



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

**Approvato con deliberazione del Direttore Generale
N° 1625 del 16 OTT. 2018**

REGOLAMENTO CUP

COMUNICAZIONE AI CITTADINI

Normativa di riferimento

Legge 23.12.94 n. 724 "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica" Art. 3, comma 8;

D.P.C.M. 19.05.95 "Carta dei Servizi pubblici sanitari";

Legge 23.12.96 n. 662 "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica" Art. 1, comma 34;

Legge 27.12.97 n. 449 "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica" Art. 33, comma 1;

D.Lvo 29.04.98 n.124 "Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni a norma dell'art.59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449" Art. 3, commi10-15;

D.P.R. 23.07.98 "Piano Sanitario Nazionale 1998-2000;"

D.Lvo.19.06.99 n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'articolo 11 della legge 30 .11. 1998, n. 419" Art.15 quinques, comma 3;

DPCM 27.03.00 "Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'Attività Libero-Professionale Intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale";

Ministero della Sanità, Commissione di studio sulle liste di attesa istituita con DM 28.12.2000:

Presidenza del Consiglio dei Ministri "Conferenza Stato Regioni" seduta dell'11 luglio 2002.

Accordo Stato Regioni 8 agosto 2001

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

DPCM 29.11.2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";

Accordo Stato Regioni 14.02.2002 "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 di attesa";

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. (Repertorio atti N° 1386), sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche ed indirizzi applicativi sulle liste di attesa.

DPCM 16.04.02 "Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e i tempi massimi di attesa";

Accordo Stato Regioni 11.07.2002 "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 indirizzi applicativi sulle liste di attesa”;

Legge 27.12.2002 n.289 “Misure di razionalizzazione della Finanza pubblica” Art.52, comma 4;

DPCM 16.4.2002, Linee Guida sui criteri di priorità sull'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui Tempi massimi di attesa. Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, N° 122 del 27.5.2002

Decreto Leg. 30.06.2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati Personali ".

DPR 23.05.2003 “Piano Sanitario 2003-2005”;

Accordo Stato Regioni 24.07.2003 “Accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano per l’attuazione del Piano Sanitario 2003-2005”;

Legge 23.12.05 n. 266 “Misure di razionalizzazione della Finanza pubblica” Art.1, commi 283, 284, 288, 289, 309;

Accordo Conferenza Stato Regioni del 28/03/2006 “Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa del triennio 2006/08, di cui all’art. 1, comma 280 della legge 23.12.2005 n. 266”;

Legge 3 agosto 2007, n°. 120 Disposizioni in materia di Attività Libero-Professionale Intramuraria;

DM 17/03/2008 Ricettario Unico Nazionale

Accordo Conferenza Stato Regioni del 29 aprile 2010 “Linee Guida nazionali del sistema CUP” Intesa Stato Regioni del 18 novembre 2010 sull’Attività Libero Professionale di dirigenti medici, sanitari e veterinari

Intesa Stato Regioni del 28 ottobre 2010 “Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa” per il triennio 2010-2012

D.L. n.158/2012 convertito in Legge n.189/2012

D.M. 8 luglio 2012 n.135 “Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000 n.380”

Ministero della Salute Decreto 18 ottobre 2012 Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie di assistenza specialistica ambulatoriale. (13A00528) (G.U. Serie Generale, n. 23 del 28 gennaio 2013)

DPCM 12 Gennaio 2017 nuovi LEA

ACN per la disciplina dei Rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni ai sensi dell’art. 8 del D.L.gs n. 502/92 e successive modificazioni giugno 2018.

In considerazione dell’esistenza di aree tematiche direttamente interessate dal fenomeno liste d’attesa, sulla scorta delle quali sarà possibile rilevare con adeguata

precisione e sollecitudine le professionalità e responsabilità variamente coinvolte nella gestione del paziente;

- **si invitano gli specialisti ambulatoriali, il Responsabile e gli operatori CUP, i Direttori di Distretto, i Direttori Sanitari di Presidio ed i Responsabili dei Poliambulatori, all'osservanza scrupolosa dei contenuti di cui alle normative citate come di seguito specificato:**

-

1. Vigilare, rendere chiara e disponibile l'offerta delle Unità Eroganti al fine di facilitarne l'accesso in tempi brevi ai cittadini
2. Effettuare il monitoraggio e la pulizia delle liste di attesa, con il supporto della procedura CUP che è in grado di fornire dati sull'attività di prenotazione, sui tempi di attesa e sui volumi di attività, indicando i livelli di saturazione dell'offerta per un'eventuale riprogrammazione delle disponibilità di calendario in agenda.
3. Differenziare le prestazioni sanitarie assicurando il rispetto delle classi di priorità
4. Assicurare i percorsi diagnostici e terapeutici
5. Coinvolgere gli operatori sanitari nell'individuazione delle criticità nei processi organizzativi delle strutture erogatrici del territorio.
6. Vigilare e comunicare in merito alla sospensione delle agende.
7. Assicurare le visite prenotate in caso di assenza dello specialista per ragioni improcrastinabili.
8. Organizzare gli eventuali spostamenti delle prestazioni prenotate da erogare in caso di indisponibilità della Unità erogante prevista.
9. I Direttori delle U.O.C. Ospedaliere, per tutte le attività ambulatoriali, al pari di quelle territoriali, dovranno pianificare le agende da comunicare immediatamente al CUP ed alle Direzioni Sanitarie con l'obbligo, per queste ultime, così come per i Direttori di Distretto, della raccolta dati per la costituzione dei flussi da inviare alla Regione e quindi al Ministero. Negli stessi saranno compresi le eventuali sospensioni di prestazione, le motivazioni e le soluzioni adottate.

C.U.P

1) In particolare, gli operatori Cup non potranno procedere ad alcuna sospensione temporanea o slittamento delle prestazioni senza autorizzazione del Direttore di distretto e/o di Presidio

2) La gestione del CUP in tutte le sue articolazioni centrali e periferiche, relativamente alle attività istituzionali, all'analisi della domanda e dell'offerta sanitaria ha la responsabilità di:

- a) Promuovere ed omogeneizzare le procedure operative nelle varie sedi di prenotazione;
- b) Sovrintendere all'attività di gestione delle agende (sviluppo nuove agende, chiusura di agende per cessata attività, modifica degli orari e disponibilità, modifica delle prestazioni prenotabili ed erogabili);
- c) Gestione dei tariffari
- d) Gestione delle tabelle di esenzione dalla partecipazione alla spesa
- e) Effettuare elaborazione di statistiche periodiche, con produzione di report, relative al monitoraggio delle percentuali di utilizzo delle strutture, delle prestazioni erogate ripartite per strutture e per unità erogante, statistiche dei medici prescrittori e degli assistiti fruitori;
- f) Garantire la puntuale comunicazione, a tutte le sedi CUP, di tutte le variazioni (modifiche, inserimento di nuove agende e nuove prestazioni);
- g) Rapportarsi per la metodologia di raccolta dei dati, la loro gestione e l'analisi, con il Sistema Informatico aziendale;
- h) Verificare il sistema di autorizzazione delle variazioni dei calendari e prevenire eventuali blocchi delle prenotazioni;
- i) Monitorare le attività ambulatoriali con produzione di statistiche secondo le modalità richieste dalla Direzione Generale;
- l) Monitorare gli effetti delle azioni correttive per il rispetto dei tempi massimi di attesa;
- m) Monitorare le sospensioni delle erogazioni delle prestazioni
- n) Identificazione univoca delle impegnative ed invio al Ministero Economia Finanza (MEF);
- o) Assicurare le attività di prenotazione degli sportelli o punti CUP,
- p) Analizzare la domanda di prestazioni ambulatoriali tramite l'elaborazione di dati estraibili con le funzioni abilitate direttamente dalla procedura CUP;

- q) Gestire il personale adibito all'attività di prenotazione, al fine di garantire sempre l'apertura del punto CUP nella fascia oraria e nei giorni previsti
- r) Prenotare correttamente le prestazioni richieste, eseguendo tutti i passaggi previsti dalla procedura con particolare attenzione ai campi chiave quali: codice fiscale, telefono, esenzione, classe di priorità, giusta attribuzione della branca ecc.,
- s) Gestire la disdetta degli appuntamenti e lo spostamento degli utenti in accordo con le UU.OO. interessate,
- t) Stampare i fogli di lavoro giornaliero assicurando successivamente la registrazione delle prestazioni effettuate attraverso la procedura dei riscontri dei fogli di lavoro rilasciati dai medici ambulatoriali a fine dell'attività lavorativa.
- u) Effettuare la pulizia delle liste di attesa degli appuntamenti ove è avvenuta la disdetta.
- v) Effettuare la procedura propedeutica al rimborso dell'eventuale ticket pagato secondo la procedura aziendale.
- z) Autorizzazione e gestione degli operatori CUP con password e chiavi di accesso;
- x) Assicurare le attività di prenotazione degli sportelli o punti CUP, informando tempestivamente l'ufficio di coordinamento centrale di eventuali variazioni organizzative.

ACCESSO ALLE PRENOTAZIONI

Al fine di uniformare l'accesso alle prestazioni sanitarie in modo da garantire agli utenti le stesse possibilità in tutte le sedi dell'Azienda, tutte le prestazioni erogate dalle strutture della ASP devono essere inserite nel CUP aziendale.

Il Cittadino dovrà presentarsi allo sportello CUP munito di tessera sanitaria e ricetta medica ovvero NRE.

L'operatore addetto alla prenotazione accoglie la domanda dell'utente, ricerca e offre la prima la disponibilità utile, interaziendale ASP-AO, quindi esegue la prenotazione presso il presidio dove sarà effettuata la prestazione.

Qualora l'utente non accetti la prima data utile disponibile ne deve essere segnalata la rinuncia e, nel rispetto della sua libera scelta, verrà prenotato nella struttura di suo gradimento, sempre nel primo giorno utile.

Nel caso siano prescritte più prestazioni della stessa branca sulla stessa ricetta, l'operatore cercherà di prenotarle nella stessa struttura allo stesso specialista erogatore e nello stesso giorno, qualora ciò non sia possibile dovrà darne chiaramente notizia all'utente che sceglierà la modalità di prenotazione in altra sede o in altra data; non è possibile prenotare prestazioni prescritte su di una sola ricetta in più sedi.

PRESTAZIONI A CARICO DEL SSN

La ricetta SSN va redatta dal Medico di Medicina Generale (MMG) al computer,(fatti salvi i casi eccezionali di prescrizione manuale e necessariamente con le indicazioni previste dalla stessa normativa vigente) deve essere ben compilata in ogni sua parte, senza cancellature, DM n° 350 del 11.7.1988; art 50 D.L. 30 settembre 2003, n. 269 convertito con modificazioni nella legge 24 novembre 2003, n. 326):

Nome e cognome, codice fiscale, ASL di residenza, situazione ticket dell'assistito

Quesito diagnostico

Classe di priorità

Data, timbro e firma del medico prescrittore.

La ricetta non può contenere correzioni né in ricetta possono essere inserite prestazioni non prescritte dal medico.

La procedura del programma per le prenotazioni non permette ricette irregolari né sono utilizzabili sostituti della ricetta come le fotocopie o le prescrizioni non redatte su ricettario SSN.

Nessuno può modificare una ricetta medica, quindi l'operatore CUP non potrà mai interpretare, eliminare o aggiungere prestazioni alla richiesta redatta dal Medico di Medicina Generale neanche se richiesto dal paziente, ma dovrà limitarsi a prenotare quanto prescritto dal curante.

Le visite effettuate presso il domicilio dell'assistito devono essere "preventivamente autorizzate programmate e concordate con lo specialista ambulatoriale o il professionista interessato".

PRESTAZIONI NON A CARICO DEL SSN

Le prestazioni a totale carico del cittadino sono:

Prestazioni a carattere Medico Legale

Prestazioni erogate in regime di Libera Professione (ALPI)

Prestazioni richieste da cittadini paganti in proprio (prestazioni di medicina integrata, prestazioni non rientranti nel tariffario nomenclatore, prestazioni non ricomprese nei LEA, ed in ogni caso in cui la prestazione non possa essere fruita attraverso i canali previsti dal SSN)

Tutte le prestazioni a totale carico del cittadino possono essere prenotate al CUP con le stesse modalità di quelle a carico del SSN, salvo la non obbligatorietà della ricetta SSN, ma non possono essere prenotate presso le Farmacie.

CLASSIFICAZIONE DELLE PRESTAZIONI E CLASSI DI PRIORITÀ

Per una gestione efficiente delle agende e quindi dell'offerta sanitaria e l'ottimizzazione dei tempi di attesa è fondamentale la gestione separata dei primi accessi (visite e prestazioni diagnostico-terapeutiche) rispetto agli accessi successivi. Pertanto le prestazioni inserite nel CUP seguiranno il suddetto criterio di differenziazione.

- Primo accesso, è la prima visita o la prima prestazione specialistica che innesca la presa in carico del paziente rispetto a un determinato bisogno assistenziale.
- Accesso successivo al primo, è la prestazione effettuata entro 12 mesi dalla prima richiesta, in cui il problema già noto viene rivalutato sulla scorta degli accertamenti clinici richiesti o sulla terapia medica già prescritta che, può essere necessaria per poter rispondere al quesito diagnostico originario;

Gli accessi sono diversificati dal prescrittore secondo le priorità cliniche per tutte le prestazioni ambulatoriali garantite dal SSN, in conformità a quanto previsto nell'Accordo Stato Regioni dell'11 luglio 2002 e nel PNGLA 2010-2012 e distinte in:

U (Urgente), per le prestazioni la cui indifferibile esecuzione debba essere riferita a condizioni di particolare gravità clinica; da eseguire nel più breve tempo possibile e comunque entro 72 ore;

B (Breve) per le prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco temporale breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità; da eseguire entro 10 giorni;

D (Differibile) per le prestazioni la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o di disabilità; da eseguire entro 30 gg per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;

P (programmata) per le prestazioni che possono essere programmate in maggiore arco di tempo in quanto non influenzano la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità; da eseguire entro un arco temporale di 180 giorni;

Il personale adibito alle prenotazioni CUP deve:

Registrare la classe di priorità biffata dal Medico di Medicina Generale come disciplinato

Informare l'utente che la scelta nei confronti di uno specifico specialista ambulatoriale o di altra struttura presso cui non vi sia la disponibilità entro il tempo massimo definito in rapporto alla priorità richiesta comporta la decadenza al diritto alla garanzia del tempo massimo di attesa.

NB: la classe di priorità riportata sull'impegnativa viene riferita a TUTTE le prestazioni ivi prescritte.

Le prestazioni sanitarie relative al primo accesso e agli accessi successivi sono prenotabili da tutte le postazioni CUP dell'ASP. Le prestazioni di particolare impegno o per le quali è necessario prevedere una specifica programmazione come per i follow up o i controlli per pazienti cronici saranno prenotate direttamente dallo specialista

RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Tutte le prestazioni devono essere registrate dopo l'erogazione attraverso il sistema CUP, al fine di consentire una corretta gestione del sistema rendicontazione sia per soddisfare il flusso informativo al MEF (Art. 50 Legge 326/2003) sia per consentire la produzione di dati affidabili e completi per la corretta programmazione e gestione delle risorse.

La registrazione deve essere effettuata sia per le prestazioni prenotate, sia per quelle eventualmente erogate senza prenotazione ed annotate in calce alla lista di prenotazione (prestazioni aggiuntive, prestazioni accettate, ecc.).

Al momento della registrazione dell'erogato le liste di prenotazione devono essere corredate dalle relative impegnative, nonché di quelle relative alle prestazioni aggiuntive, debitamente in regola con le norme vigenti in materia di partecipazione alla spesa sanitaria.

SPOSTAMENTI E FORZATURE DELLE PRENOTAZIONI

Di norma **non** è consentito lo spostamento delle prenotazioni. Qualora si dovesse verificare una imprevista indisponibilità delle apparecchiature elettromedicali,

indispensabili per l'esecuzione delle prestazioni e/o una assenza improvvisa e giustificata di un operatore sanitario non sostituibile ai fini dell'erogazione di quella particolare prestazione, i Responsabili della struttura erogante, previa autorizzazione dei Direttori di Distretto o dei Direttori di PP.OO., dovranno riprogrammare, a tempi brevi, gli appuntamenti e fare richiesta di blocco delle disponibilità degli eventuali posti liberi rimasti dandone comunicazione ai cittadini interessati.

La riprogrammazione degli appuntamenti, previa richiesta e relative autorizzazioni da parte del responsabile del CUP, potrà avvenire secondo le modalità qui di seguito elencate:

- a) prenotare al primo posto libero su stesso o altro ambulatorio sentito il parere dell'utente.
- b) prenotare un numero concordato di utenti al giorno in aggiunta alle prime giornate disponibili sullo stesso ambulatorio (prima e/o dopo l'assenza).
- c) aggiungere sedute straordinarie sullo stesso ambulatorio nei giorni indicati dai responsabili.

GESTIONE DELLE ASSENZE PER CONGEDO ORDINARIO O PERMESSO NON RETRIBUITO

Il medico specialista dipendente o convenzionato è tenuto a richiedere all'U.O.C. nella quale è incardinato il congedo ordinario o il permesso non retribuito, di norma con un preavviso non inferiore a 30 giorni tramite la consueta modulistica. Nel caso in cui la richiesta giunga al responsabile della struttura con un preavviso inferiore ai 30 gg., esso sarà concesso a condizione che l'Azienda possa provvedere al servizio o che la sostituzione sia garantita dal richiedente. Il Responsabile dell'U.O., prima di autorizzare il congedo ordinario richiesto dall'interessato, è tenuto a verificare la presenza di prenotazioni nel periodo di interesse.

I Responsabili dei Presidi e dei Poliambulatori e i Direttori di Distretto sono tenuti a garantire i servizi indipendentemente dall'autorizzazione dei congedi ordinari, nonché dalla partecipazione a convegni o a congressi da parte del personale sanitario

a verificare la presenza di prenotazioni nel periodo di interesse prima ancora di autorizzare congedi e permessi e quindi redigere la richiesta di sospensione delle prenotazioni per i periodi necessari.

Essi sono tenuti, in ogni caso, ad avviare le procedure necessarie per garantire l'erogazione delle prestazioni prenotate.

PIANO FERIE

I Medici Specialisti, entro il 31 marzo di ogni anno, sono tenuti a presentare al Direttore da cui dipendono il piano di utilizzo delle ferie estive relative all'anno in corso.

In via cautelativa, specie qualora si ravvisasse il rischio di non riuscire a reperire i sostituti per coprire il servizio, il Direttore può richiedere al CUP la rimodulazione dell'offerta nel periodo di interesse.

I responsabili dei Presidi Ospedalieri sono tenuti a garantire i servizi anche in costanza del periodo feriale in quanto gli ambulatori ospedalieri sono ambulatori divisionali e non nominativi; eventuali richieste di rimodulazione dell'offerta dell'attività ambulatoriale, ricollegabile al "piano di utilizzo delle ferie relative all'anno in corso" dovranno essere presentate alla Responsabile del CUP dal responsabile di struttura, con parere favorevole del Direttore del PP.OO., improrogabilmente entro il 31 marzo, per tutto l'anno in corso.

ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA

L'Attività Libero Professionale in Intramoenia (ALPI), Legge 3 agosto 2007, n°. 120, rappresenta un'ulteriore offerta assistenziale della ASP di Cosenza per i propri utenti.

Nell'ambito di un regolamento aziendale, in linea con i contratti di lavoro, i dirigenti dell'Azienda effettuano Attività Libero Professionale al di fuori del loro normale orario di servizio, proponendosi all'utenza con singole offerte di prestazioni, erogabili sia presso il loro studio privato (ALPI allargata) sia presso sedi aziendali (ALPI pura).

L'erogazione di prestazioni in libera professione, si affianca a quella del Servizio Sanitario Nazionale garantendo così una piena e reale libera scelta del cittadino.

In tal senso lo stesso può usufruire dei servizi offerti dall'ASP di Cosenza in un contesto altamente qualificato dal punto di vista clinico assistenziale con la garanzia di prestazioni ad alto livello professionale anche non previste nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Il Cittadino viene informato, tramite il portale aziendale, sui seguenti aspetti che riguardano l'Attività Libero Professionale:

elenco dei sanitari che esercitano la libera professione;

tipologie di prestazioni erogabili;

locali destinati all'attività libero-professionale;

modalità di prenotazione;

tariffa applicata per ciascuna tipologia di prestazione;

orari previsti per l'attività ambulatoriale.

CHIUSURE E SOSPENSIONI

Come previsto dalla Legge 266/2005, finanziaria 2006, art. 1 comma 282, è fatto assoluto divieto procedere alla sospensione/chiusura ingiustificata e non programmata delle agende e delle liste di attesa.

Un'agenda può essere chiusa solo nel caso in cui non si eroga più il servizio o sia sospesa per motivi tecnici (cause legate al personale, sciopero, improvvisa e imprevista mancanza del professionista, guasto macchina).

Le sospensioni causate da motivi tecnici sono comunicate dal Responsabile del CUP all'Assessorato Regionale che ne fa oggetto di informazione semestrale al Ministero della Salute.

Secondo le direttive Regionali e le Linee Guida Ministeriali, per sospensione si intende l'interruzione dell'erogazione totale di una specifica prestazione.

Più specificatamente si intende l'inesistenza di altre agende che continuino ad erogare la stessa prestazione, per garantire comunque il servizio. Si considerano eventi di sospensione delle attività di erogazione quelli superiori ad un giorno, mentre non sono oggetto di monitoraggio le chiusure definitive dovute a riorganizzazione dei servizi offerti.

PROTOCOLLO OPERATIVO IN CASO DI CHIUSURA O SOSPENSIONE

a) Il Responsabile Medico di ciascun ambulatorio deve inviare comunicazione scritta al Direttore Medico di Presidio o al Direttore di Distretto, specificando quale prestazione è stata o sarà interrotta, dove, perché e per quanto tempo (da quando a quando);

b) Il Direttore di Distretto o di Presidio analizza ed eventualmente convalida la sospensione dandone comunicazione alla Direzione Sanitaria, all'ufficio Relazioni con il Pubblico, per la gestione della criticità e l'informazione all'utenza sulle soluzioni adottate, alla direzione CUP/Flussi che registrerà entro 24 ore la sospensione nel "registro aziendale delle sospensioni"; Il registro è custodito presso la UOS CUP/Flussi che è delegata al suo aggiornamento, al monitoraggio e alla trasmissione semestrale dei dati relativi.

I campi del registro sono quelli previsti dal PNGLA2011/2012 e dal DPGR n.126 del 02-12-2011

Per ogni evento di sospensione viene specificato:

Dove è avvenuta la sospensione

- La causa (codificata in accordo alle linee guida regionali sul flusso delle sospensioni)
- La data di inizio sospensione
- Durata espresso in giorni solari
- La prestazione sospesa

Il modello da utilizzare per la trasmissione al CUP va firmato dal Direttore Sanitario o Direttore di Distretto Responsabile della struttura interessata.

c) Il Responsabile del CUP comunica all'Assessorato alla Sanità la prestazione sospesa, specificando le stesse informazioni richieste per il registro delle sospensioni e avverte le Direzioni dei Dipartimenti al fine di mettere in atto tutte le misure per fronteggiare l'evento. Con cadenza semestrale inoltra alla regione il flusso informativo per il monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione in accordo a quanto specificato nel PNGLA 2010/2012 e nelle Linee Guida Regionali sulle sospensioni paragrafo 3.1 del PNGLA 2010/2012. (La rilevazione va effettuata solo nel caso si verifici la sospensione totale dell'erogazione di una certa prestazione, cioè non ci siano altre agende che continuano ad erogare tale prestazione garantendo così il servizio).

d) La Direzione Sanitaria deve informare la Direzione Generale di ogni sospensione avvenuta, rendendo disponibili le seguenti informazioni: di quale prestazione si è sospesa l'erogazione, dove, perché e per quanto tempo;

e) Anche se l'erogazione della prestazione viene sospesa non può essere sospesa l'attività di prenotazione che dovrà comunque proseguire, calcolando i tempi in base alla stima del periodo di sospensione;

f) Nel caso in cui non sia possibile svolgere nemmeno l'attività di prenotazione la struttura interessata potrà dare dei pre-appointamenti, indicando all'utente i periodi possibili per l'erogazione della prestazione. La data precisa può essere comunicata successivamente;

g) Se si verifica una interruzione delle prestazioni erogate per motivi tecnici, il personale incaricato della preparazione delle attività di lavoro dei professionisti si adopera per il recupero degli appuntamenti

h) In caso di imprevista ed improvvisa assenza del professionista: se trattasi di specialisti ambulatoriali territoriali il responsabile della U.O. provvede o alla sostituzione o alla riprenotazione degli appuntamenti; se trattasi di specialisti ospedalieri la Direzione Medica Ospedaliera chiederà alla U.O. di appartenenza la sostituzione dello specialista, altrimenti gli appuntamenti verranno gestiti con la riprenotazione nel più breve tempo possibile

SOSPENSIONE DELLE ATTIVITÀ DI PRENOTAZIONE

Come previsto dalla legge 266/2005, finanziaria 2006, art. 1 comma 282, è vietato sospendere le attività di prenotazioni delle prestazioni di cui al DPCM del 29 novembre 2001

PULIZIA PERIODICA DELLE LISTE E GESTIONE DELLE DISDETTE

Per le prestazioni individuate come maggiormente critiche per la lunghezza della lista di attesa (liste di attesa oltre 60 gg) o per l'alto tasso di mancate presentazioni degli utenti agli appuntamenti, è attivato un servizio di re-call telefonico al fine di ridurre il numero di prestazioni prenotate e non erogate e, quindi il pieno utilizzo dell'offerta disponibile. La chiamata potrà essere eseguita o in automatico o dagli operatori CUP o da altro personale per tale compito individuato. Questi contattano gli utenti 7 gg prima della visita o dell'esame prenotato (la regola dei tre giorni prima si è rivelata statisticamente la più utile) per ricordare la data dell'appuntamento e chiederne la conferma o l'eventuale cancellazione.

Al momento della prenotazione il cittadino è informato dell'obbligo di disdire la prenotazione nel caso in cui non intenda più usufruirne e, a tal fine, il cittadino potrà avvalersi delle seguenti modalità:

a) recarsi in uno qualsiasi degli sportelli CUP e consegnare il foglio della prenotazione (ogni postazione cup dovrà garantire l'accesso preferenziale ai cittadini che intendono disdire una prenotazione);

b) chiamare il numero telefonico indicato su ogni foglio di prenotazione;

c) inviare copia del foglio di prenotazione al numero di fax indicato su ogni foglio di prenotazione;

DIRITTI E DOVERI DEI CITTADINI, COMUNICAZIONI

Al cittadino è garantito il diritto di scelta dell'orario, della sede, del giorno di esecuzione della prestazione compatibilmente alle disponibilità presenti in agenda.

Al momento della prenotazione al cittadino vengono fornite tutte le notizie utili relativamente al caso, comprese le informazioni circa le modalità di preparazione ad alcune indagini diagnostiche.

L'utente al momento della prenotazione, ha il dovere rilasciare l'autorizzazione al trattamento dei dati personali ai soli fini della prenotazione delle prestazioni richieste e di precisare tutti i dati riguardanti le proprie generalità o quelle dell'interessato, se trattasi di persona diversa dal richiedente.

L'utente non potrà ottenere la prenotazione se la richiesta di prestazione e/o visita specialistica è formulata su prescrizione irregolare e particolarmente se è priva dell'indicazione della classe di priorità clinica e del quesito diagnostico per le prestazioni specialistiche di cui al D.A. 12 Agosto 2010.

Il calcolo dei tempi di erogazione delle prestazioni decorre dal momento in cui il cittadino si presenta allo sportello.

L'utente qualora decida di non presentarsi all'appuntamento ha altresì il dovere di darne comunicazione.

La richiesta di disdetta deve avvenire almeno e non oltre due giorni (48 ore) prima della data stabilita per l'esecuzione della visita o della prestazione.

Nel caso in cui l'utente non si presenti e non abbia effettuato la disdetta, potranno essere applicate sanzioni pecuniarie, pari al pagamento della quota ticket dovuta, per i pazienti esenti e non.

L'operatore CUP ha il dovere di richiedere, con precisione, i dati all'utente, come sopra specificati, compreso il recapito telefonico, al fine di comunicare con l'interessato, in caso di necessità e nel suo interesse.

Il rilascio del proprio recapito telefonico consente al cittadino di poter essere informato di nuovi fatti che possono intercorrere tra il momento della prenotazione e l'erogazione della prestazione stessa. In caso di mancato rilascio del recapito telefonico o di irreperibilità al numero dichiarato, nessuna responsabilità di mancata comunicazione può essere attribuita all'Azienda.

I referti devono essere ritirati entro 90 giorni dalla data di effettuazione della prestazione. Se il referto non viene ritirato ai sensi dell'art.4 comma 18 della legge n. 412/91, modificato con Legge n. 296 del 27/12/06 art.1 comma 796 lettera R, verrà addebitato all'utente l'intero costo della prestazione, anche quando essa sia esente da ticket.

L'Azienda, in caso di eventi imprevisti, quali la rottura improvvisa dell'apparecchiatura indispensabile all'erogazione della prestazione o la documentata, sopravvenuta impossibilità del professionista ad eseguirla, è tenuta a riprogrammare l'appuntamento entro 10 giorni o dalla disponibilità dell'attrezzatura.

L'accesso alle prestazioni presso gli ambulatori aziendali è regolato dal numero d'ordine indicato all'atto della prenotazione. In caso di urgenze lo specialista erogatore potrà modificare eccezionalmente l'ordine di accesso alle prestazioni.

Eventuali segnalazioni di disservizi, reclami o contestazioni possono essere effettuate dal cittadino all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.)

INDICATORI DI VALUTAZIONE PER I MEDICI EROGATORI

1. Flussi Informativi

La registrazione della prenotazione e l'inserimento nella lista di attesa consente la costituzione dell'archivio dati per il debito informativo esterno ed interno, mediante opportuno sistema di codifica.

A tal fine il CUP provvede alla:

- registrazione delle prestazioni prenotate direttamente dall'ambulatorio. In tal caso la ricetta deve essere registrata preventivamente dal cup se trattasi di paganti ticket o esenti per patologia, può essere registrata successivamente se trattasi di esenzione totale. In entrambi i casi necessita di firma e timbro del medico erogatore.
- predisposizione e invio della stampa del piano di lavoro giornaliero a ciascun ambulatorio, nelle more dell'ampliamento del sistema informativo che prevede specifiche work list ad uso diretto degli erogatori per il completamento del Piano di Lavoro;
- registrazione, a fine giornata, delle prestazioni eseguite da ciascun ambulatorio, prenotate, comunicate con il rinvio del foglio di lavoro debitamente firmato dal medico specialista;

- abilitazione dei singoli erogatori alla registrazione diretta delle ricette ad assistiti con esenzione totale e prenotazione dei controlli successivi al primo;

2. Indicatori di valutazione dell'attività specialistica ambulatoriale

Dal D.M. Sanità 24/07/1995: "Gli indicatori sono delle informazioni selezionate allo scopo

di misurare i cambiamenti che si verificano nei fenomeni osservati e conseguentemente, di

orientare i processi decisionali dei diversi livelli istituzionali.

Essi rappresentano uno strumento ordinario e sistematico per l'autovalutazione e la verifica dell'efficienza gestionale e dei risultati conseguiti nell'esercizio delle attività sanitarie".

Per la costruzione dei suddetti indicatori è necessario:

TA = Totale Agende (ad esclusione delle agende relative alle visite di controllo;

TP = Totale Prestazioni (prestazioni in attività istituzionale + prestazioni in libera professione);

NA = Numero Agende (totali e/o di ambulatori) con tempi di attesa stabiliti dalla normativa vigente;

PzL = N° pazienti in lista d'attesa ad una determinata data;

Ds = Disponibilità settimanale (rappresenta il n° di prestazioni specialistiche ambulatoriali o domiciliari settimanalmente prenotabili;

PE = N° prestazioni totali effettuate in azienda in un determinato periodo;

PA = N° prestazioni effettuate in mobilità attiva;

PP = N° prestazioni effettuate in mobilità passiva (di competenza dell'U.O preposta);

PLP = N° prestazioni erogate in libera professione;

2.1 Indice di pressione esterna (I.P.E.) ad un determinato momento per prestazione offerta

È un indice del funzionamento del Distretto/Azienda in relazione al numero di utenti in attesa per prestazione offerta, valutata in un preciso momento.

Si ottiene dal rapporto tra i pazienti in lista d'attesa, per quella prestazione, ad una certa

data, con la disponibilità settimanale di visite o di prestazioni specialistiche.

$$\text{I.P.E.} = \text{PzL}/\text{Ds}$$

2.2 Indice di Saturazione (I.S.)

È uno strumento utile nell'ambito della programmazione aziendale.

È un indice che mette a confronto le prestazioni erogate con l'offerta potenziale.

Si ottiene dal rapporto percentuale tra il numero di prestazioni effettuate, nel periodo

considerato, con il numero di prestazioni attese. Queste ultime sono il prodotto dell'offerta di prestazioni settimanali per 46 settimane/anno (considerando una riduzione annuale dell'offerta di 6 settimane).
L'indice uguale al 100% rappresenta l'offerta completamente "utilizzata".

$$\text{I.S.} = \text{PE}/(\text{Ds} * \text{X settimane}) * 100$$

2.3 Incidenza Libera Professione (L.P.)

Rappresenta la proporzione percentuale delle prestazioni erogate in libera professione sul totale delle prestazioni.

$$\text{L.P.} = \text{PLP}/\text{TP} * 100$$