REGOLAMENTO AZIENDALE

PER L'ACCESSO E LA GESTIONE DEL PERCORSO DI GARANZIA

DEI TEMPI MASSIMI DI ATTESA

SOMMARIO

Capo I – Disposizioni generali 2

Art. 1 – Oggetto e finalità 2

Art. 2 – Ambito di applicazione 2

Art. 3 – Tempi massimi di attesa 3

Capo II – Accesso e istruttoria 3

Art. 4 – Requisiti di accesso al percorso 3

Art. 5 – Modalità e termini di presentazione dell'istanza 3

Art. 6 – Istruttoria e presa in carico 4

Capo III – Gestione del percorso 5

Art. 7 – Ricerca delle disponibilità e misure organizzative 5

Art. 8 – Comunicazioni e obblighi informativi 6

Art. 9 – Conclusione dell'istruttoria e chiusura del percorso 6

Capo IV – Modalità alternative e profili economici 7

Art. 10 – Modalità alternative di erogazione e oneri a carico dell'assistito 7

Capo V – Ruoli, competenze e monitoraggio 8

Art. 11 – Ruoli e competenze delle articolazioni aziendali 8

Art. 12 – Monitoraggio e rendicontazione 8

Capo VI – Disposizioni finali 9

Art. 13 – Allegati, disposizioni attuative e trattamento dei dati personali 9

Art. 14 – Efficacia e aggiornamento 9

RIFERIMENTI NORMATIVI NAZIONALI 10

RIFERIMENTI NORMATIVI REGIONALI 10

Capo I – Disposizioni generali

Art. 1 – Oggetto e finalità

1. Il presente Regolamento disciplina, nell'ambito delle competenze dell'ASL Napoli 2 Nord, le condizioni di accesso, le modalità di gestione, i soggetti responsabili e le forme di monitoraggio del percorso di garanzia dei tempi massimi di attesa per le prestazioni specialistiche di primo accesso, quale modalità aziendale di attuazione dei percorsi di tutela previsti dalla normativa nazionale e regionale.
2. Il percorso è finalizzato alla presa in carico dell'assistito qualora, attraverso i canali ordinari di prenotazione, non sia disponibile un appuntamento compatibile con i tempi massimi stabiliti per la classe di priorità prescritta.
3. La gestione del percorso è improntata a uniformità di trattamento, tracciabilità delle verifiche, appropriato utilizzo delle risorse assistenziali disponibili e rispetto delle disposizioni normative e organizzative vigenti.
4. Il Regolamento assume a riferimento il D.L. 7 giugno 2024, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla L. 29 luglio 2024, n. 107, con particolare riguardo all'art. 3, commi 10 e 10-bis, nonché il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 21 febbraio 2019, Rep. Atti n. 28/CSR, e il Piano Regionale della Campania adottato con D.C.A. n. 52/2019, come modificato e integrato dal D.C.A. n. 23/2020.
5. Il Regolamento è attuato nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza definiti dall'art. 15 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 e ss.mm.ii. e dei principi generali dell'attività amministrativa di cui alla Legge 7 agosto 1990, n. 241, con particolare riguardo alla trasparenza, all'efficacia e al non aggravamento del procedimento.

Art. 2 – Ambito di applicazione

1. Il Regolamento si applica alle prestazioni specialistiche di primo accesso, secondo le classi di priorità indicate nella prescrizione e nei limiti delle prestazioni assoggettate alla garanzia dei tempi massimi dalla disciplina applicabile. L'Allegato B individua le 69 prestazioni oggetto di monitoraggio nazionale ai sensi del PNGLA 2019-2021.
2. L'elenco di cui all'Allegato B non esaurisce l'ambito delle prestazioni soggette ai tempi massimi di attesa; per le ulteriori prestazioni di primo accesso trovano applicazione le specifiche misure di garanzia previste dalla normativa vigente, nei relativi ambiti e condizioni di applicazione.
3. Sono esclusi dal presente percorso di primo accesso i controlli e i follow-up già programmati nell'ambito della presa in carico specialistica, nonché gli screening.

4. Per le prestazioni in classe U (Urgente), soggette al tempo massimo di 72 ore, sono assicurate modalità di gestione tempestive.
5. Partecipano all'attuazione del Regolamento, secondo le rispettive competenze, il Responsabile Liste di Attesa, la U.O.S. CUP – Liste di Attesa – ALPI, attraverso il CUP Centrale, la U.O.C. Appropriatezza Clinica Organizzativa, gli sportelli CUP aziendali, i Distretti Sanitari, i Presidi Ospedalieri e le ulteriori articolazioni aziendali interessate.

Art. 3 – Tempi massimi di attesa

1. I tempi massimi di attesa, distinti per classe di priorità, sono i seguenti:

Classe di priorità	Tempo massimo di attesa
U – Urgente	Entro 72 ore
B – Breve	Entro 10 giorni
D – Differibile	Entro 30 giorni per le visite; entro 60 giorni per gli esami diagnostici/strumentali
P – Programmabile	Entro 120 giorni

Capo II – Accesso e istruttoria

Art. 4 – Requisiti di accesso al percorso

1. Il percorso è attivabile quando ricorrono congiuntamente le seguenti condizioni:
   - la richiesta rientra nella competenza dell'ASL Napoli 2 Nord;
   - la prescrizione sanitaria contiene il quesito diagnostico ed è valida ai fini della prenotazione secondo le disposizioni regionali di cui al punto 6 della D.G.R.C. n. 660/2024 e ss.mm.ii.;
   - la prima disponibilità rilevata dal CUP nelle agende consultabili non è compatibile con il tempo massimo previsto dalla classe di priorità.
2. Il percorso non è attivabile quando il superamento del termine dipende dalla scelta dell'assistito, anziché dall'oggettiva indisponibilità dell'offerta.

Art. 5 – Modalità e termini di presentazione dell'istanza

1. Qualora, in fase di prenotazione, non risulti disponibile attraverso il sistema CUP un appuntamento compatibile con il tempo massimo previsto dalla classe di priorità assegnata, l'assistito può richiedere l'attivazione del percorso di garanzia mediante presentazione dell'apposita istanza (Allegato A).
2. L'istanza di accesso al percorso di garanzia (Allegato A) è presentata entro i termini indicati nella seguente tabella, decorrenti dal primo contatto di cui al comma 3. Tali termini hanno natura esclusivamente organizzativa e il loro superamento non comporta l'automatica decadenza dalle tutele previste. Le istanze tardive sono comunque acquisite e valutate, tenuto conto della classe di

priorità, della data di presentazione e delle soluzioni assistenziali concretamente attivabili. La presentazione dell'istanza non determina il differimento della decorrenza dei tempi massimi di attesa, che resta riferita al primo contatto documentato con il CUP.

Classe di priorità	Termini di presentazione dell'istanza di accesso (Allegato A)
B – Breve	Entro 2 giorni lavorativi
D – Differibile	Entro 5 giorni lavorativi
P – Programmabile	Entro 5 giorni lavorativi

3. Per primo contatto si intende la data documentata in cui l'assistito richiede la prenotazione attraverso il CUP e viene rilevata l'indisponibilità di un appuntamento conforme alla classe di priorità prescritta. I termini di presentazione dell'istanza decorrono dal giorno lavorativo successivo, con esclusione del sabato, della domenica e dei giorni festivi. Per la classe U resta ferma la presa in carico immediata. Per tali prestazioni, il CUP Centrale avvia tempestivamente la ricerca delle disponibilità e, ove necessario, interessa le articolazioni aziendali competenti, senza applicare i termini organizzativi previsti per le altre classi di priorità.
4. L'istanza è trasmessa all'indirizzo di posta elettronica istituzionale **percorsodigaranzia@aslnapoli2nord.it – percorsodigaranzia@pecaslnapoli2nord.it**, corredata dal modulo di cui all'Allegato A debitamente compilato, dalla documentazione attestante la prenotazione o l'esito della richiesta di prenotazione, comprensiva della prima disponibilità rilevata, e dalle copie della prescrizione sanitaria, del documento di riconoscimento e della tessera sanitaria.
5. Qualora l'assistito non possa avvalersi della modalità telematica, la documentazione può essere consegnata presso gli sportelli CUP aziendali, con esclusione dei punti di prenotazione esterni convenzionati, comprese le farmacie. Ai fini del rispetto dei termini organizzativi fa fede la data di consegna allo sportello. Gli operatori addetti provvedono alla tempestiva trasmissione della documentazione al CUP Centrale, che procede secondo quanto previsto dal presente Regolamento. L'istanza può essere presentata anche da un soggetto delegato o dal rappresentante legale, previa acquisizione della documentazione attestante il relativo titolo.

Art. 6 – Istruttoria e presa in carico

1. Il CUP Centrale registra le istanze ricevute, verifica la completezza della documentazione e svolge l'istruttoria amministrativo-organizzativa, assicurando la presa in carico secondo la classe di priorità assegnata.
2. L'istruttoria distingue le situazioni di oggettiva indisponibilità dell'offerta da quelle riconducibili a preferenze di sede, data o professionista espresse dall'assistito.

3. L'assenza di una disponibilità compatibile con la classe di priorità assegnata non determina l'interruzione né la conclusione del percorso di garanzia, che prosegue mediante la presa in carico della richiesta e lo svolgimento delle verifiche necessarie all'individuazione di una soluzione assistenziale secondo quanto previsto dal presente Regolamento.
4. Il CUP Centrale trasmette, con cadenza mensile, alla U.O.C. Appropriatezza Clinica Organizzativa copia delle prescrizioni sanitarie allegate alle istanze per le verifiche di appropriatezza prescrittiva. Tale attività è distinta e parallela alla gestione del percorso di garanzia.
5. La U.O.C. Appropriatezza Clinica Organizzativa, nell'ambito dell'attività di verifica delle prescrizioni, segnala al medico prescrittore, per le valutazioni di competenza, eventuali incongruenze riscontrate tra il quesito diagnostico, la classe di priorità assegnata e i criteri di appropriatezza previsti dal Manuale RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei). Tale attività non costituisce motivo di rigetto dell'istanza né condiziona la prosecuzione del percorso di garanzia.

Capo III – Gestione del percorso

Art. 7 – Ricerca delle disponibilità e misure organizzative

1. Il CUP Centrale, nell'ambito dell'istruttoria amministrativo-organizzativa, procede alla ricerca delle ulteriori disponibilità nell'offerta pubblica e privata accreditata prenotabile attraverso il sistema CUP, tenendo conto degli ambiti territoriali di garanzia e dei criteri di prossimità e raggiungibilità.
2. Qualora non sia individuata una disponibilità compatibile con la classe di priorità, il CUP Centrale interessa le articolazioni aziendali competenti ai fini della valutazione delle misure organizzative e delle eventuali modalità alternative di erogazione ammesse dalla normativa nazionale e regionale, dandone comunicazione al Responsabile Liste di Attesa.
3. L'assistito è ricontattato dal CUP Centrale in tempi compatibili con la classe di priorità assegnata per la comunicazione dell'esito delle verifiche effettuate e dell'eventuale soluzione individuata dall'Azienda.
4. L'accesso al percorso non attribuisce un diritto alla scelta della specifica sede di erogazione o del professionista.
5. Il CUP Centrale documenta le disponibilità rilevate, le proposte formulate e gli eventuali rifiuti dell'assistito, relativi ad appuntamenti conformi ai tempi massimi di attesa e all'ambito territoriale di garanzia.

Art. 8 – Comunicazioni e obblighi informativi

1. Le comunicazioni all'assistito sono effettuate utilizzando i recapiti indicati nell'istanza. In caso di irreperibilità, i tentativi di contatto sono reiterati mediante sistemi informativi che certificano e storicizzano il contatto. I relativi esiti, compresi quelli non andati a buon fine, sono opportunamente documentati.
2. L'assistito comunica tempestivamente l'eventuale rinuncia, nonché l'avvenuta prenotazione o erogazione della medesima prestazione mediante altri canali.
3. L'assistito è tenuto a comunicare eventuali variazioni dei recapiti forniti nell'istanza, al fine di garantire la corretta gestione del percorso di garanzia.
4. Sul sito aziendale sono pubblicate le modalità di accesso al percorso, i canali di trasmissione dell'istanza e le informazioni essenziali sui diritti e sugli obblighi dell'assistito; le medesime informazioni sono rese disponibili presso gli sportelli CUP aziendali interni.
5. Al momento dell'erogazione della prestazione mediante la modalità alternativa individuata dall'Azienda, l'assistito esibisce alla struttura erogatrice la comunicazione aziendale recante l'esito dell'istruttoria relativa all'istanza di accesso (Allegato A), unitamente alla prenotazione ricevuta.

Art. 9 – Conclusione dell'istruttoria e chiusura del percorso

1. La fase istruttoria si conclude con la comunicazione all'assistito dell'esito delle verifiche effettuate e dell'eventuale soluzione assistenziale individuata dall'Azienda. In caso di accertata insussistenza dei requisiti di accesso di cui agli artt. 2 e 4, il CUP Centrale comunica all'assistito l'esito motivato dell'istruttoria e registra la chiusura dell'istanza, nel rispetto delle garanzie procedimentali applicabili.
2. Qualora non sia possibile garantire la prestazione entro i tempi massimi di attesa, neppure attraverso le modalità alternative previste dalla normativa vigente, il CUP Centrale documenta le verifiche svolte e ne trasmette le risultanze alle articolazioni aziendali competenti per le ulteriori valutazioni e determinazioni, dandone contestuale comunicazione al Responsabile Liste di Attesa ai fini dell'esercizio delle funzioni di vigilanza e segnalazione di cui all'art. 11, comma 1. Le articolazioni aziendali interessate comunicano al CUP Centrale le determinazioni adottate, ai fini della registrazione delle attività svolte, dell'aggiornamento dello stato del percorso e della tempestiva informazione all'assistito. Il CUP Centrale rende disponibili al Responsabile Liste di Attesa i relativi esiti. Restano fermi gli obblighi aziendali previsti dall'art. 3, commi 10 e 10-bis, del D.L. n. 73/2024, nonché i diritti riconosciuti all'assistito dall'ordinamento.

3. In presenza dei requisiti di accesso, il percorso resta attivo fino al verificarsi di una delle seguenti condizioni di chiusura: avvenuta erogazione della prestazione, rinuncia espressa dell'assistito, cessazione del bisogno assistenziale ovvero rifiuto documentato di un appuntamento conforme ai tempi massimi di attesa e all'ambito territoriale di garanzia.
4. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di disdetta e mancata presentazione alle prestazioni prenotate, ai sensi dell'art. 3, comma 15, del D.Lgs. n. 124/1998 e dell'art. 3, commi 5 e 7, del D.L. n. 73/2024.

Capo IV – Modalità alternative e profili economici

Art. 10 – Modalità alternative di erogazione e oneri a carico dell'assistito

1. Qualora l'offerta ordinaria non consenta di garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa, le articolazioni aziendali competenti individuano e attivano, in via eccezionale, modalità alternative di erogazione mediante il ricorso alle prestazioni aggiuntive, all'attività libero-professionale intramuraria (così come da Regolamento aziendale ALPI) o alle strutture private accreditate nell'ambito degli accordi contrattuali applicabili, nei limiti e alle condizioni previsti dall'art. 3, comma 13, del D.Lgs. n. 124/1998 e dall'art. 3, commi 10 e 10-bis, del D.L. n. 73/2024, nel rispetto delle pertinenti disposizioni regionali e dei vincoli di spesa.
2. Per le prestazioni erogate attraverso le modalità alternative attivate dall'Azienda nell'ambito del percorso di garanzia, l'assistito è tenuto esclusivamente al pagamento della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket), ove dovuta, ferma restando l'applicazione delle esenzioni previste dalla normativa vigente.
3. L'Azienda provvede direttamente all'attivazione e alla gestione amministrativa delle modalità alternative, senza richiedere all'assistito l'anticipazione di importi ulteriori rispetto all'eventuale ticket dovuto.
4. La comunicazione di indisponibilità della prestazione entro il tempo massimo previsto non costituisce, di per sé, autorizzazione al ricorso autonomo a strutture private. Le spese sostenute per prestazioni effettuate senza seguire la procedura aziendale di accesso e senza preventiva autorizzazione della modalità alternativa non sono rimborsabili nell'ambito del presente percorso di garanzia, fatti salvi i casi espressamente previsti dalla normativa vigente.

Capo V – Ruoli, competenze e monitoraggio

Art. 11 – Ruoli e competenze delle articolazioni aziendali

1. Il Responsabile Liste di Attesa vigila sul rispetto della disposizione di cui all'art. 10, comma 1, e segnala eventuali profili di responsabilità disciplinare e/o erariale al Direttore Sanitario e al Direttore Amministrativo, per le rispettive competenze. Coordina, altresì, il monitoraggio aziendale del percorso e predispone la relativa reportistica mensile.
2. La U.O.S. CUP – Liste di Attesa – ALPI è responsabile della gestione amministrativo-organizzativa del percorso di garanzia e assicura l'uniformità delle modalità operative. Il CUP Centrale cura la ricezione e la registrazione delle istanze, l'istruttoria amministrativo-organizzativa, la presa in carico degli assistiti, la ricerca delle disponibilità, l'aggiornamento dello stato del percorso, la registrazione degli esiti e delle condizioni di chiusura e le relative comunicazioni; provvede inoltre alla trasmissione mensile delle prescrizioni sanitarie allegate alle istanze alla U.O.C. Appropriatezza Clinica Organizzativa per il controllo di appropriatezza prescrittiva.
3. La U.O.C. Appropriatezza Clinica Organizzativa svolge il controllo delle prescrizioni secondo quanto previsto dall'art. 6, commi 4 e 5, senza interferire con l'attivazione, la prosecuzione o l'esito del percorso di garanzia.
4. Gli sportelli CUP aziendali ricevono le istanze presentate in forma cartacea e ne curano la tempestiva trasmissione al CUP Centrale.
5. I Distretti Sanitari e i Presidi Ospedalieri, nell'ambito delle rispettive competenze, individuano e attivano le soluzioni organizzative e le eventuali modalità alternative di erogazione di cui all'art. 10, comma 1, acquisendo, ove necessario, le autorizzazioni delle competenti articolazioni aziendali e fornendo i necessari riscontri al CUP Centrale.

Art. 12 – Monitoraggio e rendicontazione

1. Il monitoraggio del percorso è svolto con cadenza mensile, con riferimento alle classi di priorità, alle branche specialistiche e alle sedi di erogazione, sulla base dei seguenti indicatori:
   - numero di istanze ricevute, accolte, respinte, in corso e chiuse, distinte per esito;
   - numero di prestazioni erogate entro e oltre i termini massimi di attesa;
   - numero di prestazioni erogate mediante modalità alternative, distinte per prestazioni aggiuntive, ALPI e privato accreditato;
   - tempo medio di presa in carico e di conclusione del percorso;

- numero di istanze per le quali non è stata individuata una disponibilità entro i tempi massimi previsti, con indicazione delle relative risultanze.

2. Il CUP Centrale e le ulteriori articolazioni aziendali competenti rendono disponibili, nell'ambito delle rispettive competenze, i dati necessari al monitoraggio. Il Responsabile Liste di Attesa coordina la rendicontazione e trasmette con cadenza mensile gli esiti al Comitato Tecnico Aziendale Liste di Attesa.

Capo VI – Disposizioni finali

Art. 13 – Allegati, disposizioni attuative e trattamento dei dati personali

1. Costituiscono parte integrante del Regolamento l'Allegato A (istanza di accesso al percorso di garanzia) e l'Allegato B (elenco delle 69 prestazioni del PNGLA 2019-2021, richiamato quale riferimento operativo, fatto salvo l'adeguamento alle disposizioni nazionali e regionali).
2. Le modalità tecniche di registrazione delle attività, gestione dei contatti e rendicontazione sono definite con disposizioni operative interne, nel rispetto del presente Regolamento.
3. Gli Allegati A e B sono resi disponibili sul sito istituzionale dell'ASL Napoli 2 Nord, nella sezione dedicata alle Liste di Attesa.
4. Il trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli relativi alla salute, è effettuato nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii., secondo i principi di minimizzazione, riservatezza e sicurezza dei dati. Le prescrizioni sono trasmesse mediante canali istituzionali idonei a garantire la riservatezza dei dati; agli assistiti è resa l'informativa prevista dall'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679.

Art. 14 – Efficacia e aggiornamento

1. Il presente Regolamento acquista efficacia dalla data individuata nel provvedimento aziendale di approvazione.
2. L'Azienda verifica periodicamente la coerenza del Regolamento con la normativa vigente e ne dispone l'aggiornamento in caso di modifiche normative, organizzative o dei sistemi di prenotazione che incidano sul percorso di garanzia.

RIFERIMENTI NORMATIVI NAZIONALI

Legge 7 agosto 1990, n. 241 e ss.mm.ii. – Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi, con particolare riferimento all'art. 1.
D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm.ii., con particolare riferimento agli artt. 8-quater e 8-quinquies.
D.Lgs. 29 aprile 1998, n. 124, con particolare riferimento all'art. 3, commi 12, 13 e 15.
Legge 23 dicembre 2005, n. 266, con particolare riferimento all'art. 1, comma 280.
D.P.C.M. 12 gennaio 2017 – Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), con particolare riferimento all'art. 15 (assistenza specialistica ambulatoriale) e ss.mm.ii.
Intesa Stato-Regioni del 21 febbraio 2019, Rep. Atti n. 28/CSR, relativa al Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021.
D.L. 7 giugno 2024, n. 73, con particolare riferimento all'art. 3, commi 5, 7, 10 e 10-bis, convertito, con modificazioni, dalla L. 29 luglio 2024, n. 107 e ss.mm.ii.

RIFERIMENTI NORMATIVI REGIONALI

D.C.A. Regione Campania n. 52 del 4 luglio 2019, relativo al Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2019-2021.
D.C.A. Regione Campania n. 23 del 24 gennaio 2020, recante modifiche e integrazioni al D.C.A. n. 52/2019.
D.G.R.C. Regione Campania n. 660 del 26 novembre 2024, con particolare riferimento al punto 6, relativo alla validità temporale delle prescrizioni per la prenotazione, e all'aggiornamento del nomenclatore regionale.