



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Regolamento aziendale

Gestione agende Cup

(Specialistica ambulatoriale)

SOMMARIO

Art. 1 Premessa	3
Art. 2 Obiettivi	3
Art. 3 Livelli di Responsabilità	4
Art. 4 Modalità operative	5
Art. 5 Accesso alla prenotazione	5
Art. 6 Prestazioni prenotabili	7
Art. 7 Equità dell'accesso	10
Art. 8 Attività Libero Professionale	10
Art. 9 Trasparenza	11
Art. 10 Criteri per la gestione delle agende	11
10.1 Date disponibili	11
10.2 Organizzazione delle U.O. e variazione delle agende	12
10.3 Gestione delle agende.....	12
10.4 Sospensione delle attività di erogazione delle prestazioni e delle agende di prenotazione per gravi ed eccezionali motivi.....	13
10.5 Verifica sistematica delle agende di prenotazione	14
Art. 11 Attività aggiuntiva	15
Art. 12 Prestazioni paganti in proprio	15
Norma finale	15

Art. 1 Premessa

Il presente regolamento disciplina la gestione delle agende e le modalità di accesso alle visite specialistiche ed esami strumentali ambulatoriali nonché la sospensione delle attività di erogazione di un servizio solo per gravi ed eccezionali motivi, ai sensi delle:

- DGR n.907 del 19.6 2006 “Approvazione piano Attuativo Regionale per il contenimento delle liste di attesa per il triennio 2006-2008 ad integrazione e sostituzione della Direttiva Vincolante di cui alla DGR n.10 del 5.1.2005”
- DGR n.1961 del 19.12.2006 “Approvazione disciplinare tecnico per la regolamentazione dell’accesso alle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali”
- DGR n 1962 del 19.12.2006 “ Approvazione del Nomenclatore Tariffario Unico Regionale delle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali “ attraverso cui sono gestite dal CUP tutte le prestazioni specialistiche e strumentali erogate dal servizio pubblico, anche in regime liberoprofessionale..

Art. 2 Obiettivi

Scopo del presente regolamento è il recepimento delle norme contenute nel Disciplinare tecnico per la regolamentazione dell’accesso alle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali (D.G.R. n° 1961 del 19 dicembre 2006), nonché la definizione di linee guida per l’adozione delle regole a cui l’Azienda ASP dovrà attenersi per uniformare i comportamenti e le risposte da parte dei propri operatori.

In attuazione a quanto previsto dalla D.G.R n.1961 del 19.12.2006 con il presente regolamento ci si propone il raggiungimento delle seguenti finalità:

1. garantire l’equità di accesso;
2. semplificare ed uniformare le modalità di accesso alle prestazioni ambulatoriali attraverso il CUP;

3. regolamentare la modalità di gestione delle agende compresi i casi di sospensione temporanea dell'attività per motivi eccezionali;
4. uniformare i comportamenti dei prescrittori e degli erogatori;

Art. 3 Livelli di Responsabilità

Il dirigente medico individuato come **Responsabile dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale e C.U.P.** per ogni distretto della salute, avvalendosi anche di un **collaboratore amministrativo con funzioni di coordinamento per il CUP**, assicura tra l'altro i seguenti compiti:

- 1 gestione e controllo delle visite specialistiche, delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio erogate dalle strutture a gestione diretta;
- 2 gestione e controllo delle agende di prenotazione;
- 3 controllo sull'applicazione del Disciplinare Tecnico per la regolamentazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali (D.G.R. n° 1961 del 19 dicembre 2006) e del presente regolamento;
- 4 rilevazione fabbisogno branche specialistiche;
- 5 gestione delle sostituzioni e sospensioni;
- 6 coordinamento degli specialisti ambulatoriali;
- 7 monitoraggio e gestione liste di attesa;
- 8 gestione reports flussi informativi specialistica ambulatoriale;
- 9 gestione sedi CC.UU.PP (gestione personale, front office, backoffice, etc.)

I Responsabili faranno riferimento al **SIA che gestisce informaticamente il CUP** (*gestione hardware, rete, abilitazione accessi, rapporti con il fornitore del software, etc*). Nell'ambito del SIA viene individuato un Operatore tecnico-informatico che a livello aziendale implementerà il CUP (gestione tabelle centrali), operando in accordo con il Call Center regionale.

La Direzione sanitaria aziendale coordina ed effettua il monitoraggio delle attività attraverso le sue strutture.

Art. 4 Modalità operative

La prenotazione di prestazioni specialistiche e strumentali avviene attraverso :

- il sistema centralizzato di prenotazione telefonica call center regionale per l'attività istituzionale;
- gli sportelli presenti presso le strutture aziendali ospedali, poliambulatori, centri salute, ambulatori periferici, **che offrono un sistema di front-office** tramite sportello con operatore e un **sistema di back-office** tramite prenotazione telefonica, sistema di richiamata per l'attività istituzionale;
- un numero telefonico aziendale e gli sportelli aziendali dedicati, per l'Attività Libero Professionale.

Gli Utenti possono prenotare e pagare il ticket in tutti i punti aziendali, provvisti di sportelli cassa anche nei giorni precedenti la prestazione. Nei centri prelievi e nei punti sprovvisti di sportelli Cassa, gli utenti possono pagare il ticket presso gli sportelli postali, tramite bollettino postale.

All'atto della prenotazione vengono forniti all'utente eventuali consigli ed avvertenze (qualora la visita o l'esame richieda particolari preparazioni), il numero al quale rivolgersi per **eventuale disdetta dell'appuntamento** e un numero di conto corrente postale da utilizzare qualora l'utente voglia pagare il ticket prima dell'esame presso gli sportelli postali.

Art. 5 Accesso alla prenotazione

Per accedere alla prenotazione di qualsiasi prestazione specialistica e strumentale ambulatoriale erogata dalle strutture pubbliche e private accreditate ricadenti nel territorio aziendale:

1. Gli utenti devono obbligatoriamente fornire agli operatori il numero della ricetta regionale rilasciata dal medico di famiglia, dal pediatra, dallo specialista ospedaliero o convenzionato interno.

2. La ricetta deve essere chiara, leggibile e compilata in ogni sua parte.
3. E' possibile accedere alle prenotazioni sia telefoniche che presso gli sportelli CUP anche senza ricetta regionale solo per le prestazioni ad accesso diretto di:
 - ostetricia e ginecologia;
 - pediatria, limitatamente agli assistiti che non hanno scelto l'assistenza pediatrica di base;
 - oculistica limitatamente all'esame del visus;
 - odontoiatria;
 - psichiatria;
 - neuropsichiatria infantile.
4. Il medico specialista, che effettua la prestazione ad accesso diretto, è tenuto alla prescrizione su ricettario della prestazione richiesta ai fini del pagamento della quota di compartecipazione alla spesa.
5. All'atto della prenotazione tutti gli operatori abilitati devono comunicare all'utente il tempo di attesa prospettato per l'accesso alle prestazioni richieste sia relativo alle strutture appartenenti al territorio di pertinenza, sia, in alternativa, ad altre strutture regionali che sono in grado di offrire la stessa prestazione, con un minor tempo di attesa, lasciando all'utente la possibilità di poter scegliere la struttura dove prenotare la prestazione.
6. **Nei casi in cui l'Utente decida di non usufruire di una prestazione precedentemente prenotata, lo stesso è tenuto a disdire, in tempo utile la prenotazione presso le sedi dei CCUUPP Aziendali (art.3 del DLgs- 124/98).**

Per beneficiare della prestazione prenotata presso tutti gli sportelli CUP aziendali deve essere rilevato obbligatoriamente **il codice fiscale per tutti gli utenti residenti fuori regione** ed allegata alla ricetta la fotocopia di un documento di riconoscimento il corso di validità attestante la residenza del paziente.

Per i cittadini esenti dal pagamento della quota di compartecipazione alla spesa le autocertificazioni saranno stampate dal sistema CUP e firmate dai cittadini che avranno

l'obbligo di allegare copia ante retro di un valido documento di riconoscimento. Sarà necessario far firmare, in questo caso, sul fronte della ricetta nello spazio apposito, e sul modulo stampato dal sistema Cup.

Nel caso in cui l'assistito acceda direttamente ad un ambulatorio non informatizzato, sarà cura dell'infermiere fargli compilare un modello prestampato ed allegare alla ricetta la fotocopia del documento di identità. Le fotocopie dovranno essere richieste almeno fino a quando non si implementerà un sistema di archiviazione e consultazione delle autocertificazioni.

Art. 6 Prestazioni prenotabili

Attraverso i diversi sistemi di accesso è possibile prenotare:

1. la prima visita;
2. gli esami strumentali;
3. i controlli successivi o follow-up, ove i tempi di prenotazione sono indirizzati e programmati dallo specialista;
4. prestazioni in attività libero professionali in intramoenia ed allargata;
5. prestazioni fornite da tutti gli erogatori pubblici dell'intera regione.

Il disciplinare tecnico definisce:

- a) **Prima visita e visita successiva:** *La prima visita è quella in cui il problema del paziente viene affrontato per la prima volta ed in cui viene predisposta una documentazione scritta (cartella clinica o scheda); analogamente sono considerate prime visite quelle effettuate nei confronti dei pazienti noti, affetti da malattie croniche, che presentino una fase di riacutizzazione tale da rendere necessaria una rivalutazione diagnostica terapeutica complessiva. La visita successiva o di controllo rappresenta la visita in cui un problema, già noto, viene rivalutato e la documentazione scritta esistente viene aggiornata o modificata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita. Nell'ipotesi che il paziente si presenti*

nell'ambulatorio di un ospedale per la prima visita e nell'ambulatorio di un altro ospedale per il controllo, queste visite sono entrambe prime visite, anche se riguardano lo stesso problema. Viceversa, se, nell'ambito dello stesso ambulatorio, un paziente viene visitato per lo stesso problema da due medici diversi in tempi diversi, non si possono considerare due prime visite (la cartella clinica/scheda è già presente).

- b) Prima prestazione strumentale e prestazione strumentale di controllo:** *La prima prestazione strumentale è quella in cui il problema del paziente viene affrontato per la prima volta ed in cui viene predisposta una documentazione scritta (cartella clinica o scheda); analogamente sono considerate prime prestazioni quelle effettuate nei confronti dei pazienti noti, affetti da malattie croniche, che presentino una fase di riacutizzazione tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva. La prestazione strumentale successiva o di controllo si prefigura nei casi in cui un problema, già noto, viene rivalutato e la documentazione scritta esistente viene aggiornata o modificata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto al primo esame. Nell'ipotesi che il paziente si presenti nell'ambulatorio di un ospedale per il primo esame e nell'ambulatorio di un altro ospedale per il controllo, questi esami sono da considerarsi entrambi primo esame, anche se riguardano lo stesso problema. Viceversa, se, nell'ambito dello stesso ambulatorio, un paziente viene visitato per lo stesso problema da due medici diversi in tempi diversi, non si possono considerare due primi esami.*

Per i soggetti esenti (Circolare 13 dicembre 2001, n.13 “Indicazioni per l'applicazione dei regolamenti relativi all'esenzione per malattie croniche e rare”) *le visite necessarie a monitorare la malattia devono intendersi quali visite di controllo identificate dal codice 89.01. Pertanto, l'assistito esente ai sensi del D.M. n. 329/1999 e successive modifiche ha diritto alle "visite" specialistiche di controllo necessarie al monitoraggio della malattia e delle sue complicanze e alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti, **anche se accede per la prima volta ad una struttura e/o ad una disciplina specialistica diversa da quella di riferimento per la diagnosi della malattia esente.** Qualora l'assistito debba effettuare una*

visita non riferita alla malattia esente o alle sue complicanze e' tenuto a partecipare al costo della prestazione secondo le disposizioni vigenti.....

Nel caso di visite specialistiche, effettuate sia in ambiente ospedaliero che nei poliambulatori distrettuali, lo specialista, ove ritenga necessarie ulteriori indagini o controlli per poter fornire adeguata risposta al quesito diagnostico formulato dal medico curante, compilerà le relative richieste sul ricettario regionale.

All'atto della dimissione, per prestazioni che non rientrano nella post-ospedalizzazione, nel caso in cui si ritenga utile prescrivere ulteriori indagini diagnostiche o si voglia programmare una successiva visita di controllo, dette prestazioni saranno formulate su ricettario regionale.

Le ricette di prescrizione utilizzate per la prenotazione di prestazioni specialistiche e strumentali non hanno una scadenza temporale per cui hanno validità fino alla effettuazione della prestazione.

I successivi controlli sono richiesti dal medico curante; qualora il medico **specialista** ritenga utile invitare il paziente ad un successivo controllo, per favorire l'utente, può riprenotarlo direttamente, ma solo dopo aver compilato la richiesta su ricettario regionale.

La visione degli esami, il controllo della terapia e altri controlli richiesti e programmati dallo specialista entro 15 gg dalla visita, non necessitano di alcuna impegnativa né di registrazione sulla procedura CUP, né essere previsti in agenda, in quanto sono prestazioni effettuate a completamento dell'iter diagnostico-terapeutico e rientranti nella precedente prestazione.

Le forzature "registrazione di prestazioni effettuate ma non prenotate" potranno essere effettuate solo su richiesta del medico eseguente la prestazione e/o del responsabile della struttura.

Nel caso di prescrizione non corretta, inesatta, incompleta, i medici dipendenti e gli specialisti ambulatoriali interni sono dotati del ricettario regionale e **provvedono alla corretta formulazione della prescrizione in sostituzione della precedente, che dovrà essere allegata alla vecchia ricetta.**

Nel caso in cui il medico prescrittore non suddivida le prestazioni erogabili in esenzione da

quelle non esentabili, il programma di prenotazione segnala l'inesattezza della prescrizione. In questo caso, per favorire l'assistito, **il medico erogatore potrà provvedere all'esatta formulazione delle prescrizioni, rimandando poi l'assistito allo sportello per la corretta accettazione amministrativa.**

Le richieste di prestazioni relative a branche specialistiche diverse devono essere formulate su ricette distinte, una ricetta non può contenere più prestazioni dello stesso tipo (stesso codice nomenclatore tariffario) da effettuarsi sul medesimo distretto, ad eccezione delle prestazioni erogabili in "ciclo" individuate dal nomenclatore tariffario. Ogni ricetta può contenere un numero massimo di otto prestazioni della medesima branca, fanno eccezione:

- eventuali modalità prescrittive indicate dal nomenclatore tariffario;
- le richieste di prestazioni per la gravidanza effettuate sull' apposito ricettario predisposto in base al protocollo regionale per la gravidanza fisiologica.

Art. 7 Equità dell'accesso

L'equità di accesso è garantita con:

- la migliore offerta secondo vari criteri quali la prima disponibilità, le preferenze espresse dall'assistito (giorno e luogo fisico) e la tipologia di accesso (prima visita o controllo) nonché **favorendo nella stessa giornata più appuntamenti;**
- la possibilità di prenotare secondo i criteri di priorità cliniche per le prestazioni critiche, come previsto nel Manuale delle classi di priorità.

Art. 8 Attività Libero Professionale

L'attività libero professionale che la dirigenza del ruolo sanitario, individualmente o in equipe, esercita fuori dell'orario di lavoro, nelle strutture dell'Azienda, in favore e su libera scelta dell'assistito pagante in proprio, deve essere prenotabile in sedi o tempi diversi rispetto a quelli istituzionali. Le agende devono essere organizzate con le stesse modalità dell'attività

istituzionale, cioè con indicazione delle agende, con le disponibilità, la tipologia delle prestazioni erogabili e relative tariffe.

Art. 9 Trasparenza

Tutti i cittadini che lo desiderano possono rilevare informazioni sul sito aziendale, riguardanti le prenotazioni e i tempi di attesa di tutte le prestazioni istituzionali e libero professionali, aggiornate mensilmente. I referenti dei tempi di attesa comunicano entro il decimo giorno del mese l'attesa rilevata dalla procedura CUP all'Ufficio Pubbliche Relazioni che provvederà all'aggiornamento mensile sul sito aziendale.

Art. 10 Criteri per la gestione delle agende

10.1 Date disponibili

Per conseguire l'obiettivo di garantire al cittadino la disponibilità di un congruo periodo di apertura delle agende di prenotazione, i Responsabili delle attività ambulatoriali, sentito il parere dei medici erogatori, dovranno comunicare l'articolazione delle agende con cadenza annuale e, comunque, ogni qualvolta non sia possibile fornire un numero sufficiente di date disponibili, al tecnico informatico che gestisce le tabelle centrali che provvederà ad implementare i calendari sul sistema CUP.

I Responsabili delle attività ambulatoriali, inoltre, controlleranno costantemente le date disponibili e segnaleranno con tempestività agli specialisti erogatori eventuali criticità e quindi necessità di allungamento delle disponibilità nelle agende.

10. 2 Organizzazione delle U.O. e variazione delle agende

La creazione di un nuovo ambulatorio o la variazione di una U.O. già esistente dovrà essere proposta dal responsabile dell'**Assistenza Specialistica Ambulatoriale e C.U.P.** ed autorizzata dalla Direzione Distrettuale e comunicata al responsabile URP per l'aggiornamento delle informazioni presenti nella carta dei servizi e sul sito web.

In relazione, quindi, a situazioni per cui risulti necessario apportare variazioni dell'attività specialistica, come incrementi o decrementi di attività, riduzione o modifica orari, il responsabile dell'**Assistenza Specialistica Ambulatoriale e C.U.P.** formulerà al Direttore responsabile del distretto o dell'ospedale, la proposta di modifica, che, se autorizzata, passerà al responsabile tecnico informatico per l'implementazione del sistema operativo e la comunicazione al Call Center regionale.

Sarà cura del responsabile la conservazione delle comunicazioni e delle autorizzazioni pervenute, onde poterne rilevare in ogni momento la tracciabilità.

10.3 Gestione delle agende

Ogni ambulatorio attivato nel sistema C.U.P. non può presentare UUOO prive di agende, le cosiddette "Agende chiuse".

Nel caso di prestazioni per le quali la prenotazione richiede modalità particolari, come nel caso di FKT, training, esami di laboratorio, di dialisi e di alta specialità (*p.e. polisonnografia, agoaspirati*), saranno attivate le classi di abilitazione alla prenotazione solo per alcuni operatori o gruppi di essi, dandone comunque evidenza al Call center regionale.

La prenotabilità delle agende in fase di definizione sarà disponibile solo alla data della loro attivazione.

Gli specialisti ospedalieri dovranno fornire le disponibilità almeno semestrali, per organizzare le agende e rendere disponibile la prenotazione tramite C.U.P. Per agende periodiche, in caso di esaurimento delle date, **l'utente sarà comunque preso in carico dal sistema di prenotazione, che provvederà a ricontattarlo nel momento in cui si saranno rese disponibili le date richieste.** L'assistito sarà cioè inserito in una lista d'attesa per

l'ambulatorio richiesto, gli verrà fornito un numero di inserimento in lista, e sarà richiamato rispettando il criterio dell'ordine di chiamata.

10.4 Sospensione delle attività di erogazione delle prestazioni e delle agende di prenotazione per gravi ed eccezionali motivi

La sospensione temporanea delle attività di erogazione delle prestazioni di qualsiasi U.O. CUP va prevista solo in casi di gravi o eccezionali motivi concernenti:

- Aspetti organizzativi:
 - a) assenza dal servizio dello specialista per gravi motivi di salute e/o personali;
- Aspetti strutturali:
 - a) inagibilità dei locali;
 - b) guasto tecnico improvviso ed imprevedibile delle attrezzature sanitarie;

In caso di sospensione delle attività per i gravi ed eccezionali motivi su elencati:

- Gli Specialisti interessati devono informare tempestivamente il responsabile dell'**Assistenza Specialistica Ambulatoriale e C.U.P.** competente per territorio che a loro volta disporrà la sospensione informando la Direzione distrettuale .
- Il Responsabile dell'**Assistenza Specialistica Ambulatoriale e C.U.P.** ha il compito di informare immediatamente gli operatori C.U.P., l'URP e per il suo tramite i rappresentanti degli utenti e dovrà, congiuntamente con i Direttori dei presidi ospedalieri e dei distretti, adottare tutte le misure necessarie per il recupero delle prestazioni non erogate, al fine di limitare il disagio degli utenti che non hanno potuto usufruire delle prestazioni prenotate.

In ogni caso la sospensione temporanea delle agende di prenotazione di qualsiasi U.O. C.U.P. va prevista solo nei casi di gravi o eccezionali motivi individuati con l'esclusione del motivo di eccessiva lunghezza dei tempi di attesa e secondo le modalità già descritte per la sospensione dell'attività di erogazione.

Un'agenda può rimanere chiusa solo se è in dismissione, fino ad esaurimento delle prenotazioni esistenti, o per cause di forza maggiore, come per indisponibilità degli strumenti diagnostici.

Per le sospensioni improvvise non programmabili e temporanee, i medici erogatori dovranno suggerire le modalità di erogazione delle prestazioni già programmate, come l'istituzione di una seduta aggiuntiva o la distribuzione su più giorni dei prenotati in aggiunta a quelli già programmati.

La sospensione deve essere resa nota tempestivamente al Call Center regionale, ai fini di una corretta informazione dell'utenza.

Comportamenti difformi saranno segnalati dal Responsabile al Direttore del distretto per gli opportuni provvedimenti.

10.5 Verifica sistematica delle agende di prenotazione

I tempi d'attesa saranno valutati mensilmente e, laddove si supereranno i tempi di attesa massimi (30 giorni per le prime visite, 60 giorni per le prestazioni strumentali), i responsabili dell'**Assistenza Specialistica Ambulatoriale e C.U.P.** attiveranno le modalità previste dal disciplinare tecnico, cioè:

1. richiamate, per verificare la disponibilità dell'utente ad usufruire dell'appuntamento, ed in caso di rinuncia, occupazione dei posti a partire dagli utenti prenotati dal 31° giorno per le visite e dal 61° per le prestazioni strumentali;
2. overbooking a chiamata, attingendo dalle liste dei pazienti in attesa;
3. overbooking strutturato, aumentando in maniera sistematica la disponibilità delle agende, se la rinuncia degli utenti è sistematica;
4. sedute aggiuntive da concordare con lo specialista.

Art. 11 Attività aggiuntiva

Le prestazioni acquistate temporaneamente dall'azienda dovranno essere prenotabili in agende differenziate dall'attività istituzionale soltanto ai fini statistici, e nelle stesse modalità dell'attività istituzionale.

Art. 12 Prestazioni paganti in proprio

Le Prestazioni non previste nei LEA e presenti nel nomenclatore tariffario possono essere erogate in attività istituzionale e sono prenotabili tramite CUP. L'accesso a tali prestazioni prevede la prescrizione su ricettario bianco intestato del medico prescrivente e il pagamento della relativa tariffa prevista nel nomenclatore tariffario.

Le prestazioni previste nei LEA e presenti nel nomenclatore tariffario non possono essere erogate senza la prescrizione su ricettario regionale.

Norma finale

Per quanto non esplicitamente richiamato in questo regolamento si fa riferimento alla normativa nazionale e regionale vigente in materia.