

LINEE GUIDA DEL CUP DELLA CALABRIA

REGIONE CALABRIA – DIPARTIMENTO TUTELA DELLA SALUTE E
POLITICHE SANITARIE

Versione 1.0

Prima emissione

INDICE

1	FINALITÀ E STRUTTURA DEL DOCUMENTO	3
2	DEFINIZIONI E ACRONIMI	4
3	NORMATIVE DI RIFERIMENTO	7
4	IL CUP DELLA CALABRIA	8
4.1	MODELLO CUP	8
4.2	OFFERTA CUP	9
4.3	DOMANDA CUP (CANALI DI PRENOTAZIONE)	9
5	IL MODELLO DI SERVIZIO DEL CUP DELLA CALABRIA	10
5.1	MODELLO ORGANIZZATIVO	10
5.2	MODELLO OPERATIVO E DEI PROCESSI	11
5.2.1	DEFINIZIONE DEL SERVIZIO.....	11
5.2.1.1	GESTIONE DELLE AGENDE.....	11
5.2.1.2	SOSPENSIONE DEL SERVIZIO.....	13
5.2.2	PROGRAMMAZIONE DEL SERVIZIO.....	14
5.2.2.1	REGOLE E MODALITÀ DI PRESCRIZIONE.....	14
5.2.2.2	PRENOTAZIONE DELLA PRESTAZIONE.....	16
5.2.2.3	GESTIONE PRENOTAZIONE.....	17
5.2.3	EROGAZIONE DEL SERVIZIO.....	19
5.2.3.1	ACCETTAZIONE AMMINISTRATIVA.....	19
5.2.3.2	AMMISSIONE DEL PAZIENTE.....	20
5.2.3.3	COMPLETAMENTO PIANI DI LAVORO.....	20
5.2.4	AMMINISTRAZIONE E CONTROLLO DEL SERVIZIO.....	21
5.2.4.1	GESTIONE ANAGRAFI.....	21
5.2.4.2	GESTIONE PAGAMENTI.....	23
5.2.4.3	GESTIONE DEBITO INFORMATIVO.....	24
5.3	MODELLO DELLE ANAGRAFI	25
6	IL MODELLO DI MONITORAGGIO DEL CUP DELLA CALABRIA	26
6.1	MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA	26
6.2	MONITORAGGIO DEL FUNZIONAMENTO CUP	26
6.3	MONITORAGGIO DELLE LINEE GUIDA CUP	28

INDICE DELLE FIGURE

Figura 1 - Mappa dei processi del CUP.....	8
Figura 2 - Modello organizzativo di riferimento.....	10
Figura 3 - Legenda simboli utilizzati per la rappresentazione schematica del processo.....	22
Figura 4 - Flusso di processo della gestione anagrafi centralizzata.....	23

INDICE DELLE TABELLE

Tabella 1 - Tabella degli acronimi e delle definizioni.....	6
---	---

Versioni del documento

N° versione	Descrizione versione
1.0	Prima emissione

1 FINALITÀ E STRUTTURA DEL DOCUMENTO

Il presente documento rappresenta le linee guida del nuovo CUP unico della Regione Calabria. La sua predisposizione avviene contestualmente all'impianto del sistema informatico Sovra CUP, che rappresenta un fattore abilitante la maggiore omogeneità delle pratiche operative relativamente alla gestione dei CUP all'interno del territorio regionale.

Finalità

Il documento "linee guida" del CUP della Calabria si pone l'obiettivo di formalizzare e diffondere le nuove procedure organizzative standardizzate ed omogenee, definite nell'ambito dell'applicazione del progetto regionale del Sovra CUP della Calabria. Tale documento descrive la complessa attività del CUP e definisce le modalità operative da seguire - ai fini della corretta e puntuale gestione dei diversi processi coinvolti in ambito CUP e del corretto governo delle liste e dei tempi di attesa - da parte delle diverse Aziende Sanitarie della Regione e di tutti gli attori a vario titolo coinvolti nei processi di gestione della domanda e dell'offerta delle prestazioni diagnostiche e di specialistica ambulatoriale.

L'applicazione del presente documento è finalizzata all'adeguamento alle Linee Guida Nazionali del CUP ed alla normativa vigente in materia, nonché al miglioramento relativo all'accesso dei servizi sanitari, in particolare del CUP.

Il presente documento è indirizzato alla totalità degli attori coinvolti nel percorso ambulatoriale e quindi nella gestione dei servizi del CUP.

Le disposizioni in esso contenute sono da ritenersi le uniche regole valide di gestione e funzionamento del servizio CUP e pertanto devono essere debitamente rispettate.

Struttura

Il presente documento si articola nei Capitoli elencati e descritti di seguito:

CAPITOLO 1 - FINALITÀ E STRUTTURA DEL DOCUMENTO. Descrive le finalità delle linee guida CUP e la relativa struttura in capitoli del documento.

CAPITOLO 2 - DEFINIZIONI E ACRONIMI. Contiene le definizioni ed esplicita gli acronimi adottati nel documento.

CAPITOLO 3 - NORMATIVE DI RIFERIMENTO. Descrive le disposizioni nazionali e regionali nell'ambito del CUP, a partire dalle quali il presente documento ne vuol essere "espressione" e adesione regionale.

CAPITOLO 4 - IL CUP DELLA CALABRIA. Descrive il nuovo modello di CUP regionale, l'offerta inclusa nel Sovra CUP e la domanda, ovvero i canali di prenotazione che consentono l'accesso alle prestazioni.

CAPITOLO 5 - IL MODELLO DI SERVIZIO DEL CUP DELLA CALABRIA. Descrive il modello di servizio del CUP della Calabria dal punto di vista dell'organizzazione, delle modalità operative e dei processi e delle Anagrafi.

CAPITOLO 6 - IL MODELLO DI MONITORAGGIO DEL CUP DELLA CALABRIA. Descrive il modello di monitoraggio definito per la Calabria, composto dal monitoraggio dei tempi di attesa, del funzionamento generale del CUP e dell'applicazione delle linee guida.

2 DEFINIZIONI E ACRONIMI

Nel presente capitolo sono riportate le definizioni e gli acronimi adottati nel documento.

Definizioni

Agenda chiusa: è un'agenda di prenotazione chiusa, ovvero non disponibile per l'inserimento di nuove prenotazioni. La chiusura delle Agende di prenotazione è vietata dalla Legge 266/2005 (Finanziaria 2006, art. 1 comma 282), che prevede sanzioni amministrative per i trasgressori.

Agenda di prenotazione: è lo strumento operativo del CUP utilizzato per gestire il calendario delle prenotazioni delle prestazioni sanitarie. Ai fini del diritto di accesso alla documentazione garantito dalla Legge del 7 agosto 1990, n. 241, gli erogatori devono tenere, sotto la personale responsabilità del direttore sanitario, il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Agende dedicate (esclusive): agende visibili ai soli medici specialisti che devono programmare le prestazioni di controllo e follow-up. Tali agende devono essere gestite all'interno del sistema CUP e pertanto seguono le medesime regole definite per le agende pubbliche.

Azienda Sanitaria: indica il soggetto giuridico di diritto pubblico erogatore o garante delle prestazioni. Si intendono le Aziende sanitarie locali - le quali ricevono e sintetizzano i dati di base rilevati presso le proprie strutture nonché presso tutti gli erogatori privati accreditati presenti nel territorio dell'Azienda stessa - e le altre Aziende sanitarie pubbliche (Aziende ospedaliere, Aziende ospedaliere universitarie, IRCSS di diritto pubblico, Policlinici universitari a gestione diretta).

Classi di priorità: un sistema di classificazione che consente di differenziare l'accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute dell'utente e quindi alla gravità del quadro clinico.

Per le prestazioni ambulatoriali sono previste le seguenti specifiche con la seguente codifica:

- U= urgente (nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore);
- B= entro 10 gg;
- D= entro 30 gg (visite) entro 60 gg (prestazioni strumentali);
- P= entro 120 gg.

CUP (Centro Unificato di Prenotazione): sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie, deputato a gestire l'intera offerta (SSN, regime convenzionato, intramoenia, ecc.) con efficienza, strutturando in modo organizzato l'attività delle unità eroganti per ciò che attiene l'erogazione delle prestazioni, interfacciandosi a questo scopo con le diverse procedure di gestione dell'erogazione, degli accessi e delle relative informazioni, supportando modalità di programmazione dell'offerta e comunicazione ai cittadini. Tale Sistema consente di facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie e di monitorare la domanda e l'offerta complessiva, attraverso idonei strumenti di analisi, che forniscano informazioni rilevanti ai fini del governo delle liste di attesa.

Drop-out: mancata presentazione del cittadino il quale doveva ricevere la prestazione prenotata, presso il punto di erogazione, nella data e all'orario previsti, senza che ne sia stata data preventivamente disdetta.

Garanzia tempi massimi: indica la situazione in cui l'utente accede alla garanzia dei tempi massimi previsti - per classe di priorità - per le prestazioni ambulatoriali; per motivi vari (ad es. scelta dell'utente diversa dalla prima disponibilità) il SSR non è tenuto a garantire i tempi massimi di attesa previsti.

Percorsi di tutela: percorsi di accesso alternativi alle prestazioni specialistiche i quali prevedono - qualora al cittadino non possa essere assicurata la prestazione entro i limiti previsti - che venga attivata una specifica procedura al fine di garantire la prestazione nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente.

Piano di lavoro: è l'insieme delle prenotazioni e delle registrazioni dirette effettuate per le prestazioni ambulatoriali.

Prestazione ambulatoriale: atto clinico-assistenziale, di natura diagnostica e/o terapeutica, erogato da professionisti / strutture nei riguardi di un paziente.

Prestazione oggetto di monitoraggio: prestazione ambulatoriale per la quale è prevista - dal PNGLA - la garanzia dei tempi massimi di attesa.

Ricetta dematerializzata: introdotta dal DM 2 novembre 2011, prevede la sola numerazione digitale della ricetta (NRE) e l'invio diretto al Sistema di Accoglienza Centrale (SAC) del MEF - Ministero Economia e Finanza; viene fornita conseguentemente una risposta al prescrittore sulla correttezza dei dati inviati. Se la risposta è positiva, alla ricetta prescritta viene associato un codice di autenticazione che ne certifica la validità. Il promemoria della ricetta viene in seguito stampato dal software del medico su un foglio bianco, seguendo uno specifico modello indicato dal DM 2 novembre 2011.

Servizio erogatore: struttura sanitaria pubblica o privata accreditata che eroga la prestazione all'utente sia in regime istituzionale che in ALPI. Le tipologie delle strutture eroganti sono le seguenti: Aziende sanitarie locali, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, Policlinici Universitari a gestione diretta, IRCSS di diritto pubblico e strutture private accreditate.

Sospensione del servizio: indica la presenza di situazioni in cui si verifica un'interruzione non definibile a priori della erogazione delle prestazioni sanitarie e delle relative prenotazioni.

Tipo di accesso: per le prestazioni ambulatoriali indica se la prestazione richiesta si riferisce ad un primo accesso (prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore; nel caso di un paziente cronico, si considera primo accesso la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) o accesso successivo (visita o prestazione di approfondimento per pazienti presi in carico dal primo specialista, controllo, follow up).

Volumi erogati: si riferiscono alla quantità complessiva di prestazioni ambulatoriali erogate, in un periodo specifico, in attività istituzionale e in attività libero-professionale intramuraria ed intramuraria allargata. I volumi erogati richiesti per l'attività istituzionale e per l'ALPI devono comprendere non solo le prime visite/prestazioni, ma l'insieme totale di esse, quindi anche i controlli; per l'attività istituzionale devono prevedere anche le prestazioni di screening e quelle erogate presso le strutture private accreditate.

Acronimi**TABELLA 1 - TABELLA DEGLI ACRONIMI E DELLE DEFINIZIONI**

ACRONIMI	DEFINIZIONI
ALPI	Attività Libera Professione Intramuraria
AO	Azienda Ospedaliera
CNS	Carta Nazionale dei Servizi
CUP	Centro Unico di Prenotazione
GTR	Gruppo Tecnico Regionale
IRCCS	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
LP	Libera Professione
MDS	Ministero Della Salute
MEF	Ministero dell'Economia e delle Finanze
MMG	Medico di Medicina Generale
NRE	Numero di Ricetta Elettronica
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PNGLA	Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa
PRGLA	Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa
RAO	Raggruppamenti di Attesa Omogenei
SAC	Sistema di Accoglienza Centrale
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
SSR	Servizio Sanitario Regionale
TEAM	Tessera Europea di Assicurazione Malattia

3 NORMATIVE DI RIFERIMENTO

Nel presente capitolo sono riportate le normative nazionali e regionali relative al CUP ed alle tematiche ad esso correlate.

Principali normative nazionali

- 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, commi 10-15;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
- 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;
- Sistema CUP. Linee guida nazionali, 27 ottobre 2009 (ultimo aggiornamento 7 agosto 2020), Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali;
- DM 2 novembre 2011 concernente la de-materializzazione della ricetta, di cui all'articolo 11, comma 16, del decreto-legge n. 78 del 2010 (Progetto Tessera Sanitaria) (G.U. n. 264 del 12 novembre 2011);
- DM 9 dicembre 2015 – Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva;
- Conferenza Stato - Regioni (Rep.28/CSR) del 21 febbraio 2019, 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, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266.

Principali normative regionali

- Recepimento accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 28/CSR del 21 Febbraio 2019 concernente Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 Dicembre 2005, n.266 - Adozione del Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA);
- DCA n. 13 del 25/02/2022, Piano di recupero per le liste d'attesa, ai sensi della legge 30 dicembre 2021, n. 234 - articolo 1, commi 276 e 279;
- Allegato A del DCA n. 13 del 25/02/2022, Piano operativo per il recupero delle liste d'attesa, Art. 1, commi 276 e 279, della legge 30 dicembre 2021, n. 234;
- Decreto Dirigenziale n° 7087 del 29/06/2022, Istituzione Gruppo tecnico di Lavoro dedicato al PNGLA/PRGLA;
- DCA n. 29 del 12/01/2023, Approvazione e adozione del Catalogo regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

4 IL CUP DELLA CALABRIA

4.1 MODELLO CUP

La regione Calabria, nell'ambito della riorganizzazione e dell'evoluzione del sistema CUP, si è posta l'obiettivo di realizzare un CUP regionale. In particolare, la Regione, con riferimento ai diversi modelli proposti nelle Linee Guida nazionali del CUP e correntemente adottati, ha scelto di applicare il modello del CUP interaziendale su scala regionale - d'ora in poi definito Sovra CUP - attraverso l'adozione di una specifica soluzione applicativa che sarà utilizzata all'interno del Sistema Sanitario Regionale.

L'obiettivo è quello di garantire la massima visibilità dell'offerta verso tutti i cittadini; per tale motivo i processi relativi alla gestione dell'offerta e della domanda di prestazioni saranno condivisi a livello regionale.

In particolare, il Sovra CUP conterà di un unico sistema regionale che sarà preposto alla gestione dei processi di Definizione del servizio (Agende) e di Programmazione del servizio (Prenotazione). Tale sistema sarà interoperabile con i sistemi aziendali / provinciali che continueranno ed esser preposti alla gestione dei processi di Erogazione del servizio (Accettazione amministrativa, Ammissione del paziente, Completamento piani di lavoro) e di Gestione dei pagamenti.

I processi di Gestione anagrafi e Debito informativo saranno di pertinenza mista - aziendale e regionale -; infatti le anagrafi ed i flussi afferenti ai processi di livello regionale (es. Anagrafe prestazioni sanitarie; flussi per il monitoraggio dei tempi di attesa) saranno condotti attraverso il Sovra CUP, mentre quelli afferenti ai processi di livello aziendale / provinciale (es. Anagrafe prestazioni amministrative; flusso C) saranno condotti attraverso i sistemi locali.

Di seguito si riporta la mappa rappresentativa dei processi del CUP, che evidenzia in modo differente i processi di pertinenza regionale, aziendale e mista.

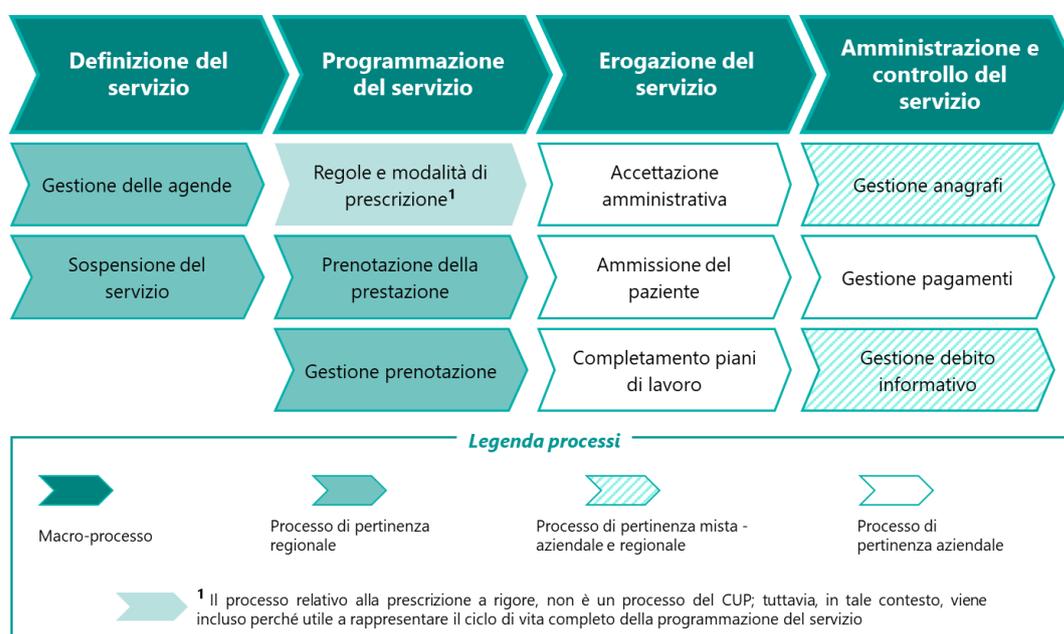


FIGURA 1 - MAPPA DEI PROCESSI DEL CUP

4.2 OFFERTA CUP

Con riferimento alla normativa vigente¹ tutta l'offerta di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di diagnostica deve essere esposta e prenotabile sul CUP, consentendo la totale visibilità delle Agende di prenotazione. In tal senso, l'obiettivo finale posto dalla Regione, nell'ambito dell'evoluzione del sistema CUP, è quello di gestire sul sistema unico (Sovra CUP) l'intera offerta.

Inoltre, la Regione stabilisce che l'assetto minimo e di partenza del Sovra CUP comprenda l'esposizione su tale sistema dell'offerta relativa alle 69 prestazioni oggetto di monitoraggio del PNGLA e alla totalità dei primi accessi.

4.3 DOMANDA CUP (CANALI DI PRENOTAZIONE)

I canali di prenotazione rappresentano le modalità con cui l'utente può esprimere la propria domanda di specialistica ambulatoriale ed accedere all'offerta regionale presente sul CUP. È quindi molto importante prevedere un'ampia "selezione" di canali di accesso - tra Sportelli, Call Center, Farmacie, etc. - al fine di garantire il più elevato livello possibile di fruibilità per il cittadino.

La Regione stabilisce che i canali di prenotazione da prevedere per la partenza del Sovra CUP siano quelli ad oggi attivi nelle diverse realtà Aziendali.

Inoltre, dai canali di prenotazione presenti sarà possibile prenotare l'intera offerta esposta sul CUP, qualsiasi sia la modalità di prescrizione (cartacea o dematerializzata), il regime ed il tipo di accesso.

Le modalità di accesso all'offerta di specialistica ambulatoriale saranno, inoltre, potenziate dalla presenza dei cosiddetti "Servizi al cittadino" realizzati attraverso il Sito web (Portale) e l'App regionale. Tali servizi consentiranno all'utente - in autonomia - di effettuare le prenotazioni di un set di prestazioni dei regimi SSN e LP².

La scelta delle prestazioni da esporre (prenotabili) sui servizi web sarà effettuata prediligendo le prestazioni a bassa complessità (es. prime visite; esami a bassa complessità che non prevedono preparazione, etc.).

¹ "Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021"

² Per quanto riguarda la ripartizione dei proventi di LP questa avverrà solo sulla base delle attività svolte sul sistema locale di accettazione e pagamento. Pertanto, per la prenotazione - a prescindere dal canale utilizzato - non potrà essere richiesta quota parte del compenso.

5 IL MODELLO DI SERVIZIO DEL CUP DELLA CALABRIA

5.1 MODELLO ORGANIZZATIVO

Il modello organizzativo definisce i ruoli e le responsabilità coinvolti nei processi del CUP.

In particolare, il modello si articola in due livelli - regionale e aziendale - per i quali stabilisce:

- per il livello regionale, gli organismi/strutture che intervengono nella regolamentazione e nella gestione del CUP;
- per il livello delle singole Aziende Sanitarie, le strutture organizzative "tipo" che sono preposte alla conduzione dei diversi processi del CUP. Si precisa che tali strutture organizzative, sono appunto delle tipizzazioni delle strutture organizzative effettive a cui ciascuna Azienda - nell'ambito della propria autonomia organizzativa - decide di affidare la conduzione dei suddetti processi.

Di seguito si riporta una rappresentazione schematica del modello organizzativo di riferimento e del legame funzionale presente tra i diversi enti.

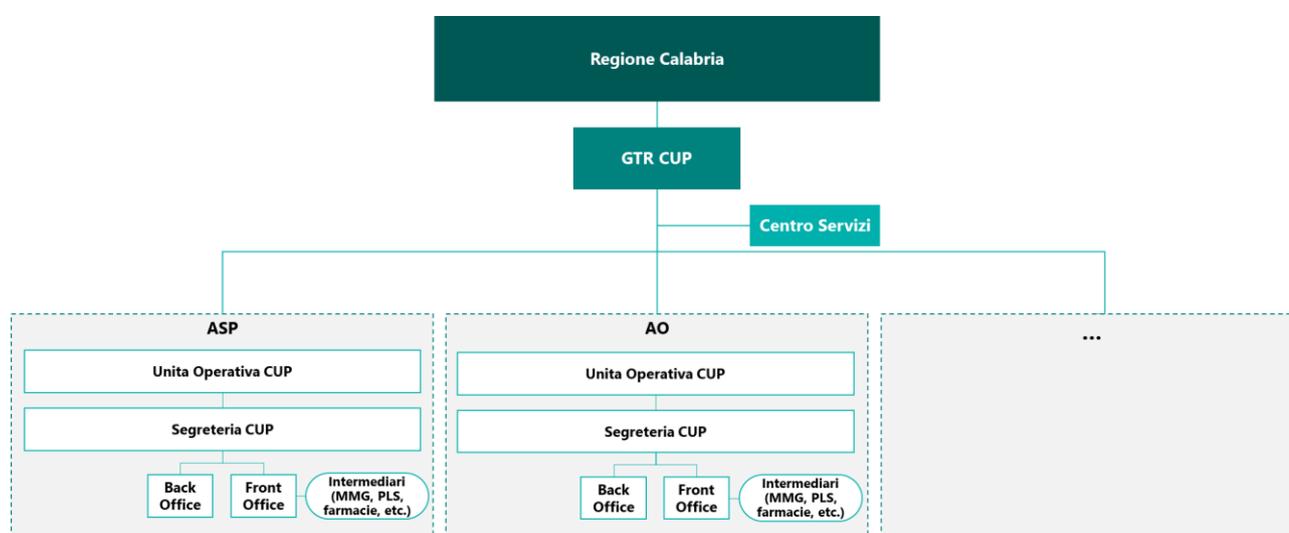


FIGURA 2 - MODELLO ORGANIZZATIVO DI RIFERIMENTO

Livello regionale

Il livello regionale è costituito dalla Regione, cui pertiene la governance del CUP, e dagli enti Gruppo tecnico di Lavoro (o Gruppo Tecnico Regionale - GTR) e Centro servizi.

Il GTR, formato da componenti della regione Calabria e componenti delle Aziende del SSR, è stato istituito dalla Regione con l'obiettivo di sovrintendere alla Gestione del CUP. I rappresentanti aziendali che ne fanno parte, oltre ad assumere un ruolo decisionale nelle fasi di progettazione del Sovra CUP, hanno il compito di trasferire le disposizioni concordate a livello regionale all'interno delle Aziende che rappresentano.

Il GTR ha il compito di definire le regole per la riorganizzazione del CUP in ambito regionale, predisporre le linee guida per l'implementazione ed il corretto funzionamento e individuarne specifici indicatori di efficienza per permettere la confrontabilità dei servizi CUP presenti nella rete regionale.

Inoltre, assume un ruolo di controllo per monitorare le attività operative di adeguamento al CUP regionale da parte delle Aziende e per accertarsi che queste ultime stiano applicando le regole regionali definite e condivise.

Come si evince dalla *Figura 2*, inoltre, il GTR è affiancato dall'entità del Centro Servizi che dalla fase di avvio del CUP regionale lo supporterà nelle attività di configurazione / parametrizzazione del Sovra CUP che gli saranno assegnate (es. gestione anagrafi, impostazioni parametri del sistema, etc.).

Livello aziendale

All'interno di ogni Azienda possono essere individuati i seguenti "tipi" di strutture organizzative, di cui si riporta una breve descrizione delle principali funzioni ad esse attribuite:

- l'Unità Operativa CUP: svolge funzioni di amministrazione e programmazione e si occupa delle attività di analisi della domanda delle prestazioni ambulatoriali;
- la segreteria CUP: si occupa del coordinamento delle linee di attività di Front Office e Back Office, e dell'attivazione e delle modifiche delle agende di prenotazione;
- il Front Office: si occupa delle prenotazioni delle prestazioni e delle eventuali modifiche/disdette - tali attività sono svolte secondo le regole definite per il Sovra CUP - inoltre, provvede alla predisposizione e stampa dei piani di lavoro, all'accettazione degli utenti ed alla gestione degli incassi. È il servizio direttamente accessibile all'utente offerto mediante sportelli presidiati o intermediari coinvolti nella prenotazione della prestazione quando l'utente decide di utilizzare "canali" ulteriori (es. Farmacie, Parafarmacie, MMG, PLS, Enti vari; etc.);
- il Back Office: si occupa dell'aggiornamento delle agende, della gestione dei piani di lavoro, della produzione di report e della cura ai rapporti con le unità erogatrici.

5.2 MODELLO OPERATIVO E DEI PROCESSI

5.2.1 DEFINIZIONE DEL SERVIZIO

5.2.1.1 GESTIONE DELLE AGENDE

Il processo di "Gestione delle agende" comprende le attività attraverso le quali vengono proposte, analizzate, validate, autorizzate e rese attive le nuove agende o le modifiche su agende esistenti per la prenotazione delle prestazioni sanitarie.

Con riferimento al processo di "Gestione delle agende", le linee guida disciplinano:

- Le modalità operative che dovranno essere seguite nella gestione delle agende;
- L'articolazione, la struttura ed il funzionamento che dovranno caratterizzare le agende di prenotazione.



Modalità operative

A fronte dell'esigenza di aprire una nuova agenda di prenotazione ed acquisite le relative autorizzazioni previste a livello aziendale, le Aziende provvedono alla creazione della nuova agenda all'interno del sistema informatico CUP. Infatti, l'intera offerta di prestazioni viene definita esclusivamente tramite la costruzione delle Agende informatizzate. Pertanto, dovranno essere incluse nel sistema CUP tutte le Agende di prenotazione, sia delle strutture pubbliche che private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione, sia per il primo accesso che per gli accessi successivi.

Nell'aprire la nuova agenda all'interno del sistema informatico CUP, è necessario seguire le regole definite dal presente documento nella sezione *Agende: articolazione, struttura e funzionamento* in merito a:

- Articolazione delle agende, ovvero ambiti di offerta per cui devono essere previste agende distinte;
- Struttura delle agende, ovvero informazioni che devono caratterizzare l'agenda;
- Funzionamento delle agende, ovvero le logiche di allocazione dei posti previsti in agenda.

Agende: articolazione, struttura e funzionamento

In termini di **articolazione**, occorre prevedere agende di prenotazione distinte per:

- **Regime di erogazione**, prevedendo agende distinte per attività istituzionale, da un lato, e attività in libera professione, dall'altro;
- **Tipologie di accesso**, prevedendo agende distinte per primi accessi, da un lato, e accessi successivi, dall'altro lato. Più in dettaglio è opportuno istituire:
 - per tutte le attività legate a controlli e follow up, apposite Agende dedicate (esclusive), specifiche per le prestazioni intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che già ha in cura il paziente;
 - per tutte le altre tipologie di prestazioni Agende pubbliche.
- **Percorsi specifici**, prevedendo posti riservati a percorsi specifici, cui fanno riferimento determinate richieste (es. PDTA)

In termini di **struttura**, occorre prevedere - per ogni agenda - le seguenti informazioni:

- **Prestazioni**, ovvero le prestazioni ambulatoriali prenotabili/erogabili e, se previste, le relative note di preparazione per l'utente e/o avvertenze per l'operatore CUP che effettuerà la prenotazione;
- **Erogatore e coordinate di erogazione**, ovvero chi eroga la prestazione e quando viene erogata, in particolare:
 - la struttura (equipe, medico, ecc.);
 - l'ubicazione dell'ambulatorio;
 - gli orari di servizio/disponibilità della fascia oraria;
 - vincoli di erogazione (sesso, età, codici diagnosi);
 - definizione durata (singola prestazione o cicli di prestazioni).
- **Classi di priorità**, ovvero i posti assegnati ad ogni classe di priorità di erogazione. In tal senso, ogni agenda sarà ripartita in classi di priorità, in ognuna delle quali saranno distribuiti i posti complessivamente disponibili, secondo percentuali stabilite a priori e modificabili secondo l'andamento della domanda.

In termini di **funzionamento**, l'allocazione delle prenotazioni sui posti disponibili in agenda occorre segua i seguenti criteri:

- prevedere meccanismi automatici di riconversione di posti dalle prime visite ai controlli e viceversa (nel caso di posti rimasti vuoti) per ottimizzare la gestione e minimizzare i momenti di inattività;
- prevedere meccanismi automatici di riconversione di posti da una classe di priorità alta, per la quale non sono presenti disponibilità, ad una di priorità inferiore, per la quale sono invece presenti slot disponibili, senza modificare la prescrizione (es. se c'è disponibilità entro 10 giorni nell'agenda con classe di priorità P potrà essere prenotata la prestazione con classe di priorità B in tale slot);
- consentire di liberare slot non utilizzati, assegnati ad una classe di priorità e renderli disponibili per prenotare prestazioni di altre classi di priorità. I tempi per liberare gli slot sono, per la classe:
 - U, un giorno;
 - B, tre giorni (5 giorni per gli slot del lunedì);
 - D, 10 giorni;
- non prevedere vincoli di visibilità oltre il limite temporale della classe di priorità di appartenenza; in tal senso, in caso di assenza di disponibilità entro i tempi saranno visualizzabili anche le disponibilità successive, garantendo così una prenotazione anche oltre la scadenza del limite temporale;

- prevedere un tempo di latenza tra la richiesta della prenotazione e la visibilità della disponibilità pari a 24 ore nel caso in cui la prestazione non preveda dei tempi di preparazione, in caso contrario il tempo di latenza sarà pari al tempo di preparazione previsto dalla prestazione (es. per una prestazione che non ha tempi di preparazione, al momento della richiesta di prenotazione non sarà possibile vedere le disponibilità relative al giorno corrente, ma solo quelle a partire dal giorno successivo);
- consentire la visibilità delle agende per almeno 365 giorni (salvo casi espressamente autorizzati dalla Direzione Aziendale). Per le agende dedicate ancorché non sature, nel caso in cui la visibilità temporale sia inferiore a quella necessaria per la programmazione dei controlli, il Responsabile della unità erogante può chiedere il prolungamento del periodo di validità dell'agenda e di modulazione dell'attività ambulatoriale.

5.2.1.2 SOSPENSIONE DEL SERVIZIO

Il processo di "Sospensione del servizio" comprende le attività svolte in caso di interruzione dell'erogazione delle prestazioni, al seguito del verificarsi di particolari eventi - come la rottura di un'apparecchiatura o l'indisponibilità improvvisa del personale sanitario.

Con riferimento al processo di "Sospensione del servizio", le linee guida disciplinano:

- Le modalità operative che dovranno essere seguite nella sospensione delle agende;
- Le causali che regolano la sospensione delle agende.



Modalità operative

Ai sensi dell'art. 1, comma 282, Legge 23 dicembre 2005 n. 266 (Finanziaria 2006) è vietata la sospensione e chiusura non giustificata e non programmata delle Agende; a tal proposito è prevista da parte della Regione un'attività sistematica di vigilanza sul rispetto di tale divieto.

A fronte di tale divieto - con riferimento alla sospensione - l'attività di erogazione può essere sospesa laddove si verificano situazioni in cui l'erogazione della prestazione è oggettivamente impedita, ovvero - come stabilito dalla suddetta normativa -:

- Inaccessibilità alla struttura;
- Guasto macchina;
- Indisponibilità del personale;
- Indisponibilità materiale/dispositivi.

In questi casi, l'erogatore/il professionista che rileva la causa di sospensione ne deve dare tempestiva informazione al Direttore di Struttura che, a sua volta, chiede formale autorizzazione alla sospensione - mediante la compilazione di un apposito modulo aziendale - alla Direzione di Presidio/Distretto. Solo a fronte di tale autorizzazione, la sospensione può dirsi effettiva e deve essere perfezionata rilevandola attraverso il sistema informatico CUP, mediante la registrazione delle giornate e/o le fasce orarie coinvolte, nonché la durata (specificando il numero di giorni effettivi)³ e la causa della sospensione fra quelle precedentemente elencate.

A fronte dell'avvenuta sospensione:

- Per le prenotazioni impattate dalla sospensione, occorre dare informazione ai cittadini e riprogrammare gli appuntamenti;

³ Si precisa che la durata massima prevista di una sospensione è di 30 giorni.

- Per le nuove prenotazioni, non deve esserne impedita l'acquisizione. A tal fine, deve essere prevista una procedura temporanea che consenta di informare l'utente che la sua richiesta di prenotazione è stata gestita e che gli verranno comunicate tempestivamente data/ora e struttura dell'appuntamento, secondo le procedure organizzative e informatiche aziendali, garantendo, pertanto, la continuità del servizio di prenotazione.

Nell'ambito della riprogrammazione delle prenotazioni impattate dalla sospensione, dovranno essere adottate specifiche procedure volte a garantire il contenimento dei tempi massimi d'attesa - come indicato dal PNGLA - prevedendo una riprogrammazione tempestiva ed efficiente delle prenotazioni. Tali procedure - da adottare a cascata - prevedono che gli appuntamenti siano:

- riallocati in coda all'agenda del medesimo ambulatorio che effettua la sospensione, se la data di riprogrammazione non è superiore ai 30 giorni per le visite e ai 60 giorni per le prestazioni strumentali;
- ripartiti in aggiunta nelle sedute immediatamente disponibili in agenda o in sedute appositamente create fuori agenda nel rispetto dei tempi massimi d'attesa;
- distribuiti in altri ambulatori della medesima struttura - se i tempi d'attesa non superano i 30 o 60 giorni - tenendo sempre conto della facoltà di libera scelta dell'utente;
- ripartiti su altre unità in aggiunta nelle sedute immediatamente disponibili in agenda o in sedute appositamente create fuori agenda previo accordo fra lo specialista che effettua la sospensione e lo specialista che dovrà erogare, dandone sempre comunicazione al CUP.

È opportuno precisare, inoltre, che ogni Azienda Sanitaria può adottare, in aggiunta alle procedure sopra descritte, ulteriori meccanismi che garantiscano la riprogrammazione delle attività nel rispetto dei tempi massimi di attesa.

Ogni Azienda è obbligata alla trasmissione semestrale al Dipartimento Tutela della Salute e Servizi sociosanitari del flusso relativo alle sospensioni secondo il tracciato ministeriale (cfr. par. 6.1 *Monitoraggio dei tempi di attesa*).

Prima di concludere è bene ribadire e sottolineare quanto segue:

- La sospensione dell'attività di erogazione non può essere un'iniziativa del singolo erogatore/professionista ma processo strutturato, da svolgere in tempi rapidi per ridurre il rischio di occupazione delle agende e sottoposto a formale autorizzazione da parte della Direzione di Presidio/Distretto.
- Nel caso di sospensioni programmabili - dovute all'assenza del medico (per ferie o partecipazione a congressi e corsi di aggiornamento) e alle manutenzioni ordinarie delle attrezzature - i Direttori/Responsabili delle Strutture sono tenuti a garantire le prestazioni. Fanno eccezione le situazioni ambulatoriali gestite da un solo medico o con dotazione organica deficitaria. In questi ultimi casi il responsabile è tenuto comunque a verificare la presenza di prenotazioni nel periodo di interesse prima di autorizzare permessi e congedi.

Infine, con riferimento alla chiusura definitiva di un'agenda - che si ricorda essere vietata dalla legge se non giustificata e non programmata - questa, una volta chiusa, non può essere più riattivata e, nel caso fosse necessario ripristinare il servizio, si procede con l'apertura di una nuova agenda.

5.2.2 PROGRAMMAZIONE DEL SERVIZIO

5.2.2.1 REGOLE E MODALITÀ DI PRESCRIZIONE

La prescrizione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili a carico del SSR deve avvenire obbligatoriamente con ricetta, sia essa dematerializzata o rossa. È, tuttavia, fortemente consigliato l'utilizzo della ricetta dematerializzata in quanto strumento rapido ed affidabile che consente la rilevazione (o acquisizione) automatica di dati corretti e costantemente



aggiornati, escludendo eventuali errori di trascrizione legati, ad esempio, ad errate interpretazioni o illeggibilità della ricetta compilata manualmente dal medico prescrittore.

La ricetta è un documento pubblico di natura certificativa, con implicazioni giuridiche civili e penali, economiche, medico legali e di responsabilità professionale. La compilazione della ricetta non è dunque un atto meramente burocratico: l'incompleta o non corretta compilazione della ricetta o alterazioni apportate alla ricetta (ad esempio alla classe di priorità), oltre che costituire violazione delle regole di sistema, possono configurare illecito amministrativo fino ad assumere rilevanza penale.

La prescrizione presuppone il rispetto della corretta modalità prescrittiva, tenendo presenti, oltre gli aspetti formali, anche i principi di appropriatezza, efficacia diagnostico terapeutica e il razionale utilizzo delle prestazioni sanitarie. Il PNGLA 2019-2021 promuove tra gli strumenti di gestione della domanda il modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei - RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, al fine di contenere le liste di attesa per alcune prestazioni ambulatoriali, rivolgendo l'attenzione non solo all'appropriatezza prescrittiva, ma, anche, alla ragionevolezza dei tempi di erogazione delle prestazioni.

La compilazione della ricetta

La prescrizione deve essere compilata in ogni sua parte e, in particolare, deve comprendere:

- dati anagrafici del cittadino;
- eventuale esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria con relativo codice;
- prestazione richiesta con relativo codice;
- tipologia di accesso (1° accesso; accessi successivi);
- classe di priorità (U; B; D; P);
- quesito diagnostico, di cui si suggerisce l'utilizzo della codifica anche in caso di prescrizione con ricetta rossa o formulato in modo chiaro e specifico, con lo scopo di descrivere il problema di salute che motiva la richiesta da parte del medico della prestazione;
- campo note, che può essere utile ad indicare il distretto anatomico da studiare, le metodiche per particolari prestazioni di laboratorio, l'orario o altra informazione aggiuntiva necessaria per la corretta erogazione della prestazione.

Le regole di prescrizione

Le prescrizioni per visite ed esami vengono fatte dal medico sulla base dello stato di salute del paziente, assegnando una classe di priorità. È dunque il medico, all'atto della scrittura della ricetta, a stabilire l'arco di tempo entro il quale deve essere effettuata la visita o l'esame diagnostico. I termini di garanzia di ogni classe di priorità decorrono dalla data di prescrizione.

Ogni ricetta medica può contenere prescrizioni appartenenti ad una sola branca specialistica fino ad un limite di 8 prestazioni (ad eccezione dei cicli di cure e del prelievo biologico, che va obbligatoriamente indicato dal medico prescrittore). Le prescrizioni di prestazioni afferenti a branche specialistiche diverse devono essere effettuate su ricette distinte, ad eccezione della branca "Altre prestazioni", considerata branca neutra. Pertanto, le prestazioni afferenti alla suddetta branca potranno coesistere nella stessa ricetta.

Le prestazioni erogabili in regime di esenzione e le prestazioni che non prevedono l'esenzione dovranno essere prescritte su ricette distinte.

Il codice di esenzione dal pagamento del ticket è inserito sulla base del reddito, condizione, età o malattia rara/patologia cronica; in quest'ultimo caso, al medico spetta la verifica della compatibilità tra prestazioni e codice di esenzione. Qualora un assistito sia in possesso di più esenzioni per patologia ed è necessario prescrivere prestazioni per ognuna di esse, il medico prescrittore dovrà compilare più ricette distinte, indicando su ognuna il codice di esenzione specifico. In caso di più esenzioni, il medico è tenuto a indicare quella più favorevole al paziente.

Le ricette mediche per la prescrizione di indagini specialistiche e/o accertamenti diagnostici hanno validità di 120 giorni dalla data di compilazione alla data di prenotazione. La data di prenotazione della prestazione deve ricadere all'interno del periodo di validità della ricetta, mentre, naturalmente, la data di erogazione della prestazione può essere anche successiva.

Pertanto, alle strutture pubbliche e private accreditate è fatto divieto rifiutare la prenotazione delle ricette dematerializzate prescritte da meno di 120 giorni.

5.2.2.2 PRENOTAZIONE DELLA PRESTAZIONE

Il processo di "Prenotazione della prestazione" comprende l'insieme delle attività attraverso le quali vengono effettuate le prenotazioni di prestazioni sanitarie richieste dall'utenza.

Con riferimento al processo di "Prenotazione della prestazione", le linee guida disciplinano le modalità operative che dovranno essere seguite:

- per l'acquisizione della richiesta di prenotazione;
- per la ricerca degli appuntamenti e finalizzazione della prenotazione.



Modalità operative sull'acquisizione della richiesta di prenotazione

All'atto della prenotazione - qualsiasi sia il canale di accesso - il cittadino deve essere in possesso della Tessera Europea di Assicurazione Malattia - TEAM o della Carta Nazionale dei Servizi - CNS e del NRE, in caso di ricetta dematerializzata, o del promemoria della prescrizione, in caso di ricetta rossa, rilasciati dal MMG/PLS, dal medico specialista od ottenuti attraverso modalità alternative previste dalla vigente normativa.

La prenotazione delle prestazioni deve essere effettuata acquisendo:

- dati anagrafici / di contatto dell'utente, ad esempio codice fiscale, cognome, nome, sesso, comune e data di nascita; domicilio e residenza; recapito telefonico; etc.;
- dati identificativi della ricetta, ad esempio numero identificativo della ricetta, medico prescrittore, esenzione, etc.;
- dati clinico sanitari della prescrizione, ad esempio codice classe di priorità, codice e descrizione prestazione, branca, quesito diagnostico, tipo accesso, etc.

Tali informazioni vengono acquisite automaticamente tramite il codice NRE se la ricetta è dematerializzata.

Modalità operative sulla ricerca degli appuntamenti e finalizzazione della prenotazione

Durante la fase di prenotazione viene accolta la domanda dell'utente e presentata la prima disponibilità utile, sulla base della classe di priorità e tenendo conto della distanza tra Struttura erogatrice e domicilio del paziente. In caso di indisponibilità nella Struttura più vicina, si procederà secondo un criterio di "sfogliamento" per aree geografiche, estendendo il raggio di ricerca di una disponibilità in Strutture gradualmente più distanti, agevolando quanto più possibile il paziente. Qualora l'utente non accetti la prima data utile disponibile, ne deve essere registrata la rinuncia; all'utente saranno presentate le disponibilità alternative (date, orari e/o Strutture differenti) tra le quali egli avrà la libera facoltà di scelta, ma rinunciando, così, alla garanzia dei tempi massimi previsti dalla classe di priorità per l'erogazione della prestazione. Sulla base della decisione dell'utente, si procederà alla prenotazione dell'appuntamento in data/ora e Struttura preferite e selezionate.

Nel contesto operativo del CUP della Calabria, con riferimento a quanto descritto nel PNGLA, laddove non possa essere garantita la prenotazione dell'appuntamento al cittadino entro 120 giorni dalla data di contatto per mancanza di disponibilità in agenda è necessario attivare i cosiddetti "percorsi di tutela". Tali percorsi consentono l'accesso alle prestazioni secondo modalità alternative, al fine di garantire l'erogazione della prestazione entro i limiti di tempo previsti. In tali casi, ad esempio, potrà essere offerta al cittadino la possibilità di fruire della prestazione richiesta in regime di Libera Professione riservandogli comunque il solo pagamento del ticket previsto per il regime SSR.

Anche in tale caso, si ricorda che ogni Azienda Sanitaria può adottare, in aggiunta alla modalità di accesso alternativa sopra descritta, ulteriori iniziative che garantiscano l'attivazione di specifici percorsi di tutela.

Al termine della fase di prenotazione sarà inviata all'utente la conferma di avvenuta prenotazione tramite i canali definiti a livello regionale (es. e-mail; AppIO)⁴. Dalla conferma dell'appuntamento sarà possibile effettuare il download del promemoria di prenotazione, che è un documento unico regionale contenente tutte le informazioni utili al cittadino per l'appuntamento. A titolo esemplificativo e non esaustivo si riportano di seguito alcune informazioni presenti nel promemoria:

- i dati della prescrizione;
- i dati del paziente;
- i contatti del paziente;
- il codice della prenotazione;
- il codice e la descrizione della/e prestazione/i;
- l'indirizzo della sede di erogazione;
- la data e l'ora dell'appuntamento;
- l'ambulatorio di riferimento della prestazione;
- la convenzione (es. ticket), l'importo da pagare e le informazioni sulla modalità di pagamento;
- le eventuali note di preparazione, in caso di prestazioni più complesse e/o che richiedono particolare preparazione (es. colonscopia);
- etc.

Inoltre, sarà reso disponibile l'avviso di pagamento utile al cittadino per la corresponsione dell'importo dovuto che potrà avvenire all'atto della prenotazione, il giorno stesso dell'appuntamento o nei giorni precedenti.

L'importo viene calcolato secondo le regole di tariffazione in essere alla data di prenotazione e resta valido fino alla data effettiva di erogazione. Tale regola si applica anche in presenza di esenzione, infatti se il cittadino possiede un'esenzione al momento della prenotazione, essa resterà valida per l'erogazione, anche se tale esenzione dovesse risultare scaduta alla data di erogazione.

5.2.2.3 GESTIONE PRENOTAZIONE

Il processo di "Gestione prenotazione" comprende l'insieme delle attività che intervengono a seguito dell'acquisizione della prenotazione, attraverso le quali è possibile ricordare all'utente l'appuntamento (tramite servizi di remind), modificare o disdire una prenotazione.

Con riferimento al processo di "Gestione prenotazione", le linee guida disciplinano le modalità operative che dovranno essere seguite:

- per il remind dell'appuntamento;
- per la modifica dell'appuntamento;
- per la disdetta dell'appuntamento.



⁴ Il canale previsto per l'invio della conferma della prenotazione sarà utilizzato anche per l'invio della conferma di avvenuta modifica o disdetta della prenotazione.

Modalità operative per il remind dell'appuntamento

A seguito della prenotazione, in prossimità dell'erogazione della prestazione, si prevedono meccanismi di remind aventi funzione di promemoria nei confronti dell'utente al fine di ricordare l'appuntamento. Tale attività è finalizzata alla riduzione del numero di prestazioni prenotate non erogate (fenomeno del drop-out) consentendo il pieno utilizzo dell'offerta disponibile.

Di seguito si riportano le modalità di invio della notifica di remind definite:

- per tutte le prestazioni prenotate (ovvero prestazioni non critiche SSN e/o tutte le prestazioni degli altri regimi) sarà inviata la notifica di remind al cittadino tramite gli stessi canali utilizzati per la conferma dell'appuntamento (es. e-mail; AppIO);
- per le prestazioni sanitarie "critiche" (oggetto di monitoraggio) prenotate in regime SSN e per le prenotazioni per le quali il tempo d'attesa è superiore a quello di garanzia, il cittadino - in fase di prenotazione - potrà selezionare il canale (es. AppIO, e-mail, sms, whatsapp, etc.) attraverso il quale preferisce ricevere la notifica di remind dell'appuntamento.

Modalità operative per la modifica dell'appuntamento

La modifica di un appuntamento può essere richiesta dal cittadino o dall'unità erogante.

Richiesta modifica appuntamento da parte del cittadino

Il cittadino che ha necessità/volontà di spostare un appuntamento in precedenza fissato può farlo in qualsiasi momento antecedente alla data di erogazione prevista, mediante gli stessi canali messi a disposizione per la prenotazione (es. call center aziendali, on-line, e-mail, sportello, etc.).

L'attività di modifica della prenotazione si concretizza - attraverso il sistema CUP - con la ricerca di una nuova disponibilità e l'invio della conferma di avvenuta modifica della prenotazione (che conterrà il nuovo promemoria di prenotazione).

Si precisa che quando il cittadino richiede una modifica dell'appuntamento perde il diritto alla garanzia dei tempi di attesa relativi alla classe di priorità di appartenenza.

Richiesta modifica appuntamento da parte della struttura erogante

Nella situazione in cui si verifichi una imprevista indisponibilità delle apparecchiature elettromedicali e/o un'assenza improvvisa e giustificata di un operatore sanitario, la struttura erogante può richiedere la modifica dell'appuntamento previsto per il cittadino.

In tal caso si applicano le stesse procedure definite per la riprogrammazione degli appuntamenti descritte nel paragrafo 5.2.1.2 *Sospensione del servizio*. In sintesi, tali modalità definiscono che i Responsabili della struttura devono:

- fornire immediata comunicazione ai cittadini interessati, ai quali deve essere consentito di confermare la ricezione della comunicazione;
- effettuare una riprogrammazione dell'appuntamento in tempi brevi.

Modalità operative per la disdetta dell'appuntamento

Il cittadino che non ha intenzione di presentarsi all'appuntamento precedentemente fissato può effettuare la disdetta mediante gli stessi canali messi a disposizione per la prenotazione (es. call center aziendali, on-line, e-mail, sportello, etc.), entro 48 ore dalla data dell'appuntamento. Tale limite temporale consente alla struttura di erogazione di recuperare il posto e renderlo disponibile per altre prenotazioni. Una volta effettuata la disdetta dell'appuntamento, il cittadino riceve la conferma di avvenuta disdetta e la prenotazione viene cancellata.

In caso di disdetta dell'appuntamento in ritardo o di mancata disdetta, l'utente è tenuto al pagamento della quota ticket dovuta per l'erogazione della prestazione, anche in presenza di esenzione per patologia e/o reddito.

Al fine di attivare le procedure aziendali relative al recupero della quota ticket dovuta, il personale addetto interno alle Aziende Sanitarie predispone l'elenco degli utenti che non si sono presentati all'appuntamento, corredato dalla lettera di notifica del pagamento dovuto e lo condivide con l'ufficio preposto al recupero crediti entro il 10° giorno del mese successivo a quello di riferimento.

Infine, si precisa che l'utente non presentatosi all'appuntamento può fornire all'Azienda designata all'erogazione della prestazione una dichiarazione di giustificazione, la quale, se considerata valida può esimerlo dal pagamento della quota dovuta. Le dichiarazioni di giustificazione possono essere presentate in caso di:

- Ricovero in ospedale dell'assistito;
- Malattia dell'assistito;
- Incidente stradale dell'assistito;
- Calamità naturale;
- Decesso dell'assistito o di familiari dell'assistito;
- Stato di gravidanza (inclusa nascita di un figlio);
- Altre particolari gravi circostanze.

5.2.3 EROGAZIONE DEL SERVIZIO

I processi di erogazione del servizio rappresentano l'insieme dei processi operativi che si attivano nel momento in cui l'utente, che ha effettuato la prenotazione di una prestazione (o che necessita di una prestazione con registrazione diretta), giunge presso la struttura sanitaria per usufruire della prestazione stessa.

5.2.3.1 ACCETTAZIONE AMMINISTRATIVA

Il processo di "Accettazione amministrativa" comprende le attività operative caratteristiche della fase di accettazione di un paziente all'interno della struttura di erogazione.

Con riferimento al processo di "Accettazione amministrativa", le linee guida disciplinano le modalità operative che dovranno essere seguite.



Modalità operative

Quando il cittadino giunge presso la Struttura di erogazione stabilita in fase di prenotazione, può essere indirizzato presso gli sportelli CUP o presso il servizio erogatore, sulla base delle seguenti condizioni:

- in caso di esenzione, l'utente si recherà direttamente presso il servizio erogatore;
- in caso di non esenzione e in assenza di ricevuta di pagamento, l'utente si recherà presso gli sportelli dove verrà effettuata la procedura di riscossione del ticket.

Qualora il cittadino dovesse effettuare una prestazione in registrazione diretta - ovvero una prestazione che non richiede preventiva prenotazione tramite CUP⁵ - l'accettazione amministrativa avviene in modalità diretta, modalità simile a quella

⁵Le categorie di soggetti che hanno diritto alla registrazione diretta alla prestazione presso le strutture specialistiche di riferimento in ragione della propria condizione patologica o fisiologica sono principalmente riconducibili a: pazienti in trattamento dialitico presso i servizi di dialisi;

descritta in precedenza, con la differenza che nell'accettazione diretta la prestazione del paziente viene prenotata, e il paziente accettato, il giorno stesso della richiesta.

5.2.3.2 AMMISSIONE DEL PAZIENTE

Il processo di "Ammissione del paziente" comprende le attività attraverso le quali viene effettuata la registrazione del paziente da parte del Servizio Erogatore.

Con riferimento al processo di "Ammissione del paziente", le linee guida disciplinano le modalità operative che dovranno essere seguite.



Modalità operative

Successivamente alla fase di accettazione amministrativa inizia il processo di ammissione del paziente. I soggetti che operano all'interno della Struttura visualizzano giornalmente il piano di lavoro⁶ previsto, che raccoglie l'insieme delle informazioni derivanti dalla prenotazione della prestazione o dalla registrazione diretta e dall'accettazione amministrativa, e verificano la presenza del paziente all'interno del piano di attività in oggetto. Se il paziente è presente nel piano di lavoro il personale addetto verifica nuovamente tutta la documentazione presentata e registra la presenza del soggetto, che verrà chiamato in sala visite dove il professionista medico erogherà la prestazione sanitaria richiesta.

5.2.3.3 COMPLETAMENTO PIANI DI LAVORO

Il processo di "Completamento piani di lavoro" comprende le attività che seguono l'erogazione di una prestazione sanitaria. Le attività di tale processo si concretizzano nel cambio di stato della prestazione, che passa dagli stati iniziali ed intermedi (es. prenotato, accettato, sospeso, etc.) a quelli finali di eseguito e refertato.

Le prestazioni sanitarie, relative sia a prenotazioni sia a registrazioni dirette, offerte dalla Struttura, devono essere rendicontate attraverso il completamento dei piani di lavoro, al fine di:

- alimentare i flussi specifici per l'assolvimento del debito informativo verso la Regione ed il MEF, attività garantita dai CUP locali;
- consentire la produzione di dati affidabili e completi per la corretta programmazione e gestione delle risorse;



donatori di sangue o di organo, compresi i donatori di cellule staminali, nelle strutture che effettuano accertamenti inerenti agli atti della donazione; pazienti trapiantati ed in attesa di trapianto nelle strutture di riferimento, limitatamente alla visita ed agli accertamenti ematochimici inerenti al trapianto; soggetti affetti da HIV o sospetti d'esserlo nelle strutture di prevenzione e nei centri specialistici di riferimento.

⁶Il piano di lavoro è alimentato dalle prenotazioni provenienti dal SovraCUP e dalle registrazioni dirette, le quali sono inserite direttamente sui sistemi CUP locali.

- ottenere, al termine di ogni giornata lavorativa, un effettivo riscontro tra quanto prenotato e quanto effettivamente erogato all'interno della Struttura, avendo in tal modo anche evidenza della mancata erogazione delle prestazioni sanitarie precedentemente prenotate e del relativo motivo (es. dropout del paziente).

Con riferimento al processo di "Completamento piani di lavoro", le linee guida disciplinano le modalità operative che dovranno essere seguite.

Modalità operative

Al termine dell'erogazione della prestazione sanitaria, viene registrata l'effettiva erogazione della prestazione e, eventualmente, anche le ulteriori prestazioni necessarie rispetto a quanto inizialmente richiesto, effettuando quindi la registrazione di tutte le prestazioni erogate, previa prescrizione delle ulteriori prestazioni su una nuova ricetta SSN. In tal caso, vengono fornite al paziente le informazioni relative al pagamento di quanto eventualmente ed ulteriormente dovuto. Al termine della registrazione delle attività, il medico specialista di ambulatorio consegna al paziente il referto o comunica le modalità e la data di ritiro dello stesso.

Dal punto di vista clinico-organizzativo il professionista sanitario, a fronte dell'evidenza clinica risultante dalla prestazione erogata, decide se il paziente necessita di ulteriori approfondimenti. In particolare:

- nel caso in cui non vi sia necessità di prescrivere ulteriori prestazioni di approfondimento, congeda il paziente;
- nel caso in cui il paziente necessiti di ulteriori indagini clinico diagnostiche, glielo comunica e sulla base delle disponibilità della struttura/medico e del paziente, prescrive e prenota direttamente, tramite il sistema informatico CUP, una data utile per la successiva prestazione.

5.2.4 AMMINISTRAZIONE E CONTROLLO DEL SERVIZIO

5.2.4.1 GESTIONE ANAGRAFI

Il processo di "Gestione anagrafi" comprende l'insieme delle attività attraverso le quali vengono aggiornate tutte le codifiche e i dati necessari alla gestione operativa delle Aziende Sanitarie.

Come descritto al paragrafo 5.3 *Modello delle anagrafi*, le Anagrafi si distinguono in Anagrafi centralizzate ed Anagrafi aziendali.

Con riferimento al processo di "Gestione anagrafi", le linee guida disciplinano le modalità operative che devono essere seguite:

- per la gestione delle Anagrafi centralizzate;
- per la gestione delle Anagrafi aziendali.



Modalità operative di gestione anagrafi centralizzate

Gli attori coinvolti nella gestione delle Anagrafi centralizzate sono:

- **l'Ente richiedente**, ovvero il soggetto che ravvisa l'esigenza di aggiornamento dell'anagrafe. È rappresentato dalla singola Azienda Sanitaria o dalla Regione;
- **l'Ente validatore**, ovvero il soggetto predisposto alla valutazione e validazione della richiesta. È rappresentato dal Gruppo Tecnico Regionale o dall'Azienda delegata;

- **l'Ente esecutore**, ovvero il soggetto impegnato nell'esecuzione della modifica richiesta. È rappresentato dal Centro Servizi regionale⁷.

Il processo si avvia quando l'Ente richiedente - Azienda Sanitaria o Regione - rileva un'esigenza di modifica (es. inserimento, eliminazione di un'istanza) delle Anagrafi, che si concretizza tramite l'invio di una richiesta di modifica, tramite e-mail, all'Ente validatore - Gruppo Tecnico Regionale o Azienda delegata - che prende in carico ed esamina la richiesta ricevuta:

- se quest'ultimo dovesse ritenere di non avere tutti gli elementi necessari ad effettuare la valutazione, avanza una richiesta di chiarimenti e approfondimenti verso il richiedente, sempre attraverso canale e-mail. In tal caso, attende la risposta prima di procedere alla valutazione;
- se l'Ente validatore ha tutti gli elementi di cui necessita, procede con la valutazione della richiesta.

Al termine della valutazione:

- nel caso in cui la richiesta di modifica venga respinta, l'Ente validatore ne dà comunicazione al richiedente fornendo le opportune motivazioni;
- nel caso in cui la richiesta di modifica venga accettata, l'Ente validatore comunica tramite e-mail:
 - all'Ente richiedente l'esito positivo della richiesta;
 - all'Ente esecutore - Centro Servizi regionale - la richiesta di realizzazione della modifica e le tempistiche entro le quali è opportuno eseguirla.

Al termine dell'attività di modifica dell'anagrafe coinvolta, l'Ente esecutore informa - tramite e-mail - l'Ente validatore che a sua volta notifica l'avvenuta esecuzione della modifica all'Ente richiedente.

Di seguito si riporta una rappresentazione del flusso di processo della gestione anagrafi centralizzata.

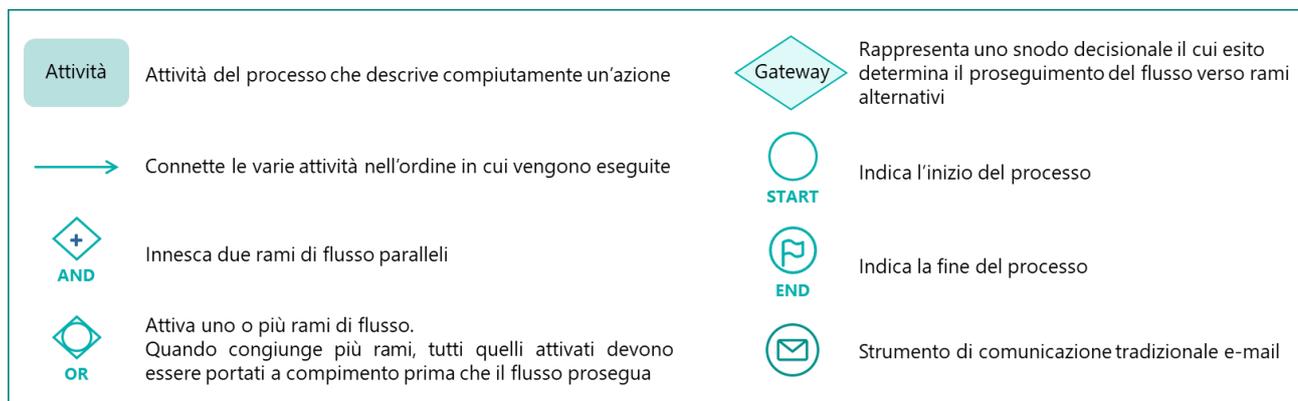


FIGURA 3 - LEGENDA SIMBOLI UTILIZZATI PER LA RAPPRESENTAZIONE SCHEMATICA DEL PROCESSO

⁷ Il Centro Servizi Regionale è rappresentato da un team di codificatori appartenenti alla regione Calabria o ad un fornitore scelto. Tale team ha il compito di eseguire le modifiche sulle Anagrafi.

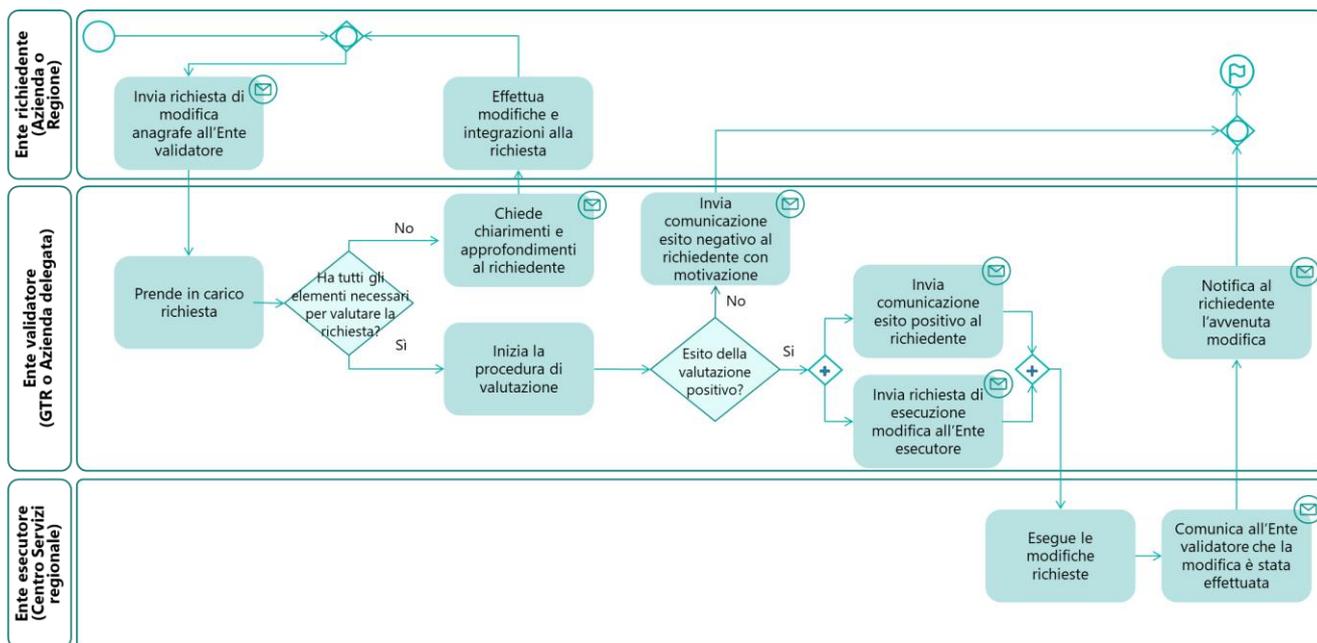


FIGURA 4 - FLUSSO DI PROCESSO DELLA GESTIONE ANAGRAFI CENTRALIZZATA

Modalità operative di gestione anagrafi aziendali

Le modalità operative da seguire per la modifica (es. inserimento, eliminazione di un'istanza) di un'Anagrafe aziendale sono totalmente gestite dalla singola Azienda Sanitaria, che definisce l'assetto delle responsabilità per la richiesta, valutazione ed esecuzione delle modifiche anagrafiche.

In particolare, il processo ha origine quando si rileva un'esigenza di modifica dell'Anagrafe, che viene formalizzata con una richiesta, successivamente valutata. Al termine della valutazione la richiesta può essere accettata, ed in tal caso si esegue la modifica dell'Anagrafe, o respinta, ed in tal caso viene fornita una motivazione.

5.2.4.2 GESTIONE PAGAMENTI

Il processo di "Gestione pagamenti" comprende l'insieme delle attività attraverso le quali può essere effettuato il pagamento di una prestazione.

Con riferimento al processo di "Gestione pagamenti", le linee guida disciplinano le modalità operative che dovranno essere seguite.



Modalità operative

A conclusione del processo di prenotazione (o di registrazione diretta) o in qualsiasi momento prima dell'erogazione, il cittadino effettua il pagamento della prestazione. L'avvenuto pagamento viene registrato nei CUP locali.

Al fine di agevolare il più possibile il cittadino, le Aziende Sanitarie mettono a disposizione molteplici modalità - di seguito elencate - che permettono di supportare le procedure di cassa in maniera integrata con il sistema CUP locale:

- Contanti;
- POS;
- PagoPA (portale PagoPA; PSP autorizzati);
- Riscuotitrici automatiche (TOTEM);
- Altre modalità di pagamento⁸.

5.2.4.3 GESTIONE DEBITO INFORMATIVO

Il processo di "Gestione debito informativo" comprende l'insieme delle attività che le Aziende svolgono per adempiere ai flussi del debito informativo legati al CUP, in accordo con le scadenze previste.

Con riferimento al processo di "Gestione debito informativo", le linee guida disciplinano le modalità operative che dovranno essere seguite.



Modalità operative

Le Aziende provvedono - opportunamente supportate dal sovra CUP e dai CUP locali - allo svolgimento delle attività finalizzate agli adempimenti dei flussi del debito informativo.

In particolare, tali attività prevedono:

- l'estrazione dei dati registrati sui sistemi CUP;
- la validazione dei dati;
- la trasmissione dei flussi vigenti - secondo regole e tempistiche stabilite dalla normativa - agli enti preposti (es. Regione; MdS; MEF).

Con riferimento alle attività di estrazione dei dati dai sistemi CUP, si specifica che:

- I flussi estratti dal CUP regionale sono i seguenti:
 - Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
 - Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
 - Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in Attività Libero Professionale Intramuraria – ALPI;
 - Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione.

⁸ Si fa riferimento ad altre modalità di pagamento utilizzate dalle Aziende Sanitarie (es. Bonifico bancario).

- I flussi estratti dai CUP aziendali sono i seguenti:
 - Flusso MEF (ex art. 50 Legge 326/2003);
 - Flusso specialistica ambulatoriale (flusso C).

5.3 MODELLO DELLE ANAGRAFI

Le Anagrafi sono l'elemento strumentale di riferimento per tutti i servizi del sistema CUP e rappresentano la fonte delle basi dati a supporto dei processi informativi, sia regionali che locali.

Il modello delle Anagrafi definito nell'ambito dell'evoluzione del sistema CUP prevede un'articolazione delle stesse in:

- Anagrafi centralizzate;
- Anagrafi aziendali.

In virtù della presenza di processi unici regionali - come definito al paragrafo 4.1 *Modello CUP*, che richiedono l'utilizzo di un "vocabolario comune" è stato opportuno prevedere le **Anagrafi centralizzate** - ovvero anagrafi uniche a livello regionale. L'adozione delle Anagrafi centralizzate ha il beneficio di disporre, all'interno del sistema Sovra CUP, di informazioni omogenee, rappresentate con le medesime codifiche e classificazioni. Tale utilizzo consente di garantire una corretta operatività dei servizi del Sovra CUP, nonché un appropriato funzionamento del servizio di monitoraggio ed il benchmarking interno dei servizi. La relativa gestione delle Anagrafi centralizzate è descritta al paragrafo 5.2.4.1 *Gestione Anagrafi*.

Al contrario, per i processi ad amministrazione locale continueranno ad essere presenti le **Anagrafi aziendali** - ovvero anagrafi di dominio e di competenza delle singole Aziende Sanitarie.

Di seguito si riporta l'elenco delle Anagrafi Centralizzate definite in regione Calabria.

- Anagrafi di base:
 - Esenzioni: elenco delle esenzioni alla partecipazione alla spesa sanitaria (ticket) relative a patologie croniche, patologie rare, invalidità, reddito e dei relativi codici associati;
 - Comuni: elenco dei comuni e dei relativi codici associati;
 - Stati: elenco degli stati e dei relativi codici associati;
 - Cittadinanze: elenco delle cittadinanze e dei relativi codici associati;
 - Regioni: elenco delle regioni e dei relativi codici associati;
 - Province: elenco delle province e dei relativi codici associati;
 - ASL: elenco delle ASL del territorio nazionale con denominazione, indirizzo, etc. e relativi codici associati;
 - Legame ASL-Comuni: elenco dei comuni che afferiscono a ciascuna ASL;
 - Codici IVA: elenco completo dei codici IVA esistenti;
 - Medici Prescrittori: elenco completo dei medici prescrittori;
 - Catalogo regionale assistiti: elenco completo degli assistiti della regione Calabria.
- Anagrafi istituzionali:
 - Catalogo regionale prestazioni sanitarie: elenco completo delle prestazioni sanitarie incluse nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza);
 - Catalogo prestazioni Fuori LEA: elenco completo delle prestazioni sanitarie non incluse nei LEA;
 - Listini regionali di prestazioni sanitarie: elenco delle tariffe relative alle prestazioni sanitarie incluse nei LEA;
 - Listini regionali prestazioni Fuori LEA - elenco delle tariffe relative alle prestazioni sanitarie non incluse nei LEA;
 - Convenzioni di pagamento: elenco completo di tutte le convenzioni previste (es. Ticket, Esente, Privato pagante, etc.);
 - Regimi di erogazione: elenco completo dei regimi di erogazione previsti.

6 IL MODELLO DI MONITORAGGIO DEL CUP DELLA CALABRIA

Il Modello di monitoraggio definito per la Calabria è inteso come un insieme organico delle analisi - basate sui dati disponibili mediante il Sovra CUP - finalizzate al miglioramento continuo del sistema regionale di domanda e di offerta delle prestazioni sanitarie. In tal senso, il documento prevede un modello articolato su tre linee di monitoraggio:

- Monitoraggio dei tempi di attesa;
- Monitoraggio del funzionamento del CUP;
- Monitoraggio delle linee guida CUP.

6.1 MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

Il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali rappresenta un adempimento normativo previsto dal PNGLA, nonché uno strumento molto importante per effettuare un'analisi relativa all'offerta presente nell'ambito del CUP, consentendo di individuare eventuali situazioni critiche ed intraprendere azioni correttive (es. rimodulazione dell'offerta).

Al fine di garantire il monitoraggio dei tempi di attesa e la produzione delle informazioni necessarie per la corretta alimentazione dei flussi informativi il sistema CUP mette a disposizione i seguenti report, indicati dal PNGLA:

- Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in Attività Libero Professionale Intramuraria – ALPI⁹;
- Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione.

Si ricorda che, ai fini del monitoraggio dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche-terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto; sono escluse dai monitoraggi di cui ai precedenti punti tutte le prestazioni di controllo, di screening e le prestazioni con Classe U (Urgente).

Le informazioni relative ai tempi di attesa, presentate sui report devono essere disponibili a diversi livelli di aggregazione: aziendali - ed ulteriori articolazioni organizzative collegate alle Aziende - e regionale.

6.2 MONITORAGGIO DEL FUNZIONAMENTO CUP

Il monitoraggio del funzionamento del CUP consente di effettuare l'analisi relativa alle attività coinvolte nei processi del CUP. In tal senso - tramite il supporto del sistema - saranno elaborati molteplici report personalizzabili sulla base, ad esempio, del periodo di analisi, della struttura di interesse, etc.

In particolare, i report definiti riguardano i seguenti ambiti:

- Agende;
- Prenotazione;
- Erogazione;
- Attività operatori;
- Volumi;

⁹ Per assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e ALPI, ponendo attenzione al progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi di quelle rese in ALPI, si richiede, in particolare, la **tipologia di accesso** (primo accesso/accesso successivo) **ed i volumi istituzionali di attività per singola struttura**.

- Libera professione.

Di seguito si riporta il nome e la descrizione dei report definiti per ogni ambito.

Agende

- *Ambulatori attivi e prenotabili*, fornisce una rappresentazione, per ogni agenda, degli attributi che la caratterizzano (es. Nome agenda; prestazioni prenotabili; fasce orarie, etc.);
- *Livello di occupazione settimanale delle Agende*, fornisce una rappresentazione delle disponibilità e delle occupazioni della settimana (potrebbero essere mostrate soltanto le casistiche in cui la disponibilità residua è inferiore ad un parametro predefinito);
- *Livello di saturazione delle agende*, fornisce una rappresentazione delle disponibilità residue delle agende (con scelta tra agende sature; non sature; entrambe);
- *Verifica delle chiusure/sospensione sul calendario delle agende e relativa motivazione*, fornisce una rappresentazione delle giornate di calendario chiuse/sospese per un determinato intervallo temporale;
- *Confronto tra prestazioni da catalogo nazionale, regionale, aziendale*, fornisce una rappresentazione - per singola specialità - del confronto di prestazioni da catalogo nazionale, regionale e aziendale.

Prenotazione

- *Distribuzione delle prenotazioni tra enti diversi (senza Dettaglio)*: fornisce una rappresentazione delle prenotazioni tra Aziende diverse
- *Distribuzione delle prenotazioni tra sedi diverse*: fornisce una rappresentazione delle prenotazioni tra sedi diverse della stessa azienda
- *Storico Richieste/Appuntamenti*, consente la ricerca di una singola richiesta o di un assistito e visualizzare la storia delle operazioni effettuate (spostamenti, disdette, modifica alla prescrizione, etc.)
- *Pazienti sospesi*, fornisce una rappresentazione dei pazienti ai quali è stato sospeso un appuntamento e del relativo motivo;
- *Numeri di prenotazioni ripetute per lo stesso paziente in un arco temporale*, fornisce una rappresentazione dei pazienti con prestazioni ripetute.

Erogazione

- *Attività ambulatoriale erogata nel periodo*, fornisce la rappresentazione delle attività erogate in un dato periodo;
- *Appropriatezza di erogazione*, fornisce una rappresentazione delle prestazioni erogate nel rispetto dei tempi o al di fuori dei tempi, in base alla classe di priorità definita nella prescrizione;
- *Confronto prenotati presentati*, consente di confrontare il numero di prestazioni prenotate ed il numero di prestazioni erogate.

Attività operatori

- *Visualizza Attività Operatori propria Azienda*, fornisce una rappresentazione del numero delle prenotazioni effettuate da ogni operatore;
- *Prenotazioni - Spostamenti - Disdette per Ufficio*, fornisce una rappresentazione delle attività svolte, per ogni gruppo di operatori, relativamente a prenotazioni, spostamenti, disdette
- *Distribuzione Oraria per Sede di Prenotazione*: fornisce una rappresentazione delle operazioni svolte dagli operatori per singola fascia oraria (ogni ora).

Volumi

- *Volumi/Disponibilità LP SSN*, consente di confrontare le disponibilità ed i volumi prodotti del SSN e della LP.

Libera Professione

- *Piano di lavoro medici in LP*, consente di visualizzare il piano di lavoro (es. prestazione; data erogazione; assistito, etc.);
- *Prestazioni e tariffe Medici in Libera Professione*, fornisce una rappresentazione delle prestazioni erogabili da ogni medico in LP e delle tariffe;
- *Prestazioni e orari Medici in Libera Professione*, fornisce una rappresentazione delle prestazioni erogabili da ogni medico in LP e delle relative fasce orarie;
- *Prestazioni erogate Medici in Libera Professione*, fornisce una rappresentazione delle prestazioni erogate da ogni medico e delle relative fasce orarie.

6.3 MONITORAGGIO DELLE LINEE GUIDA CUP

Il monitoraggio delle linee guida CUP deve consentire di verificare l'effettiva applicazione delle modalità operative previste dal presente documento.

In particolare, si intende misurare - attraverso la realizzazione di business analytics - il livello di adesione delle Aziende Sanitarie alle regole definite in ambito CUP dal punto di vista dell'organizzazione, delle modalità operative e dei processi e delle Anagrafi. Ciò consentirà alle Aziende stesse, nonché alla Regione, di avere evidenza degli ambiti che meritano di essere presidiati, al fine di ottenere una piena applicazione di tali linee guida.