmi organizzati di diagnosi precoce e prevenzione collettiva promossi o autorizzati con atti formali della Regione (ad esempio, la mammografia per la diagnosi precoce del tumore della mammella, il PAP test per il tumore della cervice uterina, la ricerca del sangue occulto nelle feci per il tumore del colon-retto);
2. gli esami di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni di assistenza specialistica necessarie per la tutela della salute collettiva, obbligatorie per legge o disposte a livello locale in caso di situazione epidemiche (ad esempio, gli esami su coloro che entrano o sono entrati in contatto con persone affette da malattie infettive e contagiose);
3. le prestazioni del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta;
4. i trattamenti erogati nel corso di un ricovero ospedaliero, ordinario o diurno, inclusi i ricoveri in reparti o strutture di riabilitazione e di lungodegenza post-acuzie e gli esami strettamente e direttamente collegati al ricovero programmato, preventivamente erogate dalla medesima struttura (la visita dell'anestesista, la RX del torace, l'elettrocardiogramma, la rimozione dei punti, ecc.), ai sensi dell'art. 1, comma 18, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662.

Il ticket **non è previsto nemmeno sulle prestazioni erogate in situazioni di particolare interesse sociale**, quali:

1. la tutela della maternità, limitatamente alle prestazioni definite dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 (allegato 10);
2. la prevenzione della diffusione dell'infezione da HIV, limitatamente all'accertamento dello stato di infezione, in favore dei soggetti appartenenti a categorie a rischio, con comportamenti a rischio o incidentalmente esposti a rischio di infezione;
3. la promozione delle donazioni di sangue, organi e tessuti, limitatamente alle prestazioni connesse all'attività di donazione;
4. la tutela dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati di cui alla Legge 25 febbraio 1992, n. 210, limitatamente alle prestazioni ivi indicate;
5. i vaccini per le vaccinazioni incluse nel Piano nazionale della prevenzione vaccinale per le persone identificate come destinatarie.

4. MODALITÀ OPERATIVE

4.1 PRESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

Per quanto riguarda le prestazioni erogabili in regime di SSR, la ricetta è sempre obbligatoria ed assume rilevanza come documento contabile, con efficacia probatoria ai fini del rimborso da parte del SSR medesimo.

La ricetta è un documento pubblico di natura certificativa, con implicazioni giuridiche civili e penali, economiche, medico legali e di responsabilità professionale.

La compilazione della ricetta è un atto medico: l'incompleta o non corretta compilazione o alterazioni apportate alla ricetta (es. indicazione classe d'urgenza) oltre che costituire violazione delle regole di sistema, possono configurare illecito amministrativo fino ad assumere rilevanza penale.



La prescrizione presuppone pertanto il rispetto della corretta modalità prescrittiva, tenendo presenti, oltre gli aspetti formali, anche i principi di appropriatezza, efficacia diagnostico terapeutica e il razionale utilizzo delle prestazioni sanitarie.

La prescrizione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili a carico del SSR deve avvenire con ricetta dematerializzata, con eccezione dei casi previsti (cfr. Art. 3 Glossario – acronimi e definizioni – ricetta dematerializzata).

Per quanto riguarda le prestazioni di specialistica ambulatoriale il medico continua a prescrivere sulle ricette cartacee rosse del SSN in caso di:

- Malfunzionamento del sistema informatico
- Visite domiciliari

Non richiedono prescrizione le prestazioni di screening e le vaccinazioni.

Non rientrano, invece nel percorso di dematerializzazione:

1. 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. Gli esami diagnostici post ricovero devono essere eseguiti entro 7 giorni dalla data di dimissione ed indicati sulla lettera di dimissione, mentre le visite 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 ASL di ricovero;
2. prestazioni dell'Agenda di Gravidanza;
3. prestazioni ad accesso diretto effettuate:
 - presso i centri per le malattie sessualmente trasmesse;
 - presso i consultori;
 - presso i centri di salute mentale;
 - presso i servizi di patologia delle dipendenze;

La prescrizione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili a carico del SSR, comprese, a seguito dell'entrata in vigore del Nuovo Catalogo Regionale del 30/12/2024, le prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale Complessa (C.A.C), deve avvenire nell'ambito dell'attività istituzionale, da parte degli specialisti aziendali escludendo qualsiasi utilizzo per attività libero professionale e deve essere finalizzata all'erogazione delle visite o prestazioni necessarie per risolvere un quesito diagnostico legato ad uno stato patologico o sospetto tale.

Non possono essere prescritte a carico del SSR:

- prestazioni che rientrano nell'interesse privato del cittadino: esami o visite per il rilascio o rinnovo patenti di guida, rilascio o rinnovo porto d'armi, esami per uso assicurativo, visite ed esami finalizzati all'accertamento dell'idoneità della pratica sportiva agonistica. In questi casi l'onere delle prestazioni è a totale carico del cittadino, indipendentemente dalla presenza di esenzioni ticket;
- prestazioni inerenti la richiesta di Tutela/Amministrazione di Sostegno
- controlli prescritti dal medico del Lavoro (a carico del Datore di Lavoro)
- esami non richiesti per valutare lo stato di salute o dubbi diagnostici (esami prematrimoniali, certificazioni a corredo della domanda di invalidità, etc.);
- prestazioni che precedono o sono correlate a prestazioni non previste nei LEA (es. visite ed esami preliminari alla chirurgia estetica);
- prestazioni richieste nell'espletamento, da parte dei medici specialisti operanti nelle strutture pubbliche o private accreditate, dell'esercizio della libera professione sia in regime intramoenia che extramoenia (art. 50 Legge Finanziaria 2004 e s.m.i.).

Il ciclo completo della ricetta dematerializzata prevede tre fasi:

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



4.2 REGOLE PRESCRITTIVE

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

- indicazione visita/prestazione diagnostica primo accesso o accessi successivi;
- quesito diagnostico;
- classi 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 primo accesso 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 è da indicare il numero di cicli (ognuno composto dal numero di prestazioni/sedute previste dal catalogo regionale), nel campo note può essere indicato il numero di sedute suggerite in base alla casistica del paziente.

4.2.1 CLASSE DI PRIORITÀ

Il livello di priorità clinica deve essere individuato dal medico prescrittore, sulla base del quadro patologico, in accordo alle classi definite dalla legislazione regionale e nazionale, e riportati sulla prescrizione.

È dunque il medico, a seconda della presenza e dell'intensità dei sintomi, a stabilire l'arco di tempo entro il quale deve essere effettuata la visita o l'esame diagnostico.

La Classe di priorità è obbligatoria.

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

CLASSE	DEFINIZIONE	TEMPISTICA (*)	NOTE
U	urgente	entro 72 ore	
B	breve	entro 10 giorni	
D	differibile	entro 30 giorni per le visite, 60 giorni per le prestazioni diagnostiche	
P	programmabile	entro 120 giorni	Sono incluse le prestazioni programmate di approfondimento, controllo, follow up, PDTA

(*) PNGLA 2019-2021



Ai sensi della DGR n. 2-2481 del 29.11.2011 per le prestazioni di R.R.F. (Recupero e Rieducazione Funzionale) è previsto:

- Prima visita RRF RIABILITATIVA Post acuti: erogazione entro 7 gg.
- Prima visita RRF RIABILITATIVA stabilizzati: erogazione entro 30 gg.
- Inizio trattamento riabilitativo disabilità 2: entro 10 gg.
- Inizio trattamento riabilitativo disabilità 3: entro 90 gg.
- Inizio trattamento riabilitativo disabilità 4: entro 15 gg.
- Inizio trattamento riabilitativo disabilità 5: entro 120 gg.

4.2.2 TIPO DI ACCESSO

Il prescrittore deve indicare se la prestazione da eseguire riguarda:

- **Primo accesso:** (prima visita o primo esame strumentale necessario per formulare la diagnosi, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e, nel caso di un paziente cronico, la visita o l'esame strumentale, necessari 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.

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. Gli specialisti operanti all'interno delle strutture pubbliche prescrivono direttamente (DPR 314/90 art. 24 comma 5, ACN per la Medicina generale del 20/01/2005 art. 51 comma 5) le prestazioni ritenute necessarie al completamento dell'iter diagnostico a ciascun paziente inviato dal curante, utilizzando il sistema aziendale previsto per l'emissione della ricetta dematerializzata senza richiedere alcun ulteriore intervento da parte del medico curante DGR 4-4878 allegato A del 14 aprile 2022.

4.2.3 OBBLIGO DELL'INDICAZIONE DEL SOSPETTO/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 sulla stessa ricetta.

Vige l'obbligo di indicare chiaramente il quesito diagnostico su tutte le prescrizioni, per qualsiasi tipo di accesso e classe di priorità.

Per l'individuazione del quesito diagnostico il Disciplinare Tecnico inerenti al "Progetto Tessera Sanitaria Web Services per la trasmissione elettronica delle prescrizioni mediche dematerializzate" definisce:

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

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

- Ciascuno dei due campi può essere compilato in alternativa all'altro, oppure possono essere compilati entrambi;
- Per tutte le prescrizioni specialistiche la compilazione del campo è obbligatoria.

4.2.4 LIMITE DI PRESCRIVIBILITÀ

Una ricetta può contenere solo prestazioni della stessa branca specialistica (Legge n.742 del 23/12/1994-art. 2, e s.m.i.).

Ogni ricetta può contenere fino ad un massimo di 8 prestazioni della medesima branca. Unica eccezione è rappresentata dalle



prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitazione in quanto, con DGR n.73-13176 del 26/07/2004 e s.m.i., è stato stabilito che per singola ricetta possono essere prescritte al massimo tre tipologie di prestazioni e per un massimo di 12 sedute ciascuna.

Nella stessa prescrizione non possono essere presenti prestazioni erogabili in regime di esenzione ticket con altre non esenti e dovranno essere emesse impegnative distinte.

Lo stesso vale nei casi in cui il paziente sia titolare di più esenzioni per patologia e sia necessario prescrivere prestazioni per entrambe: dovranno essere compilate due ricette distinte, ciascuna con il proprio specifico codice di esenzione.

4.2.5 IL DIRITTO ALL'ESENZIONE E MODALITÀ DI VERIFICA

Per avere diritto all'esenzione dal pagamento del ticket, la ricetta deve riportare il codice corrispondente alla condizione che dà

diritto all'esenzione (per motivi di status e reddito, per patologia, malattia rara, invalidità, ecc.).

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 alla erogazione della relativa prestazione, richiedere il rimborso del ticket pagato in quanto il documento/ricetta che non riporta il codice esenzione non può essere modificato.

All'atto della prescrizione di prestazioni di specialistica ambulatoriale, il medico prescrittore, su richiesta dell'assistito, verifica il suo diritto all'esenzione per reddito attraverso i dati resi disponibili dall'Agenzia delle Entrate tramite il Sistema Tessera Sanitaria e riporta il codice sulla ricetta.

L'elenco delle malattie croniche esenti dalla partecipazione al costo delle prestazioni è stato ridefinito e aggiornato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri sui nuovi Lea del 12 gennaio 2017.

L'elenco delle malattie o condizioni esenti e delle relative prestazioni alle quali l'utente ha diritto si trova nell'allegato 8 al DPCM. Per la maggior parte delle malattie vengono individuate una serie di specifiche prestazioni fruibili in esenzione (pacchetto prestazionale), incluse nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale, che rispondono ai criteri di appropriatezza ai fini del monitoraggio dell'evoluzione della malattia e delle sue complicanze e di efficacia per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti. Il medico sceglierà tra queste quali prescrivere nel rispetto dei criteri di appropriatezza e di efficacia, in relazione alle condizioni cliniche e alle esigenze assistenziali del singolo paziente.

Per alcune particolari malattie e condizioni le prestazioni non sono identificate puntualmente perché le necessità assistenziali dei soggetti affetti sono estese e variabili. In questi casi, a garanzia di una migliore tutela del paziente e di una maggiore flessibilità assistenziale, il prescrittore le individuerà di volta in volta, sempre secondo criteri di appropriatezza ed efficacia, in relazione alle necessità cliniche.

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, salvo questa si riferisca ad una esenzione per reddito, soggetta a verifica della autocertificazione rilasciata.

4.2.6 VALIDITÀ IMPEGNATIVE

Con DGR 14 aprile 2022, n. 4-4878 la Regione Piemonte ha modificato i termini di validità per le ricette mediche di prescrizione di prestazioni specialistiche ambulatoriali definendo che:

- la validità delle ricette di primo accesso relative alle prestazioni diagnostico-specialistiche, sono rideterminate in 60 giorni - anziché 180 giorni, senza calcolare il tempo di attesa tra la prenotazione e l'effettuazione delle prestazioni che non concorre al calcolo dei 60 giorni; la rideterminazione di cui trattasi si applica alle ricette emesse dal 1° maggio 2022;
- la validità delle ricette di accesso successivo resta invariata ed è definita in 180 gg;

4.3 PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

Le prenotazioni delle prestazioni ambulatoriali dell'ASL TO4 sono gestite 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, semplificando l'accesso alle prestazioni e facilitando il monitoraggio.

Gli indirizzi operativi per la compilazione delle agende di prenotazione e delle policy di visibilità ed accessibilità alle informazioni



sono definiti dal Gruppo Tecnico Regionale costituito con la DD n. 504 del 26 luglio 2018 e condivisi con la Direzione Sanità della Regione Piemonte, in conformità con le vigenti normative.

Non transitano dalla piattaforma del CUP Unico regionale le prestazioni dei Dipartimenti di Salute Mentale, della Neuropsichiatria Infantile e dei SERD, per le cui attività sono attivi specifici applicativi regionali (SISMAS, SMILE, HDH).

Inoltre, nell'ASL TO4, la registrazione delle prestazioni di Laboratorio Analisi (non soggette a prenotazione) si effettua tramite una App dedicata, separato da quello del CUP Unico.

4.3.1 ACCESSO AL SISTEMA – ABILITAZIONI

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

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

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

4.3.2 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 (TS) o carta dei servizi (CNS).

I pazienti STP ed ENI devono essere in possesso della ricetta rossa SSN. Devono inoltre avere a disposizione il documento di iscrizione al Centro ISI (attestato STP/ENI),

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

È consentito procedere ad una prenotazione con declassamento (non obbligo di rispetto dei tempi di priorità) rispetto a quanto indicato dal Medico che ha redatto l'impegnativa solo nel caso in cui l'Utente non accetti la data proposta entro i tempi standard previsti per la classe di priorità assegnata, cioè che rinunci volontariamente alla garanzia dei tempi, in favore di una data, una sede o un professionista di propria preferenza.

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

Il possesso dell'impegnativa da parte dell'utente è condizione indispensabile per l'accesso alla prenotazione delle prestazioni e il personale addetto alle prenotazioni non può procedere in mancanza della prescrizione, fatte salve le eccezioni previste dalla normativa vigente.

4.3.3 LIBERO ACCESSO ALLA PRENOTAZIONE (SENZA PRESCRIZIONE)

Per le sole strutture pubbliche tutti gli assistiti possono accedere direttamente al sistema di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali (art. 16 c. 3 DPR 271 del 28/07/2008, Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali Interni), senza prescrizione medica, limitatamente alla sola prima visita, per le seguenti branche specialistiche: Odontoiatria – Pediatria (per gli assistiti non in carico a Pediatra di Libera Scelta) – Psichiatria – Neuropsichiatria – Oculistica (solo per optometriche prescrizioni lenti) – Ginecologia.

Nei casi in cui la prenotazione è consentita senza impegnativa la richiesta viene assimilata e quindi inserita nella lista di attesa di classe D.



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

È previsto il libero accesso anche presso:

- Centri per le malattie sessualmente trasmesse e presso i Consultori
- Centri di salute mentale
- Servizi di patologia delle dipendenze.

4.3.4 ACCESSO DIRETTO SENZA PRENOTAZIONE

È consentito l'accesso diretto senza prenotazione per le seguenti prestazioni:

- RX torace,
- ECG,
- Esami di laboratorio.

A tale scopo la ASLTO4 ha organizzato punti di accesso diretti presso i quali l'utente può accedere munito di impegnativa dematerializzata senza prenotazione CUP, negli orari predefiniti (vedi elenco pubblicato sul sito www.aslto4.piemonte.it nella sezione dedicata cliccando su "Carta dei servizi", "Servizi e Prestazioni", "Visite ed esami specialistici" e cliccando su "Cerca").

4.3.5 ACCESSO DIRETTO ALLA PRESTAZIONE CON PRESCRIZIONE E SENZA PRENOTAZIONE

Le ASL devono garantire il rispetto delle classi di priorità U per le prestazioni ambulatoriali di base dei propri assistiti, nel rispetto degli standard regionali, attraverso la propria organizzazione dei servizi o con collegamenti organizzativi concordati con le ASO insistenti sul proprio territorio. (Determina della Regione Piemonte n. 43 del 04.02.2008.)

A tale scopo la ASLTO4 ha organizzato punti di accesso diretti presso i quali l'utente può accedere munito di impegnativa dematerializzata senza prenotazione CUP, negli orari predefiniti (vedi elenco pubblicato sul sito www.aslto4.piemonte.it nella sezione dedicata cliccando su "Carta dei servizi", "Servizi e Prestazioni", "Visite ed esami specialistici" e cliccando su "Cerca"). Eventuali assistiti di altre ASL con richieste di prestazioni in classe U, saranno inviati a CUP ed inseriti nella lista d'attesa non riferita a tali classi di priorità, salvo disponibilità.

4.3.6 CHIRURGIA AMBULATORIALE COMPLESSA (C.A.C)

Le prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale Complessa (C.A.C.) sono erogate in regime ambulatoriale, su prescrizione medica tramite ricetta dematerializzata e sono soggette al pagamento del ticket, se dovuto, secondo quanto previsto per le prestazioni a carico del SSR.

L'accesso alle prestazioni di C.A.C. avviene a seguito di valutazione del medico specialista ambulatoriale: lo specialista, ritenuto il paziente idoneo al trattamento in C.A.C., inserisce il nominativo in lista d'attesa sul sistema gestionale aziendale (Trakcare), in coerenza con il percorso clinico-assistenziale definito dalla Struttura erogante.

Lo specialista è responsabile della redazione della ricetta dematerializzata relativa all'intervento di CAC, che viene effettuata in occasione dell'apertura della cartella clinico-ambulatoriale o, comunque, nella fase di impostazione del percorso pre-operatorio. Il personale amministrativo dedicato sulla base delle indicazioni fornite dallo specialista:

- contatta telefonicamente il paziente per comunicare la data programmata dell'intervento (ed eventuali accessi di pre-ricovero, se previsti) e fornisce le informazioni operative necessarie;
- provvede alla registrazione/presa in carico della ricetta dematerializzata nel sistema Trakcare, associandola alla data dell'intervento e generando il ticket, se dovuto;
- stampa il promemoria ticket, che viene inserito nella cartella clinico-ambulatoriale (sono esclusi i pazienti esenti dal pagamento).

In prossimità dell'erogazione della prestazione, lo specialista o altro operatore sanitario consegna al paziente, o al suo accompagnatore, il promemoria ticket, unitamente alla restante documentazione sanitaria, informando il paziente in merito all'obbligo di regolarizzare il pagamento mediante i canali di incasso aziendali. Il paziente è tenuto a consegnare la ricevuta di



pagamento alla segreteria ambulatoriale o al personale sanitario nei tempi indicati (di norma il giorno dell'intervento o, comunque, entro la data della visita di controllo post-intervento).

Alla data programmata per la visita di controllo post-intervento, se prevista, il personale amministrativo della segreteria ambulatoriale verifica, tramite il sistema gestionale, l'avvenuto incasso del ticket riferito all'intervento di C.A.C. e, in caso di mancata regolarizzazione, invita il paziente al tempestivo pagamento.

5. TEMPI DI ATTESA E RISPETTO DELLE PRIORITA'

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

Come stabilito dalla Deliberazione della Giunta Regionale dell'8 agosto 2017, n. 519, 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
- Sovra regionale per le prestazioni ad alta complessità, non erogate in ambito piemontese (es. adroterapia).

La garanzia decade qualora l'assistito scelga liberamente di prenotare la prestazione presso una struttura specifica (ospedale e/o ambulatorio) rinunciando alla prima disponibilità offerta in ambito di garanzia e nel rispetto dei tempi massimi stabiliti e l'applicativo memorizza l'informazione circa il rispetto della garanzia dei tempi di attesa.

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 gg.), perde la priorità e viene prenotata come prestazione priorità D (30 giorni per visite specialistiche e 60 giorni per esami strumentali);
- 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.

6. MODALITA' DI PRENOTAZIONE

6.1 PRENOTAZIONE ATTRAVERSO SPORTELLI CUP AZIENDALI

Agli Operatori addetti al front-office compete:

- la prenotazione della maggior parte delle prestazioni ambulatoriali, secondo le modalità previste dall'applicativo.
- la registrazione delle informazioni a sistema nel rispetto delle regole di compilazione previste dal manuale "Flusso Informativo specialistica ambulatoriale ed altre prestazioni" - tracciato C dell'Assessorato Tutela della Salute e Sanità.
- la completezza e correttezza dell'inserimento delle informazioni della ricetta su cui il MEF effettua verifiche puntuali.

L'Operatore inserisce i dati del paziente e della prescrizione e comunica al paziente la prima disponibilità della prestazione, individuata dal sistema sulla base della classe di priorità assegnata, della tipologia di accesso e dal 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.

Per alcune prestazioni sono previste indicazioni particolari per gli Operatori che effettuano la prenotazione, che sono comunicate dal sistema mediante messaggistica di pop up al momento dell'attivazione della ricerca dell'appuntamento ("note operatore").

Dopo aver completato la prenotazione l'Operatore stampa il promemoria della prenotazione e lo consegna all'Utente.

Per alcuni esami per i quali è prevista una preparazione, questa deve essere consegnata al Paziente unitamente al promemoria.

Il promemoria può eventualmente riportare "note paziente", cioè comunicazioni di varia natura finalizzate all'esecuzione dell'esame (per esempio come raggiungere l'ambulatorio, quale documentazione portare, ecc).



6.2 PRENOTAZIONE ATTRAVERSO I PUNTI DI EROGAZIONE DIVISIONALI/AMBULATORIALI

Presso le sedi ospedaliere e territoriali di erogazione delle prestazioni sono attivi punti di prenotazione periferici a carico delle strutture stesse, per specifiche prestazioni.

I punti svolgono uno o più dei seguenti compiti:

- Prenotare direttamente le prestazioni ambulatoriali anche di primo accesso erogate dai rispettivi ambulatori
- Prenotare direttamente le prestazioni di continuazione cure, approfondimento, controllo, follow up specifiche per la propria disciplina;
- Stampare quotidianamente i piani di lavoro dei propri ambulatori
- Validazione dei dati della propria attività eseguita

6.3 PRENOTAZIONE ATTRAVERSO IL CALL CENTER DEL CUP UNICO REGIONALE

La prenotazione delle prestazioni ambulatoriali presenti su agende “pubbliche” può essere effettuata telefonicamente attraverso il Call Center. Gli Operatori del Call center effettuano le prenotazioni secondo le modalità e le regole già esplicitate per gli Operatori di sportello ed inviano all’utente, tramite SMS, la prenotazione e gli eventuali allegati (note paziente, preparazioni per lo specifico esame ...)

6.4 PRENOTAZIONE ATTRAVERSO SITO WEB, APP E TOTEM

Il Cittadino può effettuare autonomamente, solo se in possesso di prescrizione dematerializzata, la prenotazione per le prestazioni disponibili sulle “agende pubbliche”, utilizzando questi canali:

- Sito web aziendale www.aslto4.piemonte.it
- App ,Totem, sito presso il Presidio Ospedaliero di Chivasso.

6.5 REVOCA DEGLI APPUNTAMENTI/SPOSTAMENTI

La revoca o lo spostamento degli appuntamenti può essere effettuata attraverso tutti i canali di prenotazione prevista per la prenotazione con l’eccezione degli spostamenti degli appuntamenti su agende “riservate” che è consentito solo alle strutture abilitate anche alla prenotazione sulle stesse.

L’utente che non ha intenzione di presentarsi all’appuntamento fissato deve disdire la prenotazione entro i 2 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. Gli operatori sono comunque tenuti a disdire la prestazione anche nel caso di disdette tardive.

L’Utente che non si presenta ovvero che non preannunci l’impossibilità di fruire la prestazione prenotata è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione.

6.6 SERVIZIO DI “RECALL”

È 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 (n. di tentativi da effettuare, orario, anticipo delle chiamate rispetto alla data dell’appuntamento) sono stabilite a livello Regionale. È facoltà delle Aziende stabilire quali tipologie di prestazioni devono essere oggetto del servizio: per l’ASL TO4 vengono ricontattati tutti gli appuntamenti per qualsiasi tipo di prestazione presente sulle agende cosiddette “pubbliche” per prenotazioni SSR.

7. CONSUNTIVAZIONE DELL’ATTIVITA’

Il personale degli ambulatori che provvedono direttamente alla validazione dei dati:



- Raccoglie la documentazione relativa a ciascun utente dell'ambulatorio (impegnativa, ricevuta di pagamento ticket di tutte le prestazioni erogate)
- Completa e valida l'avvenuta esecuzione delle "prestazioni prenotate" sul sistema centrale, in modo da verificare la completezza e la corrispondenza delle stesse alla documentazione cartacea;
- Registra e valida l'avvenuta esecuzione delle "prestazioni aggiuntive" sul sistema centrale
- Stampa il piano di lavoro cartaceo l'elenco dei pazienti - per i quali risulta registrato l'accesso e le prestazioni erogate - quale documento attestante l'attività effettivamente erogata presso l'ambulatorio;
- Allega al piano di lavoro la documentazione di ciascun utente presente in elenco (impegnativa, foglio di lavoro, ricevuta di pagamento ticket di tutte le prestazioni erogate).

Gli ambulatori che non provvedono direttamente alla validazione dei dati di attività devono trasmettere quotidianamente la documentazione cartacea:

- Ambulatori ospedalieri: alla Direzione Medica del Presidio,
- Ambulatori territoriali: al personale amministrativo individuato presso ogni sede.

8. 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 di ciascuna Azienda viene definita esclusivamente tramite la costruzione delle agende informatizzate, in funzione dei diversi regimi di erogazione.

Non è consentito l'utilizzo di agende cartacee.

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.

8.1 RESPONSABILITÀ

Il Direttore Generale dell'ASL TO4 ha nominato un Manager delle liste di attesa che si avvale di un "Gruppo di Lavoro Aziendale per il governo delle agende, afferente e dislocato nei Distretti delle tre aree territoriali di riferimento". Di seguito si dettagliano le funzioni dei componenti in relazione alla gestione delle agende di prenotazione.

Direttore Operativo CUP

Il Direttore operativo CUP, figura prevista dalla D.G.R. n. 44-7225 del 13/07/2018, è responsabile dell'implementazione del sistema CUP unico regionale presso l'ASL e referente dell'ASL per il Gruppo Tecnico Regionale (GTR) e il Direttore Esecutivo del Contratto (DEC).

Al Direttore operativo sono assegnati i seguenti compiti:

- coordinamento, direzione, governo e controllo del progetto CUP unico all'interno dell'Azienda
- coordinamento del gruppo aziendale multispecialistico individuato per l'avvio e successiva gestione del sistema CUP unico regionale

Operatore di Governo

Gestisce a livello centrale tutte le impostazioni del sistema applicativo necessarie per:

- gestione di archivi centrali riferiti all'ASL TO4 risorse, strutture, ecc;
- creazione e le modifiche delle agende di prenotazione (ambulatorio, prestazioni erogabili e prenotabili, giorni e fasce orarie di disponibilità, durata delle prestazioni, raggruppamenti di prestazioni, noto operatore, indicazioni da fornire al paziente);
- visibilità delle agende e all'operatività sulle stesse per gli utenti del sistema abilitati. Supporta i Gestori Locali Agende.

Raccoglie i problemi operativi incontrati dagli operatori relativi all'utilizzo dell'applicativo e collabora per la loro analisi e soluzione. Collabora, inoltre, alla formazione degli Operatori.



Gestore Locale Agende

Per ciascuna sede viene identificato un referente locale, di norma il coordinatore del reparto, salvo diversa indicazione, che:

- gestisce i rapporti "quotidiani" con gli specialisti che erogano le prestazioni ambulatoriali e ne raccoglie le eventuali segnalazioni;
- opera, seguendo le procedure autorizzative previste dal presente regolamento, le modifiche delle agende di prenotazione limitatamente alla generazione del calendario, aperture/chiusure delle fasce di prenotazione e degli eventuali conseguenti spostamenti degli appuntamenti già in essere, da indicazioni gestionali agli operatori agende.
- monitora le eventuali saturazioni delle agende;
- garantisce la continuità della generazione periodica dei calendari di prenotazione.

8.2 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)
- la classificazione dell'agenda es. tipologia (pubblica-riservata, accesso diretto-in prenotazione cd "forzature", 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
- le differenti tipologie di accesso:
 - agenda prenotabile da operatori CUP (di sportello o di call center)
 - agenda prenotabile direttamente dagli ambulatori/punti di accettazione
- eventuali agende per le prestazioni pre e post ricovero
- 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 su indicazione dello specialista e modificabili secondo l'andamento della domanda.

Le agende specialistiche delle strutture ospedaliere devono garantire slot di prenotazioni standard, possibilmente non soggetti a sospensioni; sulla base della programmazione mensile delle risorse sanitarie disponibili delle singole strutture è possibile aggiungere ulteriori slot estemporanei di prenotazione.

Compito dell'Operatore di Governo è anche quello di garantire il rispetto di quanto indicato nella D.G.R. n. 22-3690 del 06.08.2021 e della D.G.R. 14 aprile 2022, n. 4-4878 che raccomanda quanto segue:

Tipo di richiesta	% di agende pubbliche sul totale
Prima Visita	100%
Prestazione di diagnostica	75%

Rimangono escluse dalle percentuali suddette le prestazioni di:

- consultorio
- cure palliative



- oncologia (compresi GIC e CAS)
- dietetica e nutrizione clinica

e, in generale, tutte le prime visite conseguenti a richiesta di approfondimento da parte dello specialista che ha in carico il paziente, in percorsi di PDTA formalizzati, o di follow up da evento acuto.

Inoltre, le agende “riservate” – ad esclusione delle agende dedicate ai detenuti - in assenza di appuntamento nelle 72 ore successive, dei presidi a gestione diretta e delle Aziende Ospedaliere pubbliche del SSR afferenti al territorio dell’ASL, non vincolate alla salvaguardia di prestazioni urgenti e indifferibili, dovranno essere rese disponibili attraverso la funzionalità del CUP ad oggi attivata per le visite e le prestazioni di primo accesso.

8.3 ATTIVAZIONE AMBULATORIO SPECIALISTICO/AGENDA DI PRENOTAZIONE

L’attivazione di una nuova attività ambulatoriale prevede la creazione di una specifica agenda. L’attivazione di un ambulatorio avviene su proposta scritta e motivata del Direttore di Struttura, sentito il Direttore di Dipartimento, o su proposta dello specialista convenzionato interno operante presso i Distretti (“Modulo richiesta apertura nuovo ambulatorio/agenda” – Allegato1):

- per le strutture ospedaliere: previa autorizzazione del Direttore Medico del PO
- per le strutture distrettuali: previa autorizzazione del Direttore del Distretto.

La denominazione dell’ambulatorio non deve generare dubbi interpretativi in chi prenota le prestazioni e può contenere il nominativo del Medico solo nel caso in cui il medico sia uno specialista convenzionato.

La richiesta di attivazione di un nuovo ambulatorio deve essere presentata dal Direttore della Struttura erogante e verificata dal

Direttore del Distretto/DMO tenendo presente i seguenti elementi:

- reale bisogno e necessità di soddisfare la domanda;
- catalogo delle prestazioni erogate dall’azienda;
- disponibilità di spazi logistici;
- disponibilità di risorse strumentali;
- disponibilità di personale di supporto.

Per agevolare la presentazione della richiesta è possibile utilizzare il modello riportato nell’**Allegato1**. In ogni caso la richiesta

deve riportare:

- Nome dell’ambulatorio
- Nome dell’agenda
- Luogo di erogazione
- Nome/i dello specialista/i erogatore/i
- Prestazioni erogate come da nomenclatore tariffario
- Codici di priorità delle prestazioni
- Tempario delle prestazioni
- Fascia temporale di attività (inizio/fine ambulatorio e giorni)
- Operatori che possono agire sull’agenda (quali operatori possono effettuare accettazioni/prenotazioni)
- Avvertenze particolari

La richiesta, debitamente compilata, andrà sottoposta alla Direzione Strategica.

A seguito di parere favorevole viene data comunicazione dell’attivazione del nuovo ambulatorio alle strutture interessate, ed inviata un’informativa a tutti gli operatori interessati.

I Responsabili delle Strutture sono tenuti a garantire le prestazioni indipendentemente dall’autorizzazione dei congedi ordinari, nonché dalla partecipazione a convegni e congressi da parte del personale sanitario. Fanno eccezione le situazioni ambulatoriali gestite da un solo medico o con dotazione organica deficitaria. In questi ultimi casi il Responsabile è tenuto comunque a verificare la presenza di prenotazioni nel periodo di interesse prima di autorizzare permessi e congedi.

Ne segue l’invio al Gestore di Governo delle Agende per il proseguo delle procedure.



8.4 MODALITA' 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 (salvo casi espressamente autorizzati dalla Direzione Aziendale). Per le agende di presa in carico, 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.

8.5 MANUTENZIONE DELLE AGENDE

8.5.1 VARIAZIONE TEMPORANEA DELLE AGENDE

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

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;
- Emergenza di servizio che richiede la presenza dello specialista negli orari programmati per l'attività ambulatoriale (es. copertura dei turni di guardia) nell'impossibilità di reperire un sostituto;
- Rotture improvvise di attrezzi.

Nel caso di chiusure non programmabili occorre intraprendere contatti diretti con la Direzione di Presidio/Distretto; in questi casi, nell'immediato il personale dell'Ambulatorio avviserà direttamente i pazienti già eventualmente presenti presso l'ambulatorio e contatterà 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.

Rientrano tra le sospensioni programmabili quelle dovute all'assenza del medico per congedo ordinario, straordinario o aggiornamento e alle manutenzioni ordinarie delle attrezzature.

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 apertura/chiusura/spostamento di una o più sedute il Direttore di Struttura o lo Specialista Ambulatoriale Convenzionato deve effettuare comunicazione attraverso la compilazione del "Modulo per la richiesta di autorizzazione alla sospensione dell'attività di erogazione/prenotazione" – vedi **Allegato2**, al Direttore della Direzione di Presidio/Distretto per la necessaria autorizzazione; ne segue l'invio al Gestore Locale delle Agende per il proseguo delle procedure.

In caso di richiesta di attivazione di sedute aggiuntive il Direttore di Struttura o lo Specialista Ambulatoriale Convenzionato deve effettuare comunicazione attraverso la compilazione del modulo presente nell'**Allegato1**, al Direttore della Direzione di Presidio/Distretto per la necessaria autorizzazione; ne segue l'invio al Gestore di Governo delle Agende per il proseguo delle procedure.

CAUSE DI SOSPENSIONE DELL'EROGAZIONE	N. GG DI SOSPENSIONE	AUTORIZZATORE	COMUNICARE A:
• Malattia	Variabili	DMO/DIRETTORE DISTRETTO	Governo agende
• Ferie e permessi in attuazione degli istituti contrattuali	Variabili (comunque nel rispetto del massimale di 7 settimane anno in caso di sospensione programmata)	DMO/DIRETTORE DISTRETTO	Governo agende



• tecnici (manutenzione straordinaria)	Per sospensioni di erogazione < a 5 gg (prestazione erogata da più specialisti)	DMO/DIRETTORE DISTRETTO	Governo agende
• tecnici (manutenzione straordinaria)	Per sospensioni di erogazione < a 5 gg E la prestazione viene erogata da UNICO SPECIALISTA	DMO/DIRETTORE DISTRETTO	Governo agende
• organizzativi	Per sospensioni di erogazione > a 5 gg	DMO/DIRETTORE DISTRETTO	Governo agende Manager T.A.
• logistici			
• carenze di organico motivate			

8.5.2 VARIAZIONE STABILE DI AGENDE

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

- Il Direttore della Struttura/Specialista provvede a inviare domanda compilando il modulo, riportato nell'**Allegato1**, alla Direzione Medica o al Distretto con allegata relazione motivata.
- Il Direttore della Direzione Medica/Distretto provvede a valutare e autorizzare la "variazione stabile agenda" e successivamente a trasmetterla al Governo Agende per le modifiche.
- Il Governo Agende si attiva per rendere operativa la variazione stabile agenda.

Le agende non dovrebbero subire variazioni in corso d'anno, fatta eccezione per i seguenti motivi:

- importanti variazioni organizzative subentranti nella struttura,
- adeguamento del mix e del numero di prestazioni offerte per il rientro nei tempi di attesa standard.

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, ovvero dalla prima data in agenda in cui non risultano essere presenti pazienti prenotati, previa verifica.

8.6 SOSPENSIONI

8.6.1 SOSPENSIONE DELL'ATTIVITA' 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 (ex DPCM 29.11.2001), tranne che per situazioni impreviste da ricondursi a cause di forza maggiore.

Si ricorda che, 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; a tal proposito è prevista da parte della Regione un'attività sistematica di vigilanza sul rispetto di tale divieto.

Gli indirizzi operativi della DD 101 del 24.04.2007 prevedono che linea di principio si deve considerare l'interruzione delle attività di prenotazione quale situazione realizzabile solo in casi eccezionali, tenuto conto dei seguenti principi di riferimento:

- gli eventi che impediscono la prenotazione delle prestazioni sono imprevedibili relativamente al momento in cui avvengono, ma sono prevedibili come situazione potenziale;
- l'interruzione della possibilità di erogazione non implica necessariamente l'interruzione delle prenotazioni;
- le attività di prenotazione non possono mai essere sospese adducendo a motivo l'eccessiva lunghezza della lista e dei tempi di attesa;
- le sospensioni delle prenotazioni si possono verificare solo se non si conosce la data di ripristino dell'attività di erogazione della prestazione.

Nel caso in cui esistano i presupposti per procedere alla sospensione dell'attività di prenotazione per un'agenda l'Azienda



potrà procedere **solo**, e nel rispetto della seguente procedura:

1. il Responsabile Medico dell'ambulatorio avvisa il Direttore Medico o il Direttore di Distretto e compila la domanda attraverso il "Modulo per la richiesta di autorizzazione alla sospensione dell'attività' di erogazione/prenotazione" (vedi Allegato2);
2. il Direttore Medico del P.O./ Distretto, valutato il caso e accertata l'impossibilità di evitare la sospensione della prenotazione, approva la sospensione e informa il Direttore Sanitario, provvedendo alla compilazione del "Modulo per la richiesta di autorizzazione alla sospensione dell'attività' di erogazione/prenotazione" (vedi Allegato2) – precisando che si tratta di sospensione di prenotazione;
3. il Direttore Medico del P.O./Distretto, acquisisce il nulla osta del Direttore Sanitario
4. il Direttore Medico del P.O./Distretto appena in grado di definire una data di riapertura delle prenotazioni/erogazione provvede a comunicarla agli operatori Governo Agende.

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

8.6.2 SOSPENSIONE DELL'ATTIVITA' DI EROGAZIONE

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 l'Azienda sanitaria, di concerto con la struttura interessata, deve individuare soluzioni per superare la contingenza tecnica e garantire la continuità del servizio, occorrerà attenersi alle seguenti indicazioni:

1. il Responsabile Medico dell'ambulatorio avvisa il Direttore Medico del P.O./Distretto e compila il modulo la domanda di "Modulo per la richiesta di autorizzazione alla sospensione dell'attività' di erogazione/prenotazione" (vedi Allegato2)
2. il Direttore Medico del P.O./Distretto, valutato il caso e accertata l'impossibilità di evitare la sospensione dell'erogazione, approva la sospensione e informa il Direttore Sanitario, provvedendo alla compilazione del "Modulo per la richiesta di autorizzazione alla sospensione dell'attività' di erogazione/prenotazione" (vedi Allegato2) precisando che si tratta di sospensione di erogazione;

Per garantire il recupero delle prestazioni previste e non erogate nei tempi programmati potranno prevedere sedute aggiuntive o sostitutive, verificata la disponibilità dell'erogatore interessato, nonché delle risorse umane e strutturali di supporto.

8.6.3 CHIUSURA DEFINITIVA

La cessazione di un ambulatorio avviene per scelte gestionali aziendali o su approvazione di un'istanza da parte dello specialista (es. cessazione di rapporto di lavoro). La proposta scritta di chiusura di un ambulatorio deve essere presentata dalla Struttura erogante al Direttore del Distretto o al Direttore di Presidio.

Il Direttore di Presidio/Distretto verifica, per l'evento specifico, la richiesta del consenso regionale (se è unico punto di erogazione aziendale) e se necessario procede con quanto disposto. In ogni caso, informa la Direzione Sanitaria della chiusura.

9. MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

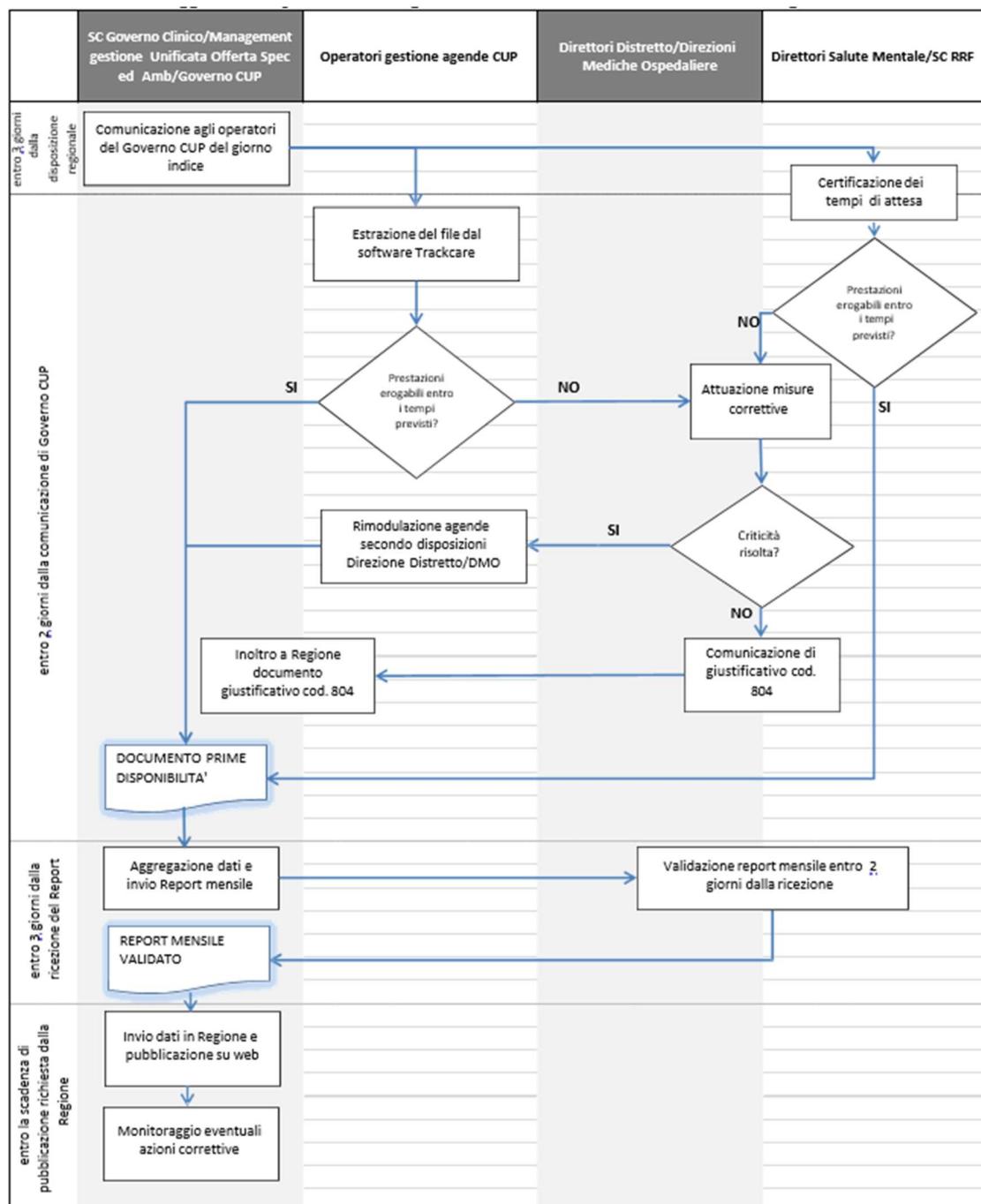
9.1 RILEVAZIONE MENSILE REGIONALE

Mensilmente, le Aziende pubblicano sul proprio sito Aziendale nella sezione dedicata ai tempi di attesa, i dati relativi alle prestazioni direttamente monitorate dalla Regione. Le prestazioni oggetto di monitoraggio regionale, per le quali è stato fissato uno standard di riferimento (30 giorni per le visite, 60 giorni per le prestazioni, per la classe di priorità D), sono classificate per tipologia e per disciplina specialistica secondo le previsioni del nomenclatore tariffario e per sede di erogazione.



Nel giorno indice, all'inizio della giornata lavorativa, riguardo a ciascun punto di erogazione delle prestazioni, vengono effettuate le rilevazioni con riguardo al primo posto libero. Il tempo di attesa consiste nell'intervallo temporale intercorrente tra il giorno indice ed il primo giorno utile di effettuazione della prestazione. Nel conteggio devono essere considerati i giorni effettivi (di calendario) intercorrenti tra queste due date. Nel caso in cui in un singolo punto di erogazione la prestazione sia resa da più specialisti, il tempo di attesa da rilevare sarà il primo tempo utile per l'effettuazione della stessa.

Flow-chart del monitoraggio dei tempi di attesa nel giorno indice secondo le indicazioni della Regione Piemonte.





9.2 MONITORAGGIO EX-POST

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex post, viene effettuato attraverso il flusso informativo ex art. 50 della legge 326/2003 che, nell'aggiornamento del comma 5 del decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 18 marzo 2008, è stato implementato delle informazioni necessarie al suddetto Monitoraggio. I dati raccolti sono relativi alle prestazioni monitorate erogate presso le strutture pubbliche indicate nei Programmi Attuativi Aziendali e si effettua attraverso la trasmissione dei dati del flusso di specialistica ambulatoriale, da parte della Regione con cadenza mensile.

9.3 MONITORAGGIO EX-ANTE

Il Monitoraggio nazionale ex-ante dei tempi di attesa delle prestazioni specialistica ambulatoriali per l'attività istituzionale, si effettua sulle prestazioni previste dal PNGLA, nelle date individuate la Ministero della Salute e comunicate dalla Regione alle Aziende.

Sono tenute alla rilevazione tutte le strutture pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni per conto e a carico del SSN indicate nei Programmi attuativi aziendali. Il Monitoraggio ex ante si effettua solo per le prestazioni in primo accesso, per le classi di priorità

Per ciascuna delle prestazioni monitorate di rilevano, per le richieste delle diverse classi di priorità, il numero di prenotazioni, il numero di prenotazioni garantite nei tempi previsti dalla classe e la percentuale di garanzia.

Al pari delle altre ASL del Piemonte, l'ASL TO4 per la rilevazione accede alla reportistica che è stata all'uopo predisposta sul Sistema del Cup Regionale.

10. RIFERIMENTI NORMATIVI

- DD 871 del 12.12.2019 - Aggiornamento del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale e di laboratorio. Revoca e sostituzione degli allegati A e B della DD 186 del 13.03.2019. Istituzione di controllo bloccanti ex-ante nel SAR.
- DGR n. 110 – 9017 del 16 maggio 2019
- Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019 – 2021
- DD 186-A1413B del 13.03.2019 - Aggiornamento del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale e di laboratorio. Revoca e sostituzione degli allegati A e B della DD 192 del 23.03.2018.
- 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.
- Nota Regionale Direzione Sanità del 05.04.2017 - Invio copia DD n. 240 del 05.04.2017 inerente a "Aggiornamento del Catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale e di laboratorio: revoca e sostituzione degli allegati A e B della DD. 461 del 02.08.2017, così come rettificata con DD n. 446 del 15.09.2017"
- 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 del 21.03.2017 "Richiesta attivazione di interventi aziendali finalizzati alla corretta gestione del processo di dematerializzazione delle ricette di specialistica ambulatoriale e di laboratorio"
- Nota Regionale Direzione Sanità del 25.10.2016 "Processo di gestione delle ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale e di laboratorio: indicazioni tecniche per il monitoraggio attivo"
- Nota Regionale Direzione Sanità Piemonte n. 19013 del 16.09.2016
- Nota Regionale Direzione Sanità Piemonte n. 196948 del 05.08.2016 di invio DD n. 461 del 02.08.2016 "Approvazione del testo aggiornato del Catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale e di laboratorio, di cui alle DD n. n. 371 del 16.06.2015, n. 777 del 30.11.2015, n. 150 del 18.03.2016 e n. 179 del 01.04.2016 e n. 221 del 28.04.2016, in conformità con quanto disposto dalla DGR n. 35-3310 del 16.05.2016.
- Nota Regionale Direzione Sanità Piemonte n. 9476 del 29.04.2016 di invio DD n. 221 del 28.04.2016 "Approvazione del



testo integrato del Catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale di cui alla DD n. 371 del 16.06.2015, n. 777 del 30.11.2015, n. 150 del 18.03.2016 e n. 179 del 01.04.2016”

- Nota Regionale Direzione Sanità Piemonte n. 6569 del 18.03.2016 di invio DD n. 150 del 18.03.2016 “Approvazione del nuovo aggiornamento del Catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale, con approvazione degli allegati 1 e 2, in sostituzione degli allegati A,B,C e D della DD n. 777 del 30.11.2015
- Nota Regionale Direzione Sanità Piemonte n. 23169 del 11.12.2015
- Nota Regionale Direzione Sanità Piemonte n. 23879 del 23.12.2015
- DD .777 del 30.11.2015 “Aggiornamento del Catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale di cui alla DD 371 del 16.06.2015”
- 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.
- DGR 2-2481 del 29.7.2011 Approvazione Piano Regionale Liste di attesa.
- DRG n. 11 -6036 del 2 luglio 2013 - Recepimento ed aggiornamento del nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale di cui alla D.G.R n. 73-13176 del 26.07.2004 e s.m.i.
- DGR 28-2027 del 17.5.2011 – Recepimento del Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012.
- Ministero della Salute – Piano Nazionale per il contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2010-2012.
- DM Ministero della Salute del 18 ottobre 2012 - Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale.
- DGR n. 2-2481 del 29 luglio 2011 - Intesa, ai sensi dell'art. 8 - comma 6 - della L. 5 giugno 2003 n. 131, tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste d'attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'art. 1, comma 280, della L. 23.12.2005 n. 266. - Approvazione Piano regionale. Indirizzi applicativi alle Aziende Sanitarie Regionali.
- DM 2 novembre 2011 -Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dematerializzazione delle ricetta medica cartacea, di cui all'articolo 11, comma 16, del decreto –legge n. 78 del 2010 (Progetto tessera Sanitaria).
- Deliberazione della Giunta Regionale 29 luglio 2011, n. 11-2490 - Legge 15 luglio 2011 n. 111 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98 recante disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria" - attuazione articolo 17, comma 6, in materia di partecipazione alla spesa sanitaria.
- Legge 15 luglio 2011 n. 111 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98 recante disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria"
- D.D. 375 del 10.7.2009 – Individuazione delle classi di priorità.
- DPCM 26 marzo 2008 “Attuazione dell'articolo 1, comma 810, lettera c), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, in materia di regole tecniche e trasmissione dati di natura sanitaria, nell'ambito del Sistema pubblico di connettività.”
- DPR 271 del 28/07/2008 - ACN per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni
- DM Ministero dell'Economia e Finanze del 18 marzo 2008
- DD n. 43 del 04 febbraio 2008 - Ulteriori indirizzi operativi per l'attuazione della D.G.R. n. 37-5180 del 29.01.2007 in materia di liste d'attesa
- DD n. 101 del 24 aprile 2007 - Ulteriori indirizzi operativi per l'attuazione della D.G.R. n. 56-3322 del 29 gennaio 2007 sulle liste d'attesa
- Nota Regionale Direzione Sanità Piemonte n. 10621/DS2009 del 28/12/2007 e s.m.i “Flusso Informativo specialistica ambulatoriale ed altre prestazioni” - tracciato C
- DGR n.37-5180 del 29.1.2007
- Legge 23 dicembre 2005 n. 266
- Legge Finanziaria 2004
- Legge 326/2003
- DGR n. 14-10073 del 28 luglio 2003: “Linee guida per la gestione dell'accesso alle prestazioni programmabili in Regione Piemonte”.
- DPCM 16 aprile 2003: “Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa”.
- DGR n. 49-6478 del 1° luglio 2002 "Linee guida e percorsi terapeutici per attività ambulatoriale di recupero e riabilitazione funzionale per pazienti stabilizzati secondo quanto stabilito dalle classi di disabilità".
- DPCM 16.04.2002 "Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa.



- DGR del 10 dicembre 2001, n. 55-4769 Prestazioni Ambulatoriali Determinazione degli standard per l'erogazione delle prestazioni, principi per la gestione delle liste di attesa e informazione all'utenza”.
- DGR del Gennaio 2022 n. 48-4605 “Approvazione della rimodulazione del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici, a norma dell'art. 1, commi 276 e seguenti, della L. 30 dicembre 2021, n. 234, “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022- 2024”.
- Deliberazione della Giunta Regionale 14 aprile 2022, n. 4-4878 “Piano straordinario di recupero delle Liste d'attesa. Ulteriori disposizioni attuative, ad integrazione della D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022 e autorizzazioni di spesa per le Aziende Sanitarie Regionali. Modifica della D.G.R. 38-846 del 22.02.2019 sui termini di validita' delle ricette relative alle prestazioni diagnostico-specialistiche di primo accesso”
- DGR 22 maggio 2023 n. 20 – 6920 “Approvazione della rimodulazione del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici, ai sensi dell'art. 4, comma 9 octies del D.L. 29 dicembre 2022, n. 198. Aggiornamento della D.G.R. n. 48- 4605 del 28.01.2022 e della D.G.R. n. 4-4878 del 14.04.2022”
- DGR 20 novembre 2023 16-7729/2023
- DD n. 269 del 18 aprile 2017 avente per oggetto “Il Programma regionale per il Governo dei tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale per il triennio 2017-2019. “Individuazione dei ruoli e delle funzioni di coordinamento delle Aree Omogenee di Programmazione, a norma della 27 marzo 2017, n. 17-4817;
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 3-8294/2024/XI del 12.03.2024 avente ad oggetto “Disposizioni per l'attuazione del DPCM del 12 gennaio 2017, del DM del 23 giugno 2023 e DM del 31 dicembre 2023: adozione del Nuovo Nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale Indicazioni tecnico-operative”;
- Decreto Ministeriale del 26 novembre 2024 ad integrazione e modifica del DM 23 giugno 2023;
- Decreto del Ministro della Salute del 23 giugno 2023, recante “Definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica”, pubblicato sulla G.U. n. 181 del 04.08.2023, così come modificato dal Decreto del 31.12.2023;
- D.G.R. n. 22-3690 del 06.08.2021 “Approvazione dell'aggiornamento del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici. Ulteriori indicazioni in applicazione del D.L.14 agosto 2020, n.104 e del D.L. 25 maggio 2021, n. 73, ad integrazione ed aggiornamento della D.G.R. 23 settembre 2020, n. 2-1980” con la quale si è disposto per l'aggiornamento del Piano di recupero delle liste di attesa, secondo le indicazioni fornite nel D.L. 73/2021;
- D.G.R. n. 16-7729/2023/XI del 20.11.2023, inerente a “Definizione delle ulteriori azioni programmate di rilevanza regionale e aziendale finalizzate alla realizzazione dell'obiettivo di riduzione delle liste di attesa relative alle visite e prestazioni ambulatoriali. Integrazioni alle DGR n.4-4878 del 14.04.2022 e n.20-6920 del 22.05.2023 sulle modalità di attuazione del controllo di valorizzazione economico-finanziaria delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, erogate dalle strutture private accreditate e contrattualizzate con il SSR, con decorrenza a far data dal 1° gennaio 2024 e rendicontate nel flusso C, di cui alla D.G.R. n.4-4878 del 14.04.2022”;
- D.G.R 12 marzo 2024, n. 3-8294 “Disposizioni per l'attuazione del DPCM del 12 gennaio 2017, del DM del 23 giugno 2023 e DM del 31 dicembre 2023: adozione del Nuovo Nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale. Indicazioni tecnico-operative.”
- Decreto del Ministero della Salute del 28 novembre 2024
- DD n. 444/A1400B/2025 DEL 29.07.2025 - Approvazione dell'aggiornamento del Catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale e dell'elenco delle prestazioni sostituibili in erogazione. Integrazione e modifica della D.D. n. 990/A1400B/2024 del 24.12.2024



A.S.L. TO4

Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

ALLEGATO1

STRUTTURA S.C. -----

MODULO PER APERTURA

MODIFICA MOTIVO.....

Informazioni richieste		
LUOGO DI EROGAZIONE		
NOME AGENDA /AMBULATORIO		
Nome e Cognome dello specialista erogatore della prestazione (indicare se dipendente, sumaista)		
Disponibile a cup, ovvero autogestita, ovvero accesso diretto.....		
tipologia di utenti /se interna o per esterni (es. se dedicata ad alcune classi di priorità, se dedicata a particolari quesiti diagnostici, età, ecc...)		
giorno e orario di apertura		
tipologia di prestazioni erogate (es. prima visita, controllo, ecc...)		
n.prestazioni		
suddivisione oraria (es. numero prime visite ogni ora, numero controlli ogni ora, ecc..)	LUNEDI' DALLE ORE ----- ALLE ORE ----- N..... PASSAGGI	
	MARTEDI' DALLE ORE ----- ALLE ORE ----- N..... PASSAGGI	
	MERCLEDI' DALLE ORE ----- ALLE ORE ----- N. PASSAGGI	
	GIOVEDI' DALLE ORE ----- ALLE ORE -- N. PASSAGGI	
	VENERDI' DALLE ORE ----- ALLE ORE ----- N. PASSAGGI	
	SABATO DALLE ORE ----- ALLE ORE ----- N. PASSAGGI	
suddivisione per classi di priorità U B D P		
operatori che possono agire sull'agenda (es. cup, operatori CAS, coordinatori Servizio, ecc...)		
avvertenze particolari da includere nella prenotazione		

data _____

FIRMA DEL RESPONSABILE DI STRUTTURA

FIRMA RESPONSABILE DMO/ DISTRETTO DI.....



A.S.L. TO4

Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

ALLEGATO 2

MODULO PER LA RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOSPENSIONE DELL'ATTIVITA' DI EROGAZIONE/PRENOTAZIONE

AZIENDA: ASLTO4
1. Prestazione sospesa:
2. Punto di erogazione:
3. Luogo di erogazione:
4. Motivazione della sospensione:
5. Soluzioni previste per ovviare il disservizio: Tempi di utilizzo delle misure organizzative sostitutive adottate al fine del ripristino attività
6. Eventuale sospensione dell'equivalente attività intramoenia

NOTE:

Anche se l'erogazione viene interrotta il servizio dovrebbe proseguire le prenotazioni con due opzioni:

- a) calcolare e assegnare nuovi tempi di attesa in funzione della stima di tempo di interruzione;
- b) predisporre dei pre-appuntamenti ovvero indicare al cittadino il periodo nel quale può essere erogata la prestazione; la data precisa sarà comunicata successivamente.