

## PROCEDURA PER IL PERCORSO DI GARANZIA DEI TEMPI MASSIMI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DI PRIMO ACCESSO

	DATA	COMPONENTE	STRUTTURA
<b>Elaborato</b>	15.07.2024	Dott.ssa Maria Antonia Di Palma	Responsabile UOSD CUP ALPI e Liste di Attesa
		Dott. Alberico Filippini	Dirigente Medico UOSD CUP ALPI e Liste di Attesa
		Dott. Maurizio Imperatrice	Direttore UOC GEF
		Dott. Luigi Stella Alfano	Direttore Dipartimento Assistenza Territoriale
		Dott.ssa Annunziata Tavella	Direttore Distretto Sanitario n. 48
		Dr.ssa Tommasina Sorrentino	Direttore Distretto Sanitario n. 57
		Dott. Massimo Majolo	Direttore Presidio Ospedaliero Castellammare di Stabia
		Dott. Luca Galantuomo	Dirigente Amministrativo UOSD CUP ALPI e Liste di Attesa
		Dr.ssa Carmela Cannella	Direttore U.O.C. Relazioni con il Pubblico
<b>Attività Segreteria</b>		Dott.ssa Italia Cozzolino Sig.ra Cristina Scappaticci	UOSD CUP ALPI e Liste di Attesa UOSD CUP ALPI e Liste di Attesa
<b>Verificato</b>		Dott. Ferdinando Primiano Dott. Michelangelo Chiacchio	Direttore Sanitario Direttore Amministrativo
<b>Approvato</b>		Dott. Giuseppe Russo	Direttore Generale ASL Napoli 3 Sud

## Sommario

1.	<b>PREMESSA</b>	<b>3</b>
2.	<b>SCOPO</b>	<b>4</b>
3.	<b>CAMPO DI APPLICAZIONE</b>	<b>4</b>
4.	<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	<b>4</b>
5.	<b>RIFERIMENTI NORMATIVI REGIONALI</b>	<b>5</b>
6.	<b>STRUMENTI A TUTELA DEL RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI CON PRIORITÀ (B, D, P)</b>	<b>6</b>
7.	<b>STRUMENTI A TUTELA DEL RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI DI RICOVERO</b>	<b>7</b>
8.	<b>INTERVENTI AZIENDALI A TUTELA DEL RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA</b>	<b>7</b>
9.	<b>MONITORAGGI A GARANZIA DEL RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA</b>	<b>7</b>
10.	<b>PERCORSI DI GARANZIA</b>	<b>9</b>

## 1. Premessa

L'annosa problematica delle lunghe liste di attesa interessa, seppure con gradi di intensità diversi, tutti i sistemi sanitari a prevalente erogazione pubblica. In termini semplificati, essa è il prodotto dell'eccedente DOMANDA di prestazioni sanitarie ambulatoriali rispetto alla relativa OFFERTA.

Com'è nota, la compensazione dei gap di Domanda potrebbe avvenire attraverso la periodica e crescente revisione dell'Offerta aziendale, innescando così una spirale che, in passato, ha generato forti squilibri agli assetti economico-finanziari del SSN. Il governo della Domanda, seppure enfatizzata in sede di teoria programmatica, è obiettivo difficile da raggiungere, in quanto in esso agiscono livelli tecnici, giuridici, economici e culturali che sfuggono, per la quasi totalità, al controllo e al potere di imperio delle Aziende sanitarie. In tale contesto, si inserisce la macro-questione della INAPPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA, cioè la richiesta non pertinente di prestazioni sanitarie ambulatoriali, sia in termini assoluti e sia in relazioni ai tempi di erogazione.

Ogni ASL deve individuare, in collaborazione con i medici prescrittori (MMG, PLS, Medici ospedalieri), le misure più idonee a temperare il diritto alla cura, la gestione del rischio e la piena aderenza della prescrizione ai diversi protocolli diagnostici, anche attraverso la valutazione di meccanismi di premialità. E' verosimile e corretto affermare che il Governo della domanda non possa rappresentare, nel breve periodo, la soluzione ai lunghi tempi di attesa, mentre - di contro - è sul fronte dell'armonizzazione ed efficientamento dell'Offerta che devono essere individuate le strategie più funzionali,

La normativa vigente in materia di governo delle liste di attesa (PNGLA e PRGLA 2019-2021) focalizza la propria azione sulle cd. prestazioni tempo-dipendenti. La previsione di 69 prestazioni paradigmatiche (denominate traccianti), la stratificazione in classi di priorità (Urgente/72 ore — Breve/10 gg. — Differibile/30 gg visite/60 gg esami strumentali — Programmabile/120 gg), la valutazione delle governance aziendali attraverso il monitoraggio delle classi brevi e programmabili (B e D) delineano sufficientemente il campo di azione metodologico all'interno del quale le Aziende Sanitarie devono saper esprimere capacità programmatica.

Per tutti i ricoveri programmati il Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019/2021 ha previsto l'uso sistematico delle Classi di Priorità, definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito dell'Accordo dell'11 luglio 2002 e del PNCTA 2006-2008 e del PNGLA 2010-2012 così suddivise: U (Urgente) da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore; B (Breve) da eseguire entro 10 giorni; D (Differibile) da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici; P (Programmata) da eseguire entro 120 giorni.

Il tempo massimo d'attesa che può intercorrere dalla data di prenotazione a quella di erogazione è fissato dalla Regione, in attuazione alle indicazioni nazionali, in base a valori standard di riferimento.

Si è in una condizione di diritto di garanzia dei tempi massimi:

- in tutti i casi di assenza di offerta nei tempi massimi di attesa previsti dalla prescrizione (indipendentemente dalla scelta dell'utente).

Garanzia dei tempi massimi: indica la situazione in cui l'utente accede alla garanzia dei tempi massimi, per classe di priorità, previsti per le prestazioni ambulatoriali.

Qualora l'utente scelga una data diversa dalla prima disponibilità (coerente con i tempi massimi di attesa prescritti) il SSR non è tenuto a garantire i tempi massimi di attesa previsti.

Note:

- se nella ricetta non sono indicati il sospetto diagnostico o la classe di priorità, la richiesta è collocata in classe P
- i tempi indicati sono garantiti solo per le prime visite o prime prestazioni (ovvero la prima volta che il paziente viene visto per quel problema), e non per i controlli o gli approfondimenti successivi;
- i tempi sono garantiti per le sole prestazioni effettuate in istituzionale dalla ASL Napoli3 Sud;
- va precisato che viene garantita la prestazione, ma non la sede e tanto meno uno specifico medico; pertanto, al cittadino che richiede una prestazione al CUP verrà offerta la prima data disponibile presso uno degli erogatori pubblici; il cittadino può non accettare la proposta e scegliere un altro tra gli erogatori disponibili, ma in tal caso perde il diritto al tempo massimo garantito.

## 2. Scopo

Scopo della presente procedura è quello di definire percorsi di garanzia a tutela dei tempi di attesa per il rispetto dei tempi di garanzia

## 3. Campo di applicazione

La presente procedura si applica alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (Prime visite o prime prestazioni).

## 4. Riferimenti Normativi

- Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante “Linee di indirizzo per la gestione delle liste di attesa per ricoveri programmati nelle strutture sanitarie e corretta tenuta delle agende di prenotazione”
- Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante “Linee di indirizzo requisiti e monitoraggio delle sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa sui siti web di Regioni, Province Autonome e Aziende Sanitarie”
- 7/06/2024 Decreto legge. N. 73 Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie
- 20/06/2019 Decreto Ministeriale del Ministero della Salute: Istituzione e funzioni dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa
- 21/02/2019 Intesa Stato-Regioni: Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019-2021
- 30/12/2018 Legge n. 145: Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021.
- 12/01/2017 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri: Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
- 27/04/2016 Regolamento UE del Parlamento Europeo n. 676: Regolamento generale sulla protezione dei dati-09/02/2012 Decreto Legge n. 5: Disposizioni urgenti in materia di semplificazione e di sviluppo
- 02/11/2011 Decreto Ministeriale del Ministro dell'Economia e delle Finanze: De- materializzazione della ricetta medica cartacea, di cui all'art. 16 del decreto legge n. 78 del 2010 (Progetto Tessera Sanitaria)
- 8 luglio 2011 Decreto Ministeriale del Ministero della Salute: “Erogazione da parte delle farmacie, di attività di prenotazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico dell'utente e ritiro dei referti relativi a prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale”
- 28/10/2010 Intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano: Schema di intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266. Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131
- 29/04/2010 Intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano: Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il documento recante "Sistema CUP - Linee guida nazionali"
- 3 ottobre 2009 Decreto Legislativo n. 153 "Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali, a norma dell'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69”

- 26/03/2008 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri: 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
- 03/08/2007 Legge n. 120: Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria
- 07/04/2006 Decreto del Presidente della Repubblica: Approvazione del «Piano sanitario nazionale» 2006-2008.
- 28/03/2006 Provvedimento della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano: Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006- 2008, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266. (Rep. n. 2555)
- 23/12/2005 Legge n. 266: Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006)
- 30/06/2003 Decreto Legislativo n. 196: Codice in materia di protezione dei dati personali
- 27/12/2002 Legge n. 289: Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003)
- 11/07/2002 Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano: Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento di indicazioni per l'attuazione del punto a) dell'Accordo Stato Regioni del 14 febbraio 2002, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste d'attesa
- 16/04/2002 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri: Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa
- 14/02/2002 Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano: Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste d'attesa
- 27/03/2000 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri: Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale
- 19/06/1999 Decreto Legislativo n. 229: Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419
- 23/07/1998 Decreto del Presidente della Repubblica: Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000
- 29/04/1998 Decreto Legislativo n. 124: Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449
- 27/12/1997 Legge n. 449: Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica
- 23/12/1996 Legge n. 662: Misure di razionalizzazione della finanza pubblica
- 19/05/1995 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri: Schema generale di riferimento della "Carta dei servizi pubblici sanitari"
- 23/12/1994 Legge n. 724: Misure di razionalizzazione della finanza pubblica

## 5. Riferimenti Normativi Regionali

- Decreto Commissario AD ACTA Regione Campania n. 52 del 04.07.2019 Piano Regionale di Governo Liste di Attesa 2019-2021 (PRGLA 2019-2021) di recepimento del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa

2019-2021 (PNGLA 2019-2021)

- Delibera GRC n. 379 del 29/06/2023 concernente “Aggiornamento del piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa”.
- Decreto Commissario AD ACTA Regione Campania n. 23 del 24/01/2020.
- Decreto Commissario AD ACTA Regione Campania n. 255 del 30.05.2024
- DGRC n. 46 del 08/02/2022 “Linee di indirizzo Regionali per l’adozione del Piano Aziendale in materia di Attività Libero Professionale Intramuraria per il personale delle Aree della Dirigenza Medica e Veterinaria (Area contrattuale IV) e della Dirigenza Sanitaria non Medica (Area contrattuale III) del S.S.N.”
- Nota Regione Campania ad Oggetto: Liste d’attesa e percorsi di tutela prot. n. PG/2024/0289924 del 11.06.2024

## **6. Strumenti a tutela del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale di primo accesso**

Come previsto dal PRGLA 2019-2021, la garanzia del rispetto dei tempi massimi di erogazione di una determinata prestazione è calcolata in automatico dal sistema, al momento della prenotazione, in funzione dell’offerta che l’azienda di residenza/domicilio garantisce ai propri assistiti. Nel caso di prestazioni di primo accesso ogni azienda è tenuta ad assicurare tramite le proprie strutture, o altre pubbliche o private accreditate, il rispetto dei tempi previsti.

Al momento della prenotazione, sulla base della priorità indicata dal prescrittore, il sistema propone la prima data disponibile. Qualora il cittadino rifiuti la data proposta, esce dal diritto di garanzia. Questa scelta dell’utente viene registrata dal sistema, permettendo di distinguere le prestazioni che non trovano una disponibilità oggettiva entro i tempi massimi previsti da quelle che escono dal limite per scelta discrezionale dell’utente. Il tempo di attesa (sia quello proposto dal sistema con la prima data disponibile, sia quello scelto dall’utente) viene calcolato a partire dalla data del contatto (telefonico o allo sportello) e registrato dal sistema.

Nel caso in cui la prestazione di primo accesso non sia garantita nei tempi massimi previsti, l’Azienda, attraverso il monitoraggio continuo prevede i seguenti percorsi di garanzia idonei a garantire l’erogazione delle prestazioni nei tempi stabiliti mediante:

- a. ricerca di ulteriori spazi disponibili nell’ambito aziendale;
- b. eventuale aumento della disponibilità, anche temporanea, dell’offerta (POARLA).
- c. Lista di presa in carico attiva: L’utente che non ha trovato in prima battuta il posto in regime di garanzia viene quindi ricontattato e gli viene proposta la prima disponibilità trovata che comunque non dovrà superare i tempi massimi previsti in relazione al codice di priorità riportato sulla prescrizione.
- d. Qualora la prestazione non venga erogata nei tempi previsti l’Azienda mette in atto un percorso di garanzia con l’azienda più vicina in seconda istanza può erogare la prestazione nell’ambito dell’attività libero-professionale intramuraria o eventualmente attraverso un erogatore privato accreditato insistente sul territorio dell’ASL (al fine di garantire l’accesso a tutela del cittadino nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente le prestazioni “di che trattasi” potranno essere garantite anche ricorrendo a convenzionamenti con le strutture private accreditate presenti sul territorio regionale per ambito di garanzia, limitatamente alle singole prestazioni necessarie e attingendo le risorse, eventualmente, da fondi specifici: 5% di cui alla Legge Balduzzi per la realizzazione di progetti mirati alla riduzione delle liste di attesa).
- e. Aggiornamento degli Ambiti territoriali di Garanzia per le prestazioni di primo accesso nel rispetto del principio di prossimità e raggiungibilità, al fine di consentire di quantificare l’offerta necessaria a garantire i tempi massimi di attesa
- f. Attivazione del servizio outbund e recall;
- g. Attivazione del servizio di forzatura per i codici di priorità U e B;
- h. Applicazione delle sanzioni per i no show.

- i. Redazione Tempario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale delibera 123 del 10.02.2023
- l. Applicazione sbarramenti sulle classi di priorità per le agende di Primo Accesso.

## **7. Interventi aziendali a tutela del rispetto dei tempi di attesa**

Qualora il sistema non riesca comunque a soddisfare, in regime istituzionale, le richieste di prenotazione nei tempi previsti, al fine della rimodulazione dell'offerta e nella logica del contenimento degli oneri a carico del bilancio aziendale, sono previsti i seguenti interventi da adottare:

- Applicazione sbarramenti sulle classi di priorità per le agende di primo accesso;
- rimodulazione delle agende di prenotazione e distribuzione dell'offerta per criteri di priorità all'interno dell'agenda;
- ricorso alle Risorse Aggiuntive Regionali destinate a tale scopo (UTILIZZO FONDI REGIONALI PER RIDUZIONE LISTE DI ATTESA);
- eventuale acquisto, concordato con i professionisti, di prestazioni aggiuntive, ai sensi dell'art. Art. 89 CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE DI LAVORO DELL'AREA SANITA' TRIENNIO 2019 – 2021
- la possibilità di assicurare ordinariamente le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, per l'utenza esterna attraverso l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana, oltre all'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva
- l'utilizzo del 5% di cui alla Legge Balduzzi per la realizzazione di progetti mirati alla riduzione delle liste di attesa
- Applicazione delle sanzioni per i no show : per le prestazioni di specialistica ambulatoriale è un fenomeno che consiste nella mancata presentazione dei pazienti agli appuntamenti prenotati. Questo comporta una perdita di risorse e di efficienza per le strutture sanitarie, oltre che un danno per la salute dei pazienti stessi. La norma prevede che per la mancata disdetta entro e non oltre le 48 ore precedenti l'effettuazione della prestazione, l'assistito è tenuto al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione ai sensi del D.Lgs n. 124/96 art.3 comma 15.
- Attivazione del servizio outbound e recall:
  - a. Out-bound: si intende la chiamata attiva da parte di un operatore di call center per consentire di liberare posti e di garantire il 100% di utilizzo di tutti gli slot disponibili. Tale servizio di pulizia delle liste dovrà essere effettuata 10 gg prima della data riportata sul voucher di prenotazione;
  - b. Recall: preavviso via chiamata registrata all'utente prenotato, per le 69 prestazioni traccianti, che dovrà confermare la propria presenza alla visita, l'SMS verrà inoltrato nei 3 giorni antecedenti alla data riportata sul voucher di prenotazione;
- Attivazione del servizio di accesso in libera forzatura per i codici di priorità U e B e per tutte le prime visite (forzatura calibrata sul tasso di no-show è una strategia che ottimizza l'uso delle risorse e contribuisce al contenimento dei tempi di attesa);
- Attivazione delle liste di presa in carico (nel caso di slot disponibile non congruo, la prenotazione ricade nell'elenco di prestazioni oltre la soglia e viene quindi inserita nel "lista di presa in carico attiva", che permette all'Azienda, di avere un elenco di pazienti da ricontattare per permettere loro di accedere tempestivamente alla prestazione sanitaria, tramite l'inserimento in forzatura.

## **8. Monitoraggi a garanzia del rispetto dei tempi di attesa**

L' Azienda si impegna, altresì, a garantire il rispetto dei tempi massimi di tutte le prestazioni ambulatoriali erogate sul proprio territorio:

1. la totale visibilità da parte dei sistemi informativi aziendali delle Agende di prenotazione, sia pubbliche che private accreditate, sia per il primo accesso che per gli accessi successivi, includendo sia l'attività erogata a carico del SSR sia quella in regime ALPI;

2. i monitoraggi delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera previsti (v. Allegato B del PNGLA 2019/2021);
3. l'implementazione di strumenti di gestione della domanda (modello RAO – Raggruppamenti di Attesa Omogenei) per le prestazioni specialistiche ambulatoriali. La scelta dei contenuti clinici delle Classi di priorità farà riferimento al Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO" condiviso dalle Regioni e Province Autonome - Allegato C del PNGLA 2019/2021 e successivi aggiornamenti relativi alla fase II di implementazione del Progetto RAO finanziato da AGENAS e svolto in collaborazione con il Ministero della Salute, le Regioni, le Società Scientifiche e Cittadinanza Attiva;
4. il governo dell'offerta attraverso la definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche e la separazione dei canali per le diverse tipologie di accesso, cioè "primo accesso" e "accesso successivo" (follow up, controllo). Il piano delle prestazioni erogabili contiene la definizione dell'elenco e dei volumi di prestazioni ambulatoriali, specifici per branca e diagnostica strumentale, programmati in risposta ai fabbisogni previsti, sia nel pubblico che nel privato accreditato, al fine di quantificare le prestazioni necessarie in termini di prime visite/primi esami e controlli;
5. il governo del fenomeno della "prestazione non eseguita" per mancata presentazione dell'utente, potenziando i servizi telefonici di richiamata - recall e quelli telematici di modifica o disdetta di una prenotazione (sms, posta elettronica, app), prevedendo eventuali sanzioni amministrative qualora l'utente non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata;
6. la realizzazione della "presa in carico" del paziente cronico secondo precisi protocolli che si completa con la responsabilità della struttura che ha "in carico il paziente" di provvedere alla prenotazione delle prestazioni di controllo;
7. la sospensione del diritto all'attività libero professionale, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate, in caso di superamento del rapporto tra l'attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento dei tempi attesa massimi ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs 229/99;
8. l'attivazione dell'Organismo paritetico aziendale per le attività di verifica dello svolgimento dell'attività libero professionale;
9. la trasmissione sistematica dei flussi informativi di Monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa secondo le Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa – v. Allegato B del PNGLA 2019/2021
10. l'informazione e la comunicazione sulle liste di attesa, sulle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, sui percorsi di garanzia in caso di sfioramento dei tempi massimi, sui diritti e doveri in coerenza con quanto previsto nel presente Piano, attraverso sezioni dedicate e accessibili sui siti Web aziendali, campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi e la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato, per favorire un'adeguata conoscenza;
11. lo sviluppo di un sistema di CUP online aggiornato in tempo reale che permetta la consultazione dei tempi di attesa relativi a visite o esami del SSR o della libera professione intramuraria, secondo le disponibilità effettive. Tale servizio consente all'utente di:
  - ✓ consultare in tempo reale l'attesa relativa a prestazioni sanitarie erogate in ciascuna Classe di priorità;
  - ✓ annullare le prenotazioni effettuate agli sportelli, al telefono oppure attraverso i CUP online;
  - ✓ pagare il ticket e/o il costo della prestazione con bancomat e carta di credito;
  - ✓ visualizzare gli appuntamenti già prenotati;
  - ✓ ristampare il promemoria dell'appuntamento e dell'eventuale costo della prestazione prenotata;
  - ✓ favorire l'accesso alla prenotazione anche attraverso le farmacie di comunità;
12. la vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale;
13. la vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione e le relative sanzioni amministrative come da articolo 1, comma 282 e 284, della legge n. 266/2005;

14. il coinvolgimento e la partecipazione di organizzazioni di tutela del diritto alla salute.

Il presente regolamento disciplina, in conformità alle disposizioni vigenti, le attività connesse agli adempimenti economici-giuridici in materia di rimborsi prestazioni sanitarie.

Per tutto quanto non espressamente indicato o non diversamente disposto dal presente regolamento, si fa riferimento a quanto previsto dalle normative statali e regionali vigenti in materia.

## **9. Percorsi di Garanzia**

Nel caso in cui la prestazione di primo accesso non sia garantita nei tempi massimi previsti dal codice di priorità previsto sull'impegnativa, l'Azienda, attraverso il monitoraggio continuo attiva i seguenti percorsi di tutela idonei a garantire l'erogazione delle prestazioni nei tempi stabiliti mediante:

- 1) Ricerca nell'ambito di afferenza della residenza dell'utente (Ambito 1 Ambito 2)
- 2) ricerca di ulteriori spazi disponibili nell'ambito unico aziendale;
- 3) ricerca di disponibilità alternative in Aziende limitrofe;
- 4) ricerca sulle agende esposte dal privato accreditato insistenti sul territorio della Napoli 3 Sud
- 5) Al termine della ricerca testé indicata, qualora non si riuscisse a soddisfare la richiesta di prenotazione entro i termini previsti dal codice di priorità specifico o dai tempi massimi stabiliti nel PNGLA, l'A.S.L., a seguito di un'ulteriore verifica (anche in ordine all'appropriatezza della prescrizione), solo dopo richiesta dell'interessato dovrà – in ultima istanza – erogare la prestazione nell'ambito dell'attività libero-professionale intramuraria, ai sensi dell'art. 3, comma 13, del D. Lgs. 29/04/1998 n. 124, rispettando sia il criterio di rotazione tra i professionisti sia il rapporto tra i volumi di attività istituzionale e in libera professione riferiti alla struttura di afferenza dello stesso (senza oneri aggiuntivi per l'utente, ai sensi del D.Lgs n. 124/1998 col solo pagamento del ticket, se dovuto).
- 6) Nel caso non sia possibile garantire i tempi con visite in attività libera-professione i cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'ASL Napoli 3 le prestazioni di cui trattasi potranno essere garantite anche ricorrendo a convenzionamenti con le strutture private accreditate presenti sul territorio regionale per ambito di garanzia, limitatamente alle singole prestazioni necessarie e attingendo le risorse, eventualmente, da fondi specifici (5% di cui alla Legge Balduzzi per la realizzazione di progetti mirati alla riduzione delle liste di attesa).

N.B. Per i punti 4) e 5) le prestazioni erogate sono esclusivamente quelle erogate istituzionalmente dall'ASL Napoli3 Sud inoltre l'interessato dovrà presentare congrua documentazione (Voucher di prenotazione) al fine di dimostrare che la ricerca espletata, in ossequio ai suindicati criteri, non ha soddisfatto la richiesta di prenotazione entro i termini previsti dal codice di priorità specifico o dai tempi massimi stabiliti nel Piano Nazionale Gestione Liste di Attesa.

Pertanto, a fronte di quanto evidenziato si rammenta che in nessun caso può essere autorizzato e, di conseguenza, riconosciuto il rimborso dei costi sostenuti in ordine alle visite ed esami eseguiti privatamente dall'interessato in contrasto con la normativa e il percorso testé illustrati.

La garanzia decade:

- 1) 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;

- 2) Qualora l'assistito non presenti esplicita richiesta all'ASL di inserimento in percorso di garanzia prima di ricorrere alla solvenza.

Al fine di essere inserito nel percorso di tutela l'assistito deve presentare (inviare agli indirizzi presenti sul sito aziendale asnapoli3sud

□ formale richiesta di inserimento in percorso di tutela per prestazioni specialistiche (visita e/o prestazione specialistica), allegando la stampa della ricevuta di prenotazione sul CUP con l'indicazione della prima data disponibile in assoluto tra quelle proposte dal sistema;

- fotocopia della stampa della ricevuta di prenotazione sul CUP
- fotocopia dell'impegnativa prescrizione medica;
- fotocopia del documento di identità in corso di validità;
- fotocopia della tessera sanitaria;

**ALLEGATO a**

Al Direttore UOC Relazioni con il  
Pubblico ASL NAPOLI 3 Sud

Oggetto: Richiesta di inserimento percorso di garanzia

il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L'inserimento nel percorso di garanzia e a tal fine

**DICHIARA**

(Art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

□ che in data \_\_\_\_\_ ho tentato di prenotare tramite il Cup dell'ASL Napoli 3 la prestazione

\_\_\_\_\_ come da copia Voucher prenotazione che obbligatoriamente allego, e pertanto di non aver potuto usufruire della prestazione entro i tempi di garanzia previsti.

**DICHIARA ALTRESÌ**

di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i.

di sapere che l'Azienda ASL Napoli 3 Sud si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità di quanto dichiarato (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000)

A tal fine allega alla presente:

fotocopia della stampa della ricevuta di prenotazione sul CUP

fotocopia dell'impegnativa prescrizione medica;

fotocopia del documento di identità in corso di validità;

fotocopia della tessera sanitaria;

Si Autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali ai sensi del Reg. UE 679/2016 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. (c.d Codice Privacy), nonché della regolamentazione ASL 8 Cagliari al riguardo, al fine della presente istanza.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Allegato B

**MODULO RICHIESTA RIMBORSO “percorso tutela”**

Al Direttore UOC Relazioni con il Pubblico ASL NAPOLI 3 Sud

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Il rimborso per prestazioni effettuate ai sensi del “Percorso di tutela aziendale”, e a tal fine

**DICHIARA**

(Art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

che in data \_\_\_\_\_ mi sono rivolto al Cup dell’ASL Napoli3 Sud e in quell’occasione sono stata/o informata/o che il primo posto disponibile per effettuare la prestazione \_\_\_\_\_ era presso la Struttura \_\_\_\_\_ per il giorno \_\_\_\_\_

e pertanto di non aver potuto usufruire della prestazione entro i tempi di garanzia previsti.

**DICHIARA ALTRESÌ**

di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i.  
di sapere che l’Azienda ASL Napoli3 Sud si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità di quanto dichiarato (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000).

**Chiede, pertanto che il rimborso sia effettuato:**

sul proprio c/c e pertanto dichiara di essere il titolare del sotto indicato CODICE  
IBAN \_\_\_\_\_

su c/c intestato a \_\_\_\_\_ titolare del CODICE  
IBAN \_\_\_\_\_

Si allegano alla presente

- ricevuta di pagamento
- documento d’identità
- impegnativa del medico curante
- fattura quietanzata relativa a visita specialistica o esame diagnostico effettuato
- voucher prenotazione

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_