

**Procedura per attivazione “Percorso di tutela” per Classi di Priorità Differibile (D) e Programmata (P)
applicazione ai sensi del D.lgs. 124/98.**

Il percorso di tutela è riservato alle richieste di prestazioni, visite e prestazioni diagnostiche/terapeutiche, di “**primo accesso**” con classe di priorità “**D**” e “**P**”.

Si definiscono di “primo accesso” quelle prestazioni che rappresentano il primo contatto del paziente con il SSR relativamente al problema di salute posto ovvero prime visite e prime prestazioni diagnostiche terapeutiche. Va considerata come prestazione di primo accesso anche quella richiesta dal medico prescrittore conseguente ad un precedente esame o visita e finalizzata alla conclusione del percorso diagnostico in un tempo definito, per le patologie per le quali non sono stati definiti specifici percorsi diagnostico-terapeutici.

Le prestazioni (visite o esami diagnostici strumentali) prescritte per “controlli successivi” alla prima visita, invece, sono da considerare all’interno della presa in carico della struttura ospedaliera e/o ambulatoriale e gestite attraverso una metodologia proattiva di percorsi interni aziendali fino al suo completamento senza affidare al cittadino la ricerca della visita o la prestazione da prenotare. Alla prenotazione di tali prestazioni dovrebbe provvedere direttamente la struttura che ha in carico il paziente.

Il cittadino, al quale in fase di prenotazione per le prestazioni di primo accesso per Classi di Priorità “**D**” e “**P**” non sia stato assicurato l’appuntamento nel tempo massimo previsto dal medico prescrittore attraverso la classe di priorità, nell’Ambito Territoriale di Garanzia definito dall’Azienda, può inviare al Direttore Generale/Commissario Straordinario della ASL di residenza, una domanda per l’attivazione del “Percorso di tutela” per la prestazione prescritta.

Il cittadino presenterà istanza tramite compilazione della modulistica, disponibile sul sito aziendale e presso l’URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico), a cui dovranno essere allegati:

- la prescrizione della visita e/o esame strumentale. Le prescrizioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali devono essere complete in tutti i campi:
 - indicazione di prima visita e/o prestazione diagnostica strumentale;
 - quesito diagnostico;
 - classe di priorità coerente con quanto previsto dal manuale RAO (scaricabile dal sito aziendale – sezione liste di attesa);
 - data della prescrizione, codice fiscale ed ASL dell’utente, codice prestazione nel caso di prescrizioni cartacee;
- la stampa del promemoria di prenotazione rilasciato dagli operatori CUP da cui risulta la prima data disponibile oltre il tempo previsto dalla classe di priorità ovvero, il numero della prenotazione della prestazione con l’indicazione della sede e della data dell’appuntamento forniti dal call center;
- documento di identità

L’Azienda si impegna ad individuare una struttura sanitaria che eroghi la prestazione entro i tempi massimi stabiliti dalla “classe di priorità” in coerenza con l’ambito di garanzia identificato.

Per le prestazioni di “**primo accesso**” con classe di priorità Breve “**B**”, si rimanda alle indicazioni Regionali, riportate nel Decreto Legge n. 73 del 7 giugno 2024, convertito nella Legge n. 107 del 29 luglio 2024, per cui si potrà attivare il PASS di garanzia con il quale verrà avviata una procedura regionale, che prevede la comunicazione all’Azienda di residenza della richiesta di prenotazione nei tempi previsti dalla classe di priorità “**B**”, successivamente verrà comunicata all’assistito una proposta di data di prenotazione con relativo luogo di erogazione della/e prestazione/i, secondo il percorso previsto dalla Regione.

In caso di indisponibilità di strutture sanitarie che possano erogare la prestazione secondo la prescrizione, l'Azienda provvederà, in ottemperanza a quanto previsto dal D.lgs. n.124/1998 art. 3 commi 10 e 13, all'erogazione della prestazione nell'ambito dell'attività libero-professionale intramuraria, entro i tempi massimi previsti dalla "*classe di priorità*", a partire dalla data di ricezione della domanda completa, senza prevedere oneri aggiuntivi diversi da quelli di legge per l'assistito (ticket).

Il rifiuto del cittadino ad eseguire la prestazione specialistica o diagnostico-strumentale fornita entro i termini previsti ed in coerenza con l'ambito di garanzia identificato, libera l'Azienda da qualsiasi onere.

Il presente percorso di tutela è applicabile solo ai residenti nella ASL di Latina.