ASL Brindisi
PugliaSalute

2023

REGOLAMENTO AZIENDALE GESTIONE LISTE DI ATTESA - ASL BR

Sommario

A) RESPONSABILITÀ DELLE FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE NELLA GESTIONE DELLE LISTE D'ATTESA E DELLE AGENDE DI PRENOTAZIONE DELL'ASL BR: ... 3

A.1 IL DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE ... 3

A.2 IL DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO OSPEDALIERO E/O IL DIRETTORE DI DISTRETTO SOCIO SANITARIO ... 4

A.3 IL DIRETTORE/DIRIGENTE AMMINISTRATIVO DI PRESIDIO OSPEDALIERO E/O DI DISTRETTO SOCIO SANITARIO ... 5

A.4. IL DIRETTORE UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA E RESPONSABILE DI UOSD ... 6

A.5 IL DIRIGENTE MEDICO DI AMBULATORIO ... 7

A.6 IL RESPONSABILE CUP AZIENDALE ... 8

A.7 IL COORDINATORE UFFICIO ALPI ... 9

A.8 IL RESPONSABILE UNICO LISTE ATTESA (RULA) ... 10

A.9 L'ORGANISMO PARITETICO DI PROMOZIONE E VERIFICA DELL'ALPI ... 11

B) **PERCORSI DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI E DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE** ... 12

B.1 PRIMO ACCESSO ... 12

B.2 PAZIENTI GIÀ NOTI PATOLOGIE CRONICHE ... 13

B.3 PRENOTAZIONE DELLA PRESTAZIONE AMBULATORIALE O DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE ... 13

O DISDETTA DI PRENOTAZIONI GIÀ EFFETTUATE ... 13

CANALI DI PRENOTAZIONE/CANCELLAZIONE: ... 13

PRENOTAZIONE TRAMITE PIATTAFORMA WEB, FARMACIE CONVENZIONATE E NUMERO VERDE ... 14

PRENOTAZIONE TRAMITE SPORTELLO CUP ... 14

L'ADDETTO ALLO SPORTELLO CUP ... 14

IL CONTENUTO DEL COUPON DI PRENOTAZIONE ... 15

L'EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE DA PARTE DELL'AMBULATORIO ... 16

IL PAGAMENTO DEL TICKET ... 16

L'EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE ... 16

NUOVI PAZIENTI ED ACCESSO ALLA RETE ONCOLOGICA PUGLIESE: CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO (CORO) ... 17

PAZIENTI ONCOLOGICI E/O EMATOLOGICI SEGUITI DAGLI AMBULATORI AZIENDALI ... 17

PAZIENTI ONCOLOGICI E/O EMATOLOGICI SEGUITI DAGLI AMBULATORI NON APPARTENENTI ALLA ASL BR ... 18

CENTRO TERRITORIALE MALATTIE RARE ... 18

LA PREDISPOSIZIONE DELLE AGENDE DEGLI APPUNTAMENTI ... 18

L'AGENDA DI PRENOTAZIONE ... 18

CARATTERISTICHE DELL'AGENDA. ... 18

TIPOLOGIE DI AGENDE ... 20

PREDISPOSIZIONE – APPROVAZIONE – INSERIMENTO AGENDE IN NCUP 21
APPROVAZIONE: 21
INSERIMENTO DELL'AGENDA NEL SISTEMA INFORMATIVO NCUP: 21
B.4 MANCATE DISDETTE 21
C. PERCORSO DI TUTELA: PRESA IN CARICO DEGLI ASSISTITI 24
PRESA IN CARICO DI I LIVELLO 24
LA PRESA IN CARICO DI II LIVELLO 26
IL RESPONSABILE CUP AZIENDALE 26
GLI EFFETTI DELLA DICHIARAZIONE DI "IMPOSSIBILITÀ A GARANTIRE LA PRESTAZIONE ENTRO I TERMINI PREVISTI" 28
D. ATTIVITÀ DI RICOVERO SSN 29
PERCORSO PAZIENTE CHIRURGICO 30
E. ATTIVITÀ IN REGIME LIBERO PROFESSIONALE ALPI 30
TIPOLOGIE ALPI 30
MODALITÀ AUTORIZZATIVE GENERALI DELL'ALPI 31
RAPPORTO TRA ATTIVITÀ ISTITUZIONALE ED ALPI 31

Il presente Regolamento è stato predisposto in ottemperanza alla **DGR n. 1568 del 13/11/2023.**
Esso è costituito in **sezioni** indicate con lettere (da A, B, C, ecc.) .
Ogni sezione si articola in **più punti** indicati con lettere e numeri progressivi (es. A1…A8).

A) RESPONSABILITÀ DELLE FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE NELLA GESTIONE DELLE LISTE D'ATTESA E DELLE AGENDE DI PRENOTAZIONE DELL'ASL BR:

A.1 IL DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE
A.2 IL DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO OSPEDALIERO / IL DIRETTORE DI DISTRETTO SOCIO SANITARIO
A.3. IL DIRETTORE/DIRIGENTE AMMINISTRATIVO DI PRESIDIO OSPEDALIERO E/O DI DISTRETTO SOCIO SANITARIO
A.4 Il DIRETTORE DI UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA E RESPONSABILE DI UOSD
A.5 IL DIRIGENTE MEDICO AMBULATORIO
A.6 IL RESPONSABILE CUP AZIENDALE
A.7 IL COORDINATORE UFFICIO ALPI
A.8 IL RESPONSABILE UNICO LISTE ATTESA (RULA)
A.9 L'ORGANISMO PARITETICO DI PROMOZIONE E VERIFICA ALPI

A.1 IL DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE

In ossequio alla legge n.724 del 23 dicembre 1994 in materia di prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri ordinari, nonché ai sensi della DGR 45/2023 inerente il governo del percorso del paziente chirurgico programmato, il Direttore Sanitario Asl esplicita le esigenze organizzative relativamente al governo delle liste d'attesa e assume il ruolo di guida e decisore ultimo nelle questioni più cruciali, impartendo disposizioni al Responsabile CUP aziendale nei casi di impossibilità accertata ad eseguire una prestazione.

A.2 IL DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO OSPEDALIERO E/O IL DIRETTORE DI DISTRETTO SOCIO SANITARIO

Ciascun Direttore Medico di Presidio Ospedaliero e/o di Direttore di Distretto in conformità con la normativa vigente, dovrà:

- vigilare sulla gestione appropriata della lista di attesa e dei registri di prenotazione per assicurare trasparenza ed equità, predisponendo anche controlli ad hoc sulle relazioni fra attività libero professionale ed attività istituzionale e sul corretto rapporto, specifico per intervento, fra interventi urgenti e programmati (vedasi in particolare la legge n.724 del 23 dicembre 1994);
- autorizzare e verificare che le agende di specialistica ambulatoriali, UOC, UOS, UOSD, ambulatori specialistica ambulatoriale Interna, siano conformi al presente regolamento ed alle disposizioni normative nazionali e regionali;
- gestire il percorso di "presa in carico" I livello ed eventuale attivazione II livello;
- disporre che gli ambulatori di competenza effettuino l'accettazione nel software cup degli esenti e dei paganti con PAGOPA e che registrino gli assenti all'appuntamento nel software cup;
- laddove previsto, disporre l'utilizzo software cartella clinica ambulatoriale;

Inoltre, in particolare il Direttore Medico di Presidio Ospedaliero, dovrà:

- verificare mediante le funzionalità disponibili sul sistema Edotto l'avvenuto utilizzo nel software, della gestione delle liste di attesa, da parte delle UOC, UOS e UOSD ubicate nella propria struttura;
- verificare utilizzo software cartella clinica ricoveri;

Nelle Direzioni Mediche di PP.OO. e/o di Distretto sono individuati per la gestione delle agende e per la presa in carico:

A.2.1 Medico addetto alla presa in carico di PP.OO. e/o Distretto

A.2.2 Addetto agende di PP.OO. e/o Distretto

A2.3 Addetto alla registrazione presa in carico di PP.OO. e/o Distretto

A.3 IL DIRETTORE/DIRIGENTE AMMINISTRATIVO DI PRESIDIO OSPEDALIERO E/O DI DISTRETTO SOCIO SANITARIO

Ciascun Direttore/Dirigente Amministrativo di Presidio Ospedaliero e/o di Distretto dovrà:

- gestire la liquidazione dei rimborsi richiesti dagli assistiti ed autorizzati secondo le modalità previste dal presente regolamento;

- verificare la registrazione delle erogazioni delle prestazioni nel CUP che risultano pagate e non erogate;

- gestire e verificare la corretta applicazione delle disposizioni contenute nel presente regolamento relative alla procedura per le mancate disdette;

- redigere le determine di liquidazione di rimborso e di rendicontazione trimestrale incassi Cup.

A.4. IL DIRETTORE UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA E RESPONSABILE DI UOSD

Il Direttore/Responsabile di Unità Operativa:

- verifica la corretta gestione della lista di attesa nel rispetto dei principi di uguaglianza e di imparzialità;
- comunica alla Struttura Informazione e Comunicazione Aziendale all'indirizzo mail portaledellasalute@asl.brindisi.it i giorni di ricevimento degli assistiti in possesso di ricetta con richiesta di ricovero programmato o di day service (se non gestiti con agende CUP visibili a tutti i canali prenotativi), al fine di consentire di adempiere alla presa in carico del paziente. La Struttura Informazione e Comunicazione Aziendale provvederà a pubblicare le suddette giornate sul Portale Regionale della Salute. In alternativa, e relativamente ai day service, le suddette UU.OO. possono ricorrere alla gestione delle "agende aperte" previste nel software NCUP;
- valuta, quale responsabile della gestione della lista di attesa, le proposte di ricovero, la completezza dei dati, l'appropriatezza della indicazione al ricovero e la necessità di eventuali visite e prestazioni propedeutiche alla presa in carico o all'immissione in lista degli assistiti collaborando con gli operatori individuati per la gestione del registro. Inoltre, deve esplicitare formalmente a priori i criteri di gestione della lista di attesa per i ricoveri programmati chirurgici;
- verifica che le agende di specialistica ambulatoriali, anche delle proprie UOS, siano conformi al presente regolamento ed alle disposizioni normative nazionali e regionali;
- verifica che gli ambulatori di competenza effettuino l'accettazione nel software cup degli assistiti esenti e dei paganti con PAGOPA;
- verifica che siano registrati nel software CUP gli assenti all'appuntamento;
- verifica, se UO con posti letto, l'utilizzo delle funzioni liste attesa ricoveri in Edotto da parte del personale della propria UOC e UOS;
- verifica, laddove previsto, utilizzo software cartella clinica ambulatoriale da parte del proprio personale;
- verifica, laddove previsto, utilizzo software cartella clinica ricoveri;
- verifica l'osservanza dell'obbligo di utilizzo di agende dedicate interne per la prenotazione delle prestazioni relative a pazienti già noti al Servizio Sanitario Regionale, affetti da patologie croniche o da altra patologia (ad esempio malattie rare). Le prestazioni da erogare a tali pazienti non potranno essere considerate quali prestazioni di "primo accesso", e quindi **devono essere prenotate direttamente dagli ambulatori che hanno curato il "primo accesso" o che hanno in carico tali pazienti** (cfr. paragrafo 5.2 della Delibera di Giunta Regionale n.735 del 18.04.2019 ed allegato 3 della DGR n.262/2023).

A.5 IL DIRIGENTE MEDICO DI AMBULATORIO

- compila le agende di specialistica ambulatoriale in modo conforme alle disposizioni del presente regolamento ed alle vigenti disposizioni normative nazionali e regionali;

- effettua direttamente, o per il tramite degli operatori dell'ambulatorio, l'accettazione nel software cup degli assistiti esenti e dei paganti con PAGOPA;

- effettuala registrazione, o per il tramite degli operatori dell'ambulatorio, nel software CUP degli assenti all'appuntamento;

- utilizza, laddove previsto, software cartella clinica ambulatoriale;

- utilizza **obbligatoriamente** le agende dedicate interne per la prenotazione delle prestazioni relative a pazienti già noti al Servizio Sanitario Regionale, affetti da patologie croniche o da altra patologia (ad esempio malattie rare). Le prestazioni da erogare a tali pazienti non potranno essere considerate quali prestazioni di "primo accesso", e quindi devono essere prenotate direttamente dagli ambulatori che hanno curato il "primo accesso" o che hanno in carico tali pazienti (cfr. paragrafo 5.2 della Delibera di Giunta Regionale n.735 del 18.04.2019 ed allegato 3 della DGR n.262/2023).

A.6 IL RESPONSABILE CUP AZIENDALE

- garantisce che le agende siano informatizzate entro i tempi previsti dal presente regolamento;
- monitora periodicamente le agende delle prenotazioni SSN e pagamento;
- invia periodicamente reportistica delle agende non proiettate ad almeno 365 gg (pari ad almeno un anno) alle strutture aziendali ed alla Direzione Strategica;
- monitora le disponibilità presenti nelle agende che pervengono e che non rispondono a quanto previsto dal paragrafo "Predisposizione agende degli appuntamenti", comunicando le risultanze alla Direzione Sanitaria aziendale per le azioni che saranno ritenute opportune;
- verifica periodica del prenotato e non erogato;
- verifica delle prescrizioni dematerializzate;
- provvede all'invio trimestrale della reportistica su attività ambulatoriale SSN erogata, confrontando l'anno precedente ed il medesimo periodo 2019 (pre-Covid);
- fornisce indicazioni su organizzazione delle Casse CUP, organizzazione e predisposizione informatizzata delle agende (redatte sugli appositi modelli e controfirmate dai Responsabili degli ambulatori e dal Direttore Medico del P.O. /Distretto/Dipartimento) e delle prenotazioni;
- verifica il percorso per il coinvolgimento delle strutture private accreditate per abbattere le liste di attesa nella diagnostica strumentale, utilizzando le disponibilità previste nell'ambito dei tetti;
- verifica le procedure per accelerare l'informatizzazione e la correttezza delle procedure nel software CUP;
- organizza il *recall* per abbattimento liste attesa, avendo a disposizione un operatore addetto;
- trasmette ai competenti uffici regionali, secondo le scadenze stabilite dalla normativa vigente, i dati di monitoraggio distinti per classi di priorità sui tempi d'attesa nell'erogazione di tutte le prestazioni eseguite sia in attività istituzionale che in attività libero-professionale intramuraria (ALPI);
- trasmette, altresì, i dati relativi alle prenotazioni delle 4 settimane indice definite dal PNGLA
- trasmette i dati delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale, delle sospensioni delle attività di erogazione, delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività ALPI nelle 4 settimane indice definite dal PNGLA;
- monitora l'effettiva inclusione di tutte le agende di prenotazione (strutture pubbliche e private accreditate, attività istituzionale e ALPI) nel sistema CUP; non sono informatizzate né inserite nel CUP la branca di patologia clinica e le prestazioni cicliche di fisiokinesiterapia delle strutture provate accreditate;
- cura l'inserimento nel software CUP dei medici autorizzati allo svolgimento di attività in regime ALPI, unitamente alle relative prestazioni autorizzate;
- invia periodicamente alla Direzione Strategica, d'intesa con il Direttore della UOC Controllo di Gestione, i report con analisi delle prenotazioni ed erogazioni dell'attività ambulatoriale, evidenziando eventuali problematiche;
- verifica la pubblicazione sul sito aziendale di tutti i dati oggetto di monitoraggio, del Programma Attuativo Aziendale e di tutte le informazioni utili al cittadino per la gestione delle prenotazioni

A.7 IL COORDINATORE UFFICIO ALPI

Il Coordinamento Ufficio ALPI, afferente alla UOC Area Gestione del Personale si occupa dell'attività libero-professionale intramoenia, in applicazione del R.R 2/2016.

In particolare, detto Ufficio:

- cura l'iter amministrativo ed autorizzativo per lo svolgimento dell'ALPI, interfacciandosi con la Direzione Sanitaria Aziendale
- gestisce le prenotazioni dell'attività libero-professionale;
- monitora mensilmente i volumi e i tempi d'attesa delle prestazioni erogate in ALPI;
- provvede alla corretta tenuta di tutta la documentazione relativa all'ALPI.

Si rimanda al regolamento aziendale ALPI in fase di predisposizione.

A.8 IL RESPONSABILE UNICO LISTE ATTESA (RULA)

In attuazione dell'art. 3 della legge regionale 28 marzo 2019, n. 13 nonché di quanto stabilito al punto 5) della DGR n. 262/2023, le Aziende Sanitarie ed Enti del Servizio Sanitario Regionale, assicurano, mediante il Responsabile Unico Liste d'Attesa (RULA), lo svolgimento delle attività di monitoraggio e sorveglianza sulla gestione delle Liste d'attesa in regime di ricovero o specialistica ambulatoriale.

Nelle more dell'individuazione del nuovo RULA aziendale che, ai sensi della DGR 735/2019, deve essere figura diversa dal CUP Manager, le attività vengono così distribuite:

- sorveglianza sulla gestione delle Liste d'attesa in regime di ricovero o specialistica ambulatoriale di competenza dei Direttori Medici dei Presidi Ospedalieri e dei Direttori di Distretto che si coordineranno con la Direzione Sanitaria Aziendale;
- invio dei dati previsti per il monitoraggio delle liste di attesa ed invio periodico alla Direzione Strategica dei tempi di attesa risultanti dal monitoraggio delle prestazioni PNGLA ex post ed ex ante, come pubblicati sul Portale Regionale e della reportistica relativa alle agende SSN e solventi di competenza del Responsabile CUP;
- invio alla Direzione Strategica della reportistica mensile relativa all'attività istituzionale ed ALPI e per singolo professionista di competenza dell'Ufficio ALPI;
- trasmissione periodica dei report dell'attività istituzionale ed ALPI obbligatori previsti dalla L.R. 13/2019 e DGR n. 1568/2023 al Portale Regionale e report mensili relativi all'attività istituzionale ed ALPI e per singolo professionista di competenza dell'Ufficio ALPI.

Si rimanda a successivo documento la definizione dei compiti specifici del RULA.

A.9 L'ORGANISMO PARITETICO DI PROMOZIONE E VERIFICA DELL'ALPI

L'Organismo Paritetico di Promozione e Verifica dell'ALPI è istituito dall'art. 6 del **R.R. 11.02.2016 n. 2** avente oggetto "Linee guida sull'attività libero professionale intramuraria del personale dipendente della Dirigenza Medica, Veterinaria e del Ruolo Sanitario delle Aziende del S.S.R.", "Allo scopo di garantire il corretto esercizio dell'ALPI, nonché di verificare le eventuali condizioni di incompatibilità dei singoli professionisti o delle équipes di professionisti è costituito l'Organismo Paritetico di Promozione e Verifica dell'ALPI.

Tale Organismo ha il compito di:

• controllare e valutare i dati relativi all'ALPI e i suoi effetti sull'organizzazione complessiva, con particolare riguardo al controllo del rispetto dei volumi di attività libero professionale precedentemente concordati, che tassativamente non possono superare i volumi di attività istituzionale assicurati;

• segnalare al Direttore Generale i casi in cui si manifestino variazioni quantitative tra le prestazioni istituzionali e quelle rese in regime di ALPI, ovvero variazioni qualitative ingiustificate;

• proporre al Direttore Generale provvedimenti migliorativi o modificativi dell'organizzazione dell'ALPI e del suo regolamento;

• esprimere parere preventivo al Direttore Generale in merito all'irrogazione di eventuali sanzioni agli operatori sanitari, in ordine all'ALPI;

• dirimere, in assenza del Collegio di Direzione, le vertenze riguardanti gli operatori sanitari in ordine all'ALPI.

Il Direttore Generale, sentita la Commissione paritetica, può sospendere o revocare dall'esercizio dell'ALPI i singoli operatori sanitari, qualora sussistano le condizioni di cui all'art. 13 "Revoca e sospensione dell'esercizio dell'A.L.P.I." del citato Regolamento regionale n. 2/2016.

B) PERCORSI DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI E DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE

Il regolamento è articolato tenendo conto della logica sequenza temporale delle fasi che compongono l'accesso alle prestazioni e che di seguito sono riportate.

B.1 PRIMO ACCESSO
B.2 PAZIENTI GIÀ NOTI PATOLOGIE CRONICHE
B.3 PRENOTAZIONE DELLA PRESTAZIONE AMBULATORIALE O DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE
B.4 MANCATA DISDETTA

B.1 PRIMO ACCESSO

Il **primo accesso** al Sistema Sanitario Regionale[1] (la prima visita specialistica e/o prestazione di diagnostica strumentale) è gestito dal medico di medicina generale / pediatra di libera scelta (MMG/PLS) o specialista al quale si raccomanda quanto segue:

- le prestazioni dovranno essere prescritte utilizzando la cosiddetta "ricetta dematerializzata". E' possibile utilizzare la ricetta rossa cartacea (compilata sempre in formato elettronico e con i relativi codici) solo nei casi in cui risulti impossibile ricorre a quella dematerializzata elettronica[2];
- è necessario che nella ricetta sia indicato in modo chiaro il "quesito diagnostico";
- ai fini dell'appropriatezza prescrittiva, le classi di priorità riportate in ricetta dovranno essere compatibili con i criteri del vigente manuale RAO[3]. Nel caso il medico ritenga opportuno discostarsi da tali criteri è necessario che lo stesso indichi le relative motivazioni riportandole nel campo "quesito diagnostico";
- il medico di medicina generale / pediatra di libera scelta (MMG/PLS), di regola, prescrive agli assistiti le prime visite e le prestazioni di primo accesso;
- è necessario che il medico di medicina generale / pediatra di libera scelta (MMG/PLS) comunichi all'UCAD aziendale i casi di mancata prescrizione di ricetta da parte degli specialisti nel corso di erogazione di visite o dimissioni in regime istituzionale (come ad esempio richieste di prestazioni di controllo, follow-up, prestazioni strumentali effettuate dallo specialista su carta intestata e consegnata al paziente, invitandolo a rivolgersi al medico di famiglia per l'emissione delle ricette). Tale comunicazione è finalizzata a consentire all'ASL BR di monitorare il fenomeno in modo da adottare i conseguenti interventi organizzativi correttivi;

---

[1] *La prima visita specialistica/prestazione è quella che rappresenta il primo accesso dell'assistito al Sistema Sanitario Regionale relativamente ad un problema di salute che viene clinicamente affrontato per la prima volta. 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. Nel caso di un paziente cronico, esente per patologia, come esplicitato dalla Circolare del Ministero della Salute n. 13 del 13 dicembre 2001, si considera primo accesso, la visita o l'esame strumentale necessari per valutare un nuovo problema clinico, non correlato alla patologia di esenzione; la riacutizzazione della patologia cronica che necessita di tempestiva rivalutazione, pur essendo una visita successiva alla prima prescritta, e in quanto tale, è da trattare amministrativamente come "controllo", dovrà essere organizzativamente gestita come una prima visita con inserimento negli spazi delle agende prioritarizzate al fine di assicurare la prestazione in tempi appropriati."*

[2] La prescrizione, di norma, deve essere effettuata tramite ricetta dematerializzata (sistema SIST) tranne il caso in cui il prescrittore sia impossibilitato ad utilizzare il sistema informatizzato per problematiche tecniche (vedasi DGR n. 1397/2011, D.M. 2/11/2011, DGR n. 479/2014, DGR n. 735/2019, DGR n. 262/2023).

[3] Manuale RAO – Agenas luglio 2020).

- Il medico di medicina generale / pediatra di libera scelta (MMG/PLS) o specialista è tenuto a verificare di non aver prescritto più ricette, per lo stesso paziente, con le medesime prestazioni e relative allo stesso periodo.

B.2 PAZIENTI GIÀ NOTI PATOLOGIE CRONICHE

Obbligo dell'utilizzo di agende dedicate interne per la prenotazione delle prestazioni relative a pazienti già noti al Servizio Sanitario Regionale, affetti da patologie croniche o da altra patologia (ad esempio malattie rare). Le prestazioni da erogare a tali pazienti non potranno essere considerate quali prestazioni di "primo accesso", e quindi devono essere prenotate direttamente dagli ambulatori che hanno curato il "primo accesso" o che hanno in carico tali pazienti (cfr. paragrafo 5.2 della Delibera di Giunta Regionale n.735 del 18.04.2019 ed allegato 3 della DGR n.262/2023).

B.3 PRENOTAZIONE DELLA PRESTAZIONE AMBULATORIALE O DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE O DISDETTA DI PRENOTAZIONI GIÀ EFFETTUATE

CANALI DI PRENOTAZIONE/CANCELLAZIONE:

L'assistito può effettuare la prenotazione/cancellazione della prestazione prescritta dal medico utilizzando i seguenti canali:

- **Piattaforma Web** accedendo al sito del portale regionale della salute https://www.sanita.puglia.it/web/asl-brindisi/servizi-online
  Per utilizzare tale modalità di prenotazione l'assistito deve munirsi di ricetta rilasciata dal medico in forma elettronica o cartacea (quest'ultima denominata ricetta rossa che sarà emessa nei casi previsti nell'art.1 lettera a del presente regolamento) di tessera sanitaria e di indirizzo mail (dove verrà inviato il coupon di prenotazione).
- **Farmacie convenzionate o Parafarmacie autorizzate (farmacup)**: prenotazioni presso le farmacie o parafarmacie (autorizzate se presente un farmacista) della provincia durante l'intero orario di apertura.
- **Numero Verde 800888388**: prenotazioni telefoniche nella fascia oraria 8.00-19.00 dal lunedì al venerdì, attivo solo da rete fissa. Cancellazione 24 ore/su 24 e 7gg /su 7.
- **Numero 080 9181603**: prenotazioni telefoniche nella fascia oraria 8.00-19.00 dal lunedì al venerdì attivo da rete fissa e da cellulare. Cancellazione 24 ore/su 24 e 7gg /su 7.
- **Sportelli CUP** (Centro Unico di Prenotazione CUP) presenti nelle strutture sanitarie pubbliche della provincia;
- **Accesso alla Rete Oncologica Pugliese**: Centro di Orientamento Oncologico (COrO)

Sulla pagina web https://www.sanita.puglia.it/web/asl-brindisi/cup del Portale Regionale della Salute sono riportati i casi in cui non è possibile effettuare le prenotazioni secondo le modalità di cui ai precedenti punti. Nella stessa pagina sono inoltre riportate le modalità di accesso ai suddetti casi, in particolare rientrano le prestazioni per le quali, ai sensi della normativa nazionale e regionale vigente, è consentito l'accesso diretto alle strutture pubbliche (senza prescrizione) o l'accesso libero (con prescrizione, ma senza previa prenotazione) a particolari tipologie di assistiti (pazienti in trattamento dialitico, soggetti affetti da HIV, ecc.). In tali casi gli ambulatori aziendali devono definire apposite agende riservate.

E' fatto obbligo, a tutte le strutture ambulatoriali aziendali, per il tramite delle proprie Direzioni Mediche Ospedaliere o Direzioni di Distretto o Direzioni di Dipartimento, comunicare alla Direzione

Sanitaria Aziendale, eventuali prestazioni[4], compresi i day service, per le quali non è possibile procedere alla prenotazione tramite tutti i consueti canali prenotativi e per le quali occorre stabilire e comunicare all'utenza i canali previsti di prenotazione; tali casi dovranno essere adeguatamente motivati. Qualora la richiesta dovesse essere accettata dalla Direzione Strategica, la stessa sarà riportata nella apposita sezione del Portale Regionale.

PRENOTAZIONE TRAMITE PIATTAFORMA WEB, FARMACIE CONVENZIONATE E NUMERO VERDE

L'assistito per effettuare la prenotazione utilizzando detti canali deve munirsi:

- di ricetta rilasciata dal medico in forma elettronica o cartacea (quest'ultima denominata ricetta rossa che sarà emessa nei casi previsti nell'art.1 lettera a. del presente regolamento)
- di tessera sanitaria
- di indirizzo mail dove verrà inviato il coupon di prenotazione (relativamente ai contenuti del coupon si rimanda al paragrafo "Il contenuto del coupon di prenotazione"

Nel caso in cui l'assistito, utilizzando le suddette modalità, non dovesse trovare appuntamenti disponibili, può recarsi al punto CUP per effettuare ulteriori verifiche ed eventualmente attivare le procedure di presa in carico.

PRENOTAZIONE TRAMITE SPORTELLO CUP

Il servizio Cup/Cassa ticket è svolto dall'ASL BR per il tramite del personale della società Sanitaservice s.r.l..

L'attività degli Sportelli CUP è funzionalmente correlata a quella svolta dagli ambulatori aziendali eroganti le prestazioni. Pertanto, il fabbisogno del personale necessario al funzionamento degli sportelli CUP, gli orari di apertura degli stessi e l'organizzazione dei turni sono definiti dalle Direzioni degli Ospedali e dei Distretti dove sono allocati detti sportelli.

Gli Sportelli ubicati nella Sede di Ostuni Ospedale/Distretto dipendono dalla Direzione del Distretto n. 2 di Fasano.

L'ADDETTO ALLO SPORTELLO CUP

L'addetto allo sportello CUP che riceve l'assistito per effettuare la prenotazione di un appuntamento deve svolgere i seguenti compiti:

- riferire all'assistito la prima data disponibile che viene proposta dal sistema informativo aziendale NCUP e la relativa struttura di erogazione della prestazione;
- registrare nel sistema informativo NCUP l'accettazione o meno della prima disponibilità da parte dell'utente;
- consegnare all'assistito il coupon di prenotazione[5] in caso di accettazione dell'appuntamento proposto;
- qualora l'assistito non accettasse la prima data disponibile, l'operatore fornisce a quest'ultimo la data della disponibilità successiva (nella stessa struttura o in altre strutture) comunicandogli, in tal caso, il venir meno dell'obbligo, da parte dell'ASL BR, del rispetto dei tempi di priorità indicati in ricetta;

[4] Vedi DGR n. 463/2018 e Delibera di Giunta Regionale n.735 del 18.04.2019 ed allegato 3 della DGR n.262/2023. " nota r_puglia/AOO_005/PROT/18/11/2023/0008455 "Assistenza Specialistica Ambulatoriale - Nomenclatore tariffario e accesso alle prestazioni"".

[5] il numero di coupon di prenotazione è necessario per la successiva gestione della prenotazione e per l'eventuale pagamento anche in modalità online

- nei casi in cui l'assistito non accettasse l'appuntamento proposto, l'operatore CUP registra tale circostanza nel sistema NCUP;
- è tenuto a non esprimere pareri, anche se espressamente richiesti dall'utente, né dispensare consigli non richiesti, in merito alla scelta della tipologia di accesso, alla validità della prestazione, alla competenza dei professionisti, alla scelta della sede di erogazione o del medico erogatore, alla scelta della priorità;
- nei casi in cui non dovessero esserci appuntamenti disponibili nei tempi di priorità indicati nella ricetta l'operatore NCUP registra nel sistema NCUP di non aver effettuato la prenotazione**,** riportando i dati previsti, ponendo particolare attenzione alla registrazione dei contatti dell'assistito, al fine di consentire di effettuare eventuale attività di recall.

Qualora l'utente dovesse esigere l'ottenimento di un appuntamento nei tempi indicati dalla prescrizione e non sia stato possibile effettuare la prenotazione, l'operatore Cassa CUP dovrà consegnare allo stesso la stampa del modulo **"indisponibilità di appuntamenti"**[6] e:

- per le prescrizioni **con priorità U (entro 72 ore),** inviterà l'utente a rivolgersi all'addetto alla presa in carico individuato dalle Direzioni Mediche di Ospedale o di Distretto, le quali dovranno attivare le procedure di cui ai successivi punti;
- per le prescrizioni **con priorità B, D, P** provvederà:
  - ad effettuare la stampa della "indisponibilità di appuntamenti" da inserire in un apposito fascicolo che dovrà consegnare alle ore 13:00 di ogni giorno all'addetto alla presa in carico individuato dalle Direzioni Mediche di Ospedale o di Distretto (le stampe relative alla giornata del sabato saranno consegnate nel corso della mattinata del lunedì successivo);
  - a comunicare all'utente che sarà contattato dalle Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero e/o di Distretto

Qualora l'utente sia in possesso di una prenotazione e dovesse contestualmente esigere l'ottenimento di un appuntamento nei tempi indicati dalla prescrizione, l'operatore CUP lo informerà della necessità di cancellare preventivamente la prenotazione e poi procedere al rilascio del modulo della registrazione indisponibilità.

L'addetto CUP deve inoltre comunicare all'assistito che potrà essere contattato dai servizi aziendali per eventuali prenotazioni o modifiche di prenotazioni.

Si specifica che il software CUP è in fase di aggiornamento secondo le specifiche richieste dall'Azienda.

IL CONTENUTO DEL COUPON DI PRENOTAZIONE

La prenotazione di una prestazione è attestata da specifico numero di coupon di prenotazione. Detto coupon è necessario per la gestione della prenotazione, per l'eventuale pagamento del ticket e per la relativa erogazione della prestazione.

La stampa del coupon di prenotazione contiene:

- un promemoria con indicate data, ora, codice di priorità, tipo di agenda, sede di esecuzione della prestazione;
- l'informativa specifica, qualora prevista, per la preparazione alla prestazione;

[6] Modulo di registrazione dell'accesso dell'utente che non ha effettuato la prenotazione (in possesso delle sole Casse CUP). Il modulo di registrazione indisponibilità può essere gestito solo dall'Operatore di Cassa CUP (qualora sia stata registrata l'indisponibilità da Call center o altra Cassa CUP, l'Operatore di Cassa CUP, momentaneamente dovrà farne richiesta al Centro servizi tecnico CUP, sino all'adeguamento del software, richiesta effettuata in attesa di adeguamento).

- l'informativa riguardo alle modalità di disdetta della prenotazione e le relative penali;
- le informazioni relative alle modalità di pagamento del ticket, se dovuto.

Il coupon di prenotazione può essere stampato:

- direttamente dal Cup o dalle Farmacie Convenzionate al momento della prenotazione
- dall'assistito, nel caso di prenotazione effettuata tramite portale web o tramite Call Center. In quest'ultimo caso il call center comunica all'assistito il numero di coupon; l'assistito potrà utilizzare il numero di coupon per effettuare la relativa stampa accedendo al portale web.

Ai fini della tracciabilità delle operazioni, se la prenotazione non è effettuata, gli operatori delle Casse CUP e del Call Center, registrano nel sistema CUP il relativo esito.

L'EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE DA PARTE DELL'AMBULATORIO

IL PAGAMENTO DEL TICKET

Il paziente prima di recarsi all'ambulatorio per ottenere la prestazione dovrà effettuare il pagamento del ticket, se dovuto.

Il pagamento può essere effettuato direttamente presso qualsiasi Sportello Cup dell'ASL BR o può essere effettuato on-line con il sistema Pago PA, tramite Portale Regionale.

L'EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE

Dopo aver effettuato il pagamento del ticket, l'assistito può recarsi all'ambulatorio munito di coupon di prenotazione e dell'attestazione di avvenuto pagamento del ticket.

Gli utenti che hanno pagato con Pago PA e gli assistiti esenti devono essere accettati direttamente dall'ambulatorio.

L'ambulatorio provvede ad effettuare l'accettazione dell'assistito nel sistema NCUP (l'accettazione può essere effettuata manualmente o utilizzando appositi lettori ottici) dopo aver verificato l'avvenuto pagamento del ticket, se dovuto, da parte dell'assistito.

Laddove lo specialista ravvisa la necessità di effettuare un'ulteriore prestazione, provvede ad effettuare le necessarie prescrizioni all'assistito (di regola con ricetta dematerializzata), come previsto dalla normativa, senza che questi sia rimandato al MMG o al PLS per la prescrizione.

Al fine di facilitare l'accesso alle prestazioni prescritte, garantendo una reale presa in carico del ~~suo~~ bisogno assistenziale, la prenotazione è inserita direttamente sul sistema CUP. In particolare:

a. Se trattasi di prestazioni erogabili dallo stesso ambulatorio di appartenenza del medico che effettua la prestazione di primo accesso, si provvederà ad assegnare all'assistito il relativo appuntamento utilizzando le specifiche agende riservate, senza che il paziente sia inviato al CUP;
b. Se trattasi di prestazioni non erogabili dallo stesso ambulatorio di appartenenza del medico che effettua la prestazione di primo accesso, lo stesso medico prescrive la prestazione e prenota su eventuali agende riservate se previste da PDTA; in caso non fossero previste agende riservate il medico invita l'utente a prenotare presso i consueti canali previsti.

NUOVI PAZIENTI ED ACCESSO ALLA RETE ONCOLOGICA PUGLIESE: CENTRO DI ORIENTAMENTO ONCOLOGICO (CORO)

Il Centro di Orientamento Oncologico (C.Or.O.) è un servizio regionale che nasce allo scopo di orientare e supportare l'ingresso dei **nuovi pazienti** nella Rete Oncologica Pugliese, indirizzarli ai Gruppi di Patologia Interdisciplinari, assicurarne l'avvio della presa in carico e tenere traccia dell'intero percorso diagnostico-terapeutico fungendo anche da punto di riferimento per il disbrigo delle pratiche amministrative connesse al percorso di cura.

Funge, pertanto, da elemento cardine per la gestione della continuità assistenziale della persona ammalata attraverso il raccordo con gli altri C.Or.O., con i Medici di Medicina Generale e con altre strutture specialistiche secondo un modello che consente di ricevere un'assistenza sempre più qualificata ed evitare i viaggi della speranza per tante famiglie.

A livello aziendale, sono state istituite due sedi del C.Or.O.:

SEDE COrO BRINDISI c/o Oncologia Ospedale Perrino
Telefono: 0831 537980
SEDE COrO FRANCAVILLA FONTANA c/o Oncologia Ospedale Camberlingo
Telefono: 0831 851510
Giorni ed orari: dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle 14:00
NUMERO VERDE RETE ONCOLOGICA PUGLIESE 800 185 003

I compiti del C.Or.O. sono:

- accogliere e orientare il paziente con sospetta neoplasia;
- prenotare gli esami e/o le visite necessarie alla diagnosi di neoplasia;
- rilasciare l'esenzione ticket (048) temporanea o definitiva;
- avviare il paziente al percorso terapeutico indirizzandolo alla U.O. competente.

Al C.Or.O. sono riservate le agende di cui al precedente punto relative a:

a. prestazioni di diagnostica strumentale erogabili dalle strutture private accreditate rese disponibili mensilmente;
b. prestazioni di altre branche erogabili dagli ambulatori aziendali;
c. prestazioni di diagnostica strumentale erogabili dagli ambulatori aziendali facendo ricorso all'istituto contrattuale delle "prestazioni aggiuntive", ove previste;
d. prestazioni di altre branche erogabili dagli ambulatori aziendali facendo ricorso all'istituto contrattuale delle "prestazioni aggiuntive", ove previste.

PAZIENTI ONCOLOGICI E/O EMATOLOGICI SEGUITI DAGLI AMBULATORI AZIENDALI

I pazienti già conosciuti dagli ambulatori di oncologia, ematologia e radioterapia devono essere gestiti direttamente ed esclusivamente dagli ambulatori da cui sono assistiti (ambulatorio di presa in carico), a prescindere dalla residenza e/o domicilio.

A tali assistiti sono riservate le agende riservate/criptate di cui al successivo paragrafo "Tipologia agende" e all'ambulatorio di presa in carico deve essere abilitato l'accesso:

- alle agende relative alle prestazioni di diagnostica strumentale erogabili dalle strutture private accreditate rese disponibili mensilmente;
- alle agende relative alle prestazioni di diagnostica strumentale erogabili dagli ambulatori aziendali facendo ricorso all'istituto contrattuale delle "prestazioni aggiuntive", ove previste;
- alle agende relative alle prestazioni di altre branche erogabili dagli ambulatori aziendali facendo ricorso all'istituto contrattuale delle "prestazioni aggiuntive", ove previste.

La presente disposizione consente di assicurare la continuità dei percorsi di controllo/follow-up presso la stessa struttura erogatrice di oncologia, ematologia e radioterapia: l'ambulatorio di oncologia e/o ematologia e/o radioterapia dovrà provvedere non solo alla prescrizione della visita di controllo e degli eventuali esami clinico diagnostici, ma anche alla loro prenotazione.

A tal proposito le suddette strutture concorderanno con le UU.OO. dei PP.OO. e/o dei Distretto ulteriori agende riservate ed avranno cura di comunicare all'Ufficio CUP aziendale eventuali codici fiscali degli operatori da abilitare alle prenotazioni delle suddette agende.

PAZIENTI ONCOLOGICI E/O EMATOLOGICI SEGUITI DAGLI AMBULATORI NON APPARTENENTI ALLA ASL BR

Le prenotazioni dei suddetti pazienti rientrano nella presa in carico di cui alla Sezione C "Percorso di Tutela".

CENTRO TERRITORIALE MALATTIE RARE

La DGR n. 225 del 23.02.2017 ha previsto l'istituzione presso le AA.SS.LL. del Centro Territoriale per la facilitazione di accesso delle persone affette da malattie rare e delle famiglie "Il filo di Arianna".

Il Centro è punto di riferimento aziendale per tutti gli stakeholders per le Malattie Rare, assumendo il ruolo di punto di indirizzo ed orientamento, facilitatore delle comunicazioni fra i vari attori del processo assistenziale, promotore di aggiornamento del know-how aziendale, garante dell'allineamento delle prestazioni agli standard nazionali ed internazionali, nell'ambito delle risorse disponibili.

Il team lavora in collaborazione con i Distretti Socio-Sanitari di residenza degli assistiti.

Piazza Di Summa - BRINDISI
telefono: 0831 510416
email: cio.malattierare@asl.brindisi.it

LA PREDISPOSIZIONE DELLE AGENDE DEGLI APPUNTAMENTI

L'AGENDA DI PRENOTAZIONE

L'agenda di prenotazione rappresenta lo strumento operativo del CUP. La costruzione dell'agenda avviene definendo uno spazio temporale di erogazione. L'intera offerta di prestazioni di ciascuna Azienda o Istituto viene definita esclusivamente tramite la costruzione delle agende, in funzione dei diversi regimi di erogazione.

CARATTERISTICHE DELL'AGENDA.

- deve essere gestita con modalità esclusivamente elettroniche;
- definisce le prestazioni erogabili dall'ambulatorio;
- deve riportare il numero di disponibilità per ciascuna priorità prevista per l'attività ambulatoriale:
  U: entro 72 ore
  B: entro 10 giorni
  D: entro 30 giorni le visite; entro 60 giorni prestazioni strumentali
  P: Programmabili entro 120 giorni
- deve riportare la durata di ciascuna prestazione.

In particolare:

a) per le prestazioni di diagnostica strumentale, sia le strutture pubbliche che le strutture private accreditate si attengono alle linee guida SIRM "MODELLO DI APPROPRIATEZZA PRESTAZIONALE QUALI – QUANTITATIVA IN DIAGNOSTICA PER IMMAGINI. Rev 2.0 edizione 2022, nelle quali si riporta, per prestazione, la tempistica di esecuzione prevista.
b) tutte le prestazioni delle rimanenti branche si dovrà assicurare, di norma, la seguente tempistica di esecuzione:

- **un assistito, con una o più prestazioni, ogni 30 minuti in caso di primo accesso;**
- **un assistito, con una o più prestazioni, ogni 20 minuti in caso di accessi successivi.**

Qualora non fosse possibile assicurare quanto previsto dal punto b) occorrerà che il responsabile dell'ambulatorio provveda ad inviare al Direttore di P.O. e/o Distretto di riferimento eventuali osservazioni.

Quest'ultimo provvederà a confrontarsi con la Direzione Sanitaria aziendale.

L'azienda esaminerà le richieste pervenute con i responsabili di branca e con i rappresentanti di categoria nei Comitati Aziendali previsti dai rispettivi contratti di riferimento (CCNL/AIR) della dipendenza e dei convenzionati.

L'agenda deve inoltre:

- riportare la fascia oraria e i giorni della settimana di erogazione delle prestazioni;
- riportare le modalità di accesso ai canali prenotativi;
- riportare se la stessa debba avere limitazioni per età e/o sesso e/o esenzione e/o comune residenza/domicilio ed in tal caso indicare il motivo della limitazione;
- indicare il motivo per cui deve essere criptata/riservata;
- nei casi di agende riservate dedicate ai day service o a particolari prestazioni è obbligatorio riportare sul sito aziendale come accedere alle suddette prestazioni;
- riportare eventuali preparazioni o esami propedeutici.

Le agende delle strutture pubbliche devono essere organizzate in modo da consentire sempre la prenotazione della prestazione da parte dell'assistito e/o dell'ambulatorio e devono essere proiettate almeno a 365 giorni.

E' fatto divieto di sospensione dell'attività di prenotazione, se non adeguatamente motivata.

La violazione di tale divieto è soggetto alle sanzioni amministrative come da articolo 1, comma 282 e 284, della legge n. 266/ 2005.

Qualora sia necessario chiedere la sospensione, è obbligatorio indicarne la motivazione tra quelle previste dal Ministero:

1. Inaccessibilità alla struttura
2. Guasto macchina
3. Indisponibilità del personale
4. Indisponibilità materiale/dispositivi
5. Assenze programmate (nella stessa rientrano ferie, 104, congressi, aggiornamenti, etc. - ossia tutto quello che già previsto non consente prenotazioni e conseguenti disagi agli utenti nelle giornate indicate)
6. riprogrammazione agende (modifica orario, spostamento ambulatorio, cambio turno, ecc. – ossia tutto quello che consente di contattare gli utenti per spostare ed effettuare le prestazioni prenotate)
7. Chiusura definitiva dovuta a riorganizzazione dei servizi offerti

Gli ambulatori possono programmare la proiezione delle agende prevedendo la sospensione delle attività per un periodo pari a 5 gg lavorativi ogni tre mesi; tanto al fine di consentire eventuali recuperi dovuti a guasti tecnici o problemi con il personale.

Nel caso in cui non siano previsti i suddetti recuperi, sarà necessario ripristinare le giornate dell'agenda precedentemente. Pertanto lo specialista dovrà farne richiesta con un preavviso di almeno 7 giorni lavorativi al Dirigente Medico referente agende individuato all'interno dei PP.OO. e dei Distretti.

Il Dirigente Medico di Direzione di PO e di DSS, coadiuvato dall'addetto agende, comunicherà la richiesta di proiezione dell'agenda alla mail agendecup@asl.brindisi.it .

Medesima tempistica dovrà essere osservata per eventuali giorni di sospensione previsti per ferie e/o aggiornamenti. Qualora sia riferito ad un unico giorno la proiezione dovrà essere effettuata dall'addetto agende individuato dai PP.OO. e Distretto.

Tutti gli spostamenti degli appuntamenti non evasi a seguito di ferie/permessi/problemi tecnici, dovranno essere obbligatoriamente effettuati nel software CUP a cura degli operatori dello specifico ambulatorio.

Le agende delle strutture private accreditate devono essere organizzate mensilmente (tanto per effetto dei tetti Mensili stabiliti dalla normativa vigente). Le strutture Private accreditate di radiodiagnostica, di fisiokinesiterapia, di odontoiatria inviano all'Ufficio Cup Aziendale, entro il giorno 3 di ogni mese, le agende con le disponibilità del mese successivo, relative a tutte le prestazioni oggetto del contratto stipulato con la ASL. L'Ufficio CUP Aziendale potrà utilizzarle sino al 19 del mese per la gestione delle prese in carico e pubblicherà ~~a~~ su tutti i canali di prenotazione il 20 del mese le eventuali disponibilità residue.

TIPOLOGIE DI AGENDE

Le agende possono essere di due tipi:

Agenda di Primo contatto o primo accesso (agende aperte al pubblico)

Detta tipologia di agenda gestisce le prestazioni prescritte prevalentemente dal MMG/PLS, il cui quesito diagnostico necessita di certezza e tempestività della risposta, in base anche alla classe di priorità indicata dal medico prescrittore.

Agenda di presa in carico o secondo accesso (agende riservate/criptate)

gestisce le prestazioni solitamente richieste dal medico specialista di quei cittadini che, **già conosciuti dal sistema**, hanno la necessità di essere seguiti nel tempo, con certezza di programmazione dei tempi di erogazione. L'obiettivo in questo caso è di assicurare la risposta avvalendosi di una visibilità ad almeno 12 mesi, eventualmente da ampliare, secondo le cadenze specifiche del singolo percorso, che consenta comunque di comunicare all'utente la data programmata per il controllo già all'uscita dal servizio presso cui è in carico. Tali agende sono riservate, ossia accessibili solo al personale dell'ambulatorio e/o di altri ambulatori coinvolti nella gestione dell'utente.

Agenda controlli (agende aperte al pubblico)

gestisce le prestazioni solitamente richieste dal medico di medicina generale e/o specialista di quei cittadini che, già conosciuti dal sistema, hanno la necessità di effettuare prestazioni di controllo e che:

- o non sono stati presi in carico dai servizi per motivi particolari;
- o che non sono seguiti da diverso tempo.

PREDISPOSIZIONE – APPROVAZIONE – INSERIMENTO AGENDE IN NCUP

PREDISPOSIZIONE:

L'agenda è predisposta e sottoscritta dal Responsabile dell'ambulatorio utilizzando gli appositi moduli, che deve inoltrare, tramite l'addetto agende di riferimento, alla Direzione medica dell'Ospedale o alla Direzione del Distretto. In caso di UOSD le agende dovranno essere inviate alla Direzione Medica dell'Ospedale o alla Direzione del Distretto in cui l'ambulatorio è ubicato.

APPROVAZIONE:

L'agenda predisposta dal Responsabile dell'ambulatorio deve essere autorizzata dal Direttore Medico dell'Ospedale o dal Direttore del Distretto (entro massimo 5 giorni lavorativi). Nei casi di mancata rispondenza ai principi organizzativi stabiliti dal presente Regolamento, il Direttore Medico dell'Ospedale o il Direttore del Distretto provvederà a richiedere le modifiche opportune e/o modificare d'ufficio le agende che così si intenderanno approvate.

INSERIMENTO DELL'AGENDA NEL SISTEMA INFORMATIVO NCUP:

L'addetto agenda dell'Ospedale o del Distretto:

- invia a mezzo mail le agende approvate dalla Direzione Medica dell'Ospedale o del Distretto all'Ufficio Cup Aziendale (agendecup@asl.brindisi.it) per il successivo inserimento delle stesse nel sistema NCUP.
- effettua, su indicazioni dell'ambulatorio, la registrazione nel software CUP di eventuali sospensioni e riattivazioni giornaliere;
- verifica periodicamente la saturazione agende utilizzando gli *alert* presenti nel software CUP.

Il Responsabile del Cup aziendale assicura l'inserimento delle agende pervenute nel Sistema NCUP entro 5 gg lavorativi, in base all'ordine di arrivo. Gli operatori agende assegnati alla Direzione Medica del P.O. Perrino provvederanno ad inserire le agende degli ambulatori del P.O. Brindisi- San Pietro V.co, secondo le suddette indicazioni.

Le priorità delle agende inoltrate al Responsabile del CUP dalle strutture aziendali, sia pubbliche che private accreditate, possono essere modificate dallo stesso Ufficio, al fine di ottimizzare la capacità produttiva degli ambulatori rispetto alla esigenza dell'utenza.

B.4 MANCATE DISDETTE

La registrazione degli assistiti assenti all'appuntamento per prestazioni specialistiche ambulatoriali SSN (comprese quelle relative alla diagnostica strumentale) è effettuata nel sistema informativo NCUP, a cura degli addetti dell'ambulatorio che accertano la mancata o ritardata comunicazione da parte dell'assistito.

I Distretti Socio Sanitari e gli Stabilimenti Ospedalieri provvedono a trattare le pratiche relative ai casi verificatisi presso gli ambulatori e servizi aziendali di propria competenza.

I Distretti Socio Sanitari provvedono, altresì, a trattare i casi verificatisi presso le strutture private accreditate ubicate nel territorio di propria competenza, secondo le indicazioni riportate al seguente punto.

La predisposizione e l'invio degli avvisi bonari per il pagamento della penale prevista dalla DGR n°2268/2010 è effettuata dagli operatori individuati dalla Direzione del Distretto Socio Sanitario o dalla Direzione Amministrativa degli Stabilimenti Ospedalieri; a tal fine gli operatori dovranno accedere al software NCUP con il ruolo "Addetto rivalse".

Gli operatori di cui al suddetto punto provvedono a stampare gli elenchi degli assistiti a cui inviare l'avviso bonario; a tal fine dovranno utilizzare i report "Riepiloghi appuntamenti Disdetti" e "Notifiche di sanzione", disponibili nel sistema informativo NCUP, selezionando le causali "Mancata disdetta", "Disdetta tardiva", "Modifica Tardiva".

E' opportuno evidenziare quanto di seguito rappresentato:

- l'accettazione degli assistiti nel sistema NCUP deve essere effettuata prima della erogazione della prestazione ed a cura degli addetti dei relativi ambulatori.

- le informazioni riguardanti le mancate/tardive disdette dovrebbero transitare direttamente dal sistema informativo Cartella Clinica Elettronica e dal sistema informativo per la diagnostica per immagini SIRDIMM verso il sistema NCUP. Ad oggi, però, tale automatismo non è stato ancora implementato dalle società che gestiscono detti sistemi informativi. Pertanto occorre che tale informazione sia registrata manualmente in NCUP dal personale degli ambulatori, selezionando la voce "assistito assente all'appuntamento".

Lo spostamento o cancellazione degli appuntamenti per cause non imputabili all'assistito (ad esempio per problemi tecnici riguardanti l'improvvisa indisponibilità delle attrezzature o del personale) deve essere effettuata tempestivamente dagli addetti degli ambulatori nel sistema informativo NCUP, specificandone la relativa motivazione. Tanto al fine di non indurre gli uffici amministrativi ad avviare errate procedure di applicazione di sanzioni nei confronti degli utenti, i quali vengono, peraltro, automaticamente avvisati dal sistema APP-IO.

Qualora si dovesse modificare il motivo di cancellazione della prenotazione nel sistema NCUP, le Direzioni Amministrative dei PP.OO e/o dei Distretti dovranno inviare apposita richiesta di modifica a mezzo mail al Centro Servizi CUP gestito dalla Società Exprivia: hdcup@exprivia.com.

Sono soggetti all'irrogazione della penale di cui alla D.G.R. n. 2268/2010, gli assistiti cittadini che non hanno effettuato la disdetta delle prenotazioni almeno 48 ore lavorative prima della data fissata per l'appuntamento, utilizzando i diversi canali di comunicazione messi a disposizione dell'ASL BR (call center, portale salute, cassa CUP). La suddetta penale è equivalente all'importo del ticket previsto per la prestazione prenotata, anche nei confronti degli assistiti titolari di esenzione. Ai fini della comminazione della sanzione si fa presente che il sabato è considerato festivo.

Nel caso di assistito assente all'appuntamento ma con pagamento del ticket già avvenuto, la Società Exprivia, fornitrice del software NCUP, dovrà impedire l'emissione del rimborso all'assistito (in tali casi il relativo coupon con causale "mancata disdetta", "disdetta tardiva" o "Modifica Tardiva" non deve essere riportato nei report "Riepilogo appuntamenti disdetti" e "Notifica di Sanzione").

Gestione mancate/ritardate disdette di prestazioni prenotate presso gli ambulatori delle strutture private accreditate

Il Dirigente Responsabile della UOS Convenzioni dovrà:

- comunicare tempestivamente alle strutture private accreditate della branca di radiologia, FKT ed odontostomatologia, la necessità che le stesse dovranno registrare direttamente i casi di "assistiti assenti all'appuntamento" nel software NCUP;
- inserire il suddetto adempimento a carico delle strutture private accreditate nei relativi contratti;
- comunicare ai Distretti Socio Sanitari l'elenco delle strutture private accreditate ubicate nel territorio di competenza, in modo da consentire agli operatori dei Distretti Socio Sanitari che accedono al sistema NCUP con il ruolo "Addetto Rivalse", di elaborare ed inoltrare, anche per tali strutture private, le pratiche di mancata/tardiva disdetta, così come riportato al precedente punto.

C. PERCORSO DI TUTELA: PRESA IN CARICO DEGLI ASSISTITI

Il percorso di tutela è riservato solo per gli assistiti residenti e/o domiciliati nella ASL BR.

L'assistito che non riesce ad ottenere l'appuntamento nei tempi di priorità indicati nella ricetta può accedere al percorso di presa in carico che può essere avviato **solo attraverso gli Sportelli CUP**, secondo la seguente procedura:

PRESA IN CARICO DI I LIVELLO

Le Direzioni delle Macrostrutture gestiscono tutte le richieste di presa in carico pervenute. Presso le Direzioni sono individuati **uno o più Dirigenti medici**[7] **addetti alla presa in carico** degli assistiti che dovessero esigere l'ottenimento di un appuntamento nei tempi indicati dalla prescrizione ed uno o più **addetti alla presa in carico** che operano su indicazioni dei medici sopra indicati.

A. GLI ADDETTI ALLA PRESA IN CARICO[8]

L'addetto alla presa in carico è inserito in un gruppo NCUP denominato "presa in carico" e accede al sistema con il ruolo di "ADDETTO GESTIONE REGISTRO INDISPONIBILITÀ.

- Potrà consultare:

  - le agende messe a disposizione delle strutture private accreditate di radiodiagnostica (si tratta di appuntamenti visibili dal giorno 6 al giorno 19 di ogni mese e riferiti alle disponibilità del mese successivo);
  - le eventuali agende attivate per la erogazione di prestazioni sanitarie da parte di sanitari autorizzati dalla Direzione Strategica allo svolgimento di prestazioni aggiuntive per abbattimento liste di attesa;

Per le prescrizioni **con priorità U (entro 72 ore),** riceverà l'assistito inviato dallo Sportello Cassa Cup, munito della stampa della "indisponibilità di appuntamenti" e verificherà nuovamente la possibilità d prenotare nelle agende di cui al punto precedente. In caso di indisponibilità di appuntamenti, l'addetto alla presa in carico provvederà a contattare la Direzione Medica di P.O. e/o Distretto, al fine di ottenere le indicazioni da fornire all'assistito;

Per le prescrizioni **con priorità B, D, P** provvederà:

- a verificare nuovamente la possibilità di prenotare nelle agende anzidette

- a gestire le richieste con priorità D e P di imminente scadenza, predisponendo i fascicoli in cui inserire le richieste di che trattasi e verificando periodicamente la possibilità di prenotazione, nel lasso di tempo previsto dalla priorità della ricetta [ad esempio, - *richiesta priorità D prestazione RMN prescritta il 01/10 dovrà essere prenotata entro il 30/11; pertanto l'addetto alla presa in carico potrà utilizzare le disponibilità sia di novembre che di ottobre, ed oltre se l'utente concorda];*[*ulteriore esempio, - richiesta con priorità P prestazione RMN prescritta il 01/10 dovrà essere prenotata entro 120 giorni, potranno essere utilizzate le disponibilità sino a gennaio e oltre o sino all'eventuale data di controllo, se previsto*].

Qualora non vi siano disponibilità nei tempi previsti dalla prescrizione l'addetto alla presa in carico può contattare il servizio agende aziendale, previa autorizzazione della Direzione Medica di P.O. e/o

[7] in caso di mancata individuazione e/o assenza del suddetto personale, il compito di cui sopra dovrà essere assolto dal Direttore di PP.OO. e/o di Distretto

[8] Qualora l'addetto alla registrazione della presa in carico sia individuato tra il personale Sanitaservice s.r.l., occorrerà che lo stesso abbia quale interlocutore l'addetto agende della struttura di riferimento

Distretto, per verificare la possibilità di modificare la priorità degli appuntamenti previsti in agenda e rimasti inutilizzati; tanto al fine di ottimizzare la capacità produttiva degli ambulatori rispetto alle esigenze dell'utenza.

Nei casi in cui sia stato possibile assegnare all'assistito un appuntamento utilizzando le modalità di cui ai precedenti punti, l'operatore della presa in carico dovrà:

a. riportare nel campo note del sistema NCUP la dizione "presa in carico" ed eventualmente l'inappropriatezza segnalata dalla Direzione Medica;
b. acquisire l'accettazione (anche telefonica) dell'appuntamento da parte dell'assistito, prima di registrare la prenotazione nel CUP;
c. verificare che l'assistito sia in regola con le indicazioni riportate sul coupon di prenotazione (disponibilità degli esami richiesti, di essere a conoscenza delle modalità di preparazione alla prestazione, essere in possesso dell'eventuale consenso informato, ecc.)
d. comunicare le modalità di acquisizione del coupon (Portale Online/ farmacie/casse CUP);
e. comunicare le modalità di pagamento (pago PA/Casse CUP) e gli orari di apertura delle Casse, in quanto occorrerà che l'utente, se non esente, paghi prima di effettuare la prestazione.

Nei casi in cui non sia stato possibile assegnare all'assistito un appuntamento utilizzando le modalità di cui ai precedenti punti, l'operatore comunica tale circostanza al Dirigente Medico della presa in carico che provvede ad attivare la presa in carico di II livello di cui al successivo paragrafo.

Si è in attesa che il software CUP sia aggiornato al fine di consentire la registrazione della sede della "presa in carico", pertanto nel momento in cui la Società Exprivia comunicherà l'avvenuto adeguamento, l'addetto alla presa in carico registrerà nel software CUP il suddetto campo nel momento in cui l'utente è seguito dal PP.OO. e/o Distretto.

Qualora l'utente prenotato dovesse comunicare l'impossibilità ad effettuare la prenotazione nella nuova data indicata, l'addetto alla presa in carico dovrà registrare direttamente la cancellazione nel CUP, avvertendo l'assistito che la presa in carico risulta conclusa, non avendo accettato l'appuntamento proposto.

L'addetto alla presa in carico comunicherà alla Direzione Medica di P.O. e/o Distretto di appartenenza se dovessero pervenire dagli operatori Casse CUP prese in carico non conformi al presente regolamento, al fine di segnalarle alla Società Sanitaservice.

A. I DIRIGENTI MEDICI ADDETTI ALLA PRESA IN CARICO DOVRANNO:

- relativamente alle richieste di appuntamento che non possono essere evase nei tempi previsti dalla classe di priorità indicata nella ricetta di prenotazione, così come segnalate dall'addetto alla presa in carico, il Dirigente Medico potrà contattare gli ambulatori presenti nella propria struttura al fine di verificare la possibilità di dare seguito alla richiesta. In questo caso, l'ambulatorio che accetta di erogare la prenotazione provvederà a registrare nel software NCUP sia **la prenotazione che la relativa erogazione (quest'ultima da completare al momento della effettuazione)** registrando nel campo "note interne" del software NCUP la dizione "presa in carico". Nel caso non vi siano nella propria struttura ambulatori disponibili ad erogare la prestazione, provvederà ad autorizzare l'**addetto alla presa in carico** a contattare il servizio agende;

- segnalare, autonomamente o su indicazione degli specialisti, le prescrizioni emesse con priorità indicata in ricetta non coerente con il vigente Regolamento RAO[9]. La Segnalazione dovrà essere inserita nel sistema NCUP, per il tramite dell'addetto alla presa in carico, nel campo note interne di prenotazione specificando la dizione "inappropriata".

  A tal proposito al fine di analizzare l'inappropriatezza prescrittiva, il Responsabile CUP aziendale elabora periodicamente i report necessari, inviandoli alla Direzione Sanitaria ed al Responsabile UVARP e, per i MMG/PLS all'UACP aziendale.
- verificare periodicamente lo stato delle prese in carico non evase, che sono in possesso del personale individuato quale "addetto presa in carico".

LA PRESA IN CARICO DI II LIVELLO

Nel caso non fosse possibile trovare una soluzione, secondo le modalità previste al precedente punto, l'addetto alla presa in carico su disposizione della Direzione Medica o di Distretto dovrà inviare alla mail (ufficiocupaziendale@asl.brindisi.it) la richiesta di presa in carico di II livello, indicando:

- la dichiarazione di impossibilità ad erogare la prestazione secondo le modalità previste per la presa in carico di I livello;
- la stampa in pdf del modulo "**indisponibilità di appuntamenti"**;
- la comunicazione con cui il dirigente medico di presa in carico dichiara di aver accertato che l'assistito sia in possesso degli esami e dei referti necessari allo svolgimento della prestazione;
- le comunicazioni di impossibilità a prenotare le prescrizioni con priorità U potranno essere inviate all'ufficio CUP aziendale dal lunedì al giovedì; al fine della corretta tracciabilità dello stato di evasione delle richieste dovrà essere inviata una mail per ciascun assistito, indicando nell'oggetto la priorità della ricetta.
- per le restanti priorità B, D, P occorrerà inviare le richieste esclusivamente il martedì ed il giovedì e, per la tracciabilità dei casi, inoltrare sempre una mail per ciascun assistito, indicando nell'oggetto la priorità della ricetta.

IL RESPONSABILE CUP AZIENDALE

Il Responsabile del Cup Aziendale verificherà l'esistenza di appuntamenti disponibili, coerenti con la richiesta pervenuta, secondo le seguenti modalità:

- consultazione delle agende messe a disposizione delle strutture private accreditate di radiodiagnostica;
- consultazione delle agende attivate per la erogazione di prestazioni sanitarie da parte di sanitari autorizzati dalla Direzione Strategica allo svolgimento di prestazioni aggiuntive per l'abbattimento liste di attesa;
- modifica delle priorità degli appuntamenti previsti nelle agende e rimasti inutilizzati; tanto al fine di ottimizzare la capacità produttiva degli ambulatori rispetto alle esigenze dell'utenza;
- utilizzo di eventuali posti resisi disponibili a seguito di disdetta.

[9] Manuale RAO – Agenas luglio 2020).

Nel caso in cui sia stato possibile individuare un appuntamento utilizzando le modalità sopra rappresentate, il Responsabile del Cup Aziendale provvede:

a comunicare il relativo coupon di prenotazione alla Direzione del Distretto o dell'Ospedale ed all'addetto alla presa in carico o, qualora sia necessario stabilire e confermare l'appuntamento nel breve termine, comunicare di aver provveduto alla risoluzione della presa in carico.

Nel caso sia comunicato il coupon, l'addetto alla presa in carico di cui al punto precedente dovrà:

- contattare l'assistito a cui comunicherà:
- il coupon di prenotazione;
- riportare nel campo note della prenotazione registrata nel sistema NCUP la dizione "presa in carico".
- verificare che l'assistito sia in regola con le indicazioni riportate sul coupon di prenotazione (disponibilità degli esami richiesti, di essere a conoscenza delle modalità di preparazione alla prestazione, essere in possesso dell'eventuale consenso informato, ecc.);
- comunicare le modalità di acquisizione del coupon (Portale Online/ farmacie/casse CUP);
- comunicare le modalità di pagamento (pago PA/Casse CUP), avendo cura di verificare se al momento della prenotazione le Casse CUP siano aperte (in particolare per le prestazioni aggiuntive effettuate in orari non consueti) occorrerà che l'utente se non esente paghi prima di effettuare la prestazione;
- qualora l'utente prenotato dovesse comunicare l'impossibilità ad effettuare la prenotazione comunicata, l'addetto alla presa in carico potrà registrare direttamente la registrazione della cancellazione direttamente nel CUP, avvertendo l'assistito che la presa in carico risulta conclusa, non avendo accettato l'appuntamento e comunicando all'ufficio Cup aziendale il rifiuto dell'appuntamento proposto.

Nel caso in cui non sia stato possibile individuare un appuntamento utilizzando le modalità sopra rappresentate se trattasi di **visite i**l Responsabile del Cup aziendale provvede a comunicare l'esito negativo ai direttori di PPOO e distretto che rilasceranno la dichiarazione di *"impossibilità a garantire la prestazione entro i termini previsti",* per il successivo rimborso come da paragrafo "Effetti della dichiarazione…"

Per le **prestazioni strumentali,** il Responsabile del Cup aziendale provvede a comunicare l'esito negativo della verifica alla Direzione Sanitaria Aziendale per l'ottenimento delle relative disposizioni da comunicare alla Direzione del Distretto o dell'Ospedale che, nel caso in cui non sia possibile in alcun modo soddisfare la richiesta dell'assistito, rilascerà la dichiarazione di *"impossibilità a garantire la prestazione entro i termini previsti"* per il successivo rimborso come da paragrafo "Effetti della dichiarazione…"

Regole Recall

Gli operatori addetti al recall accedono al sistema CUP con il ruolo "addetto gestione registro indisponibilità". I suddetti operatori dovranno effettuare per ciascun assistito n. 3 tentativi di chiamata, in momenti diversi. In caso di risposta da parte dell'assistito l'addetto al recall registrerà nel software CUP o la prenotazione, se l'utente accetta l'appuntamento, o il rifiuto. In caso di

mancata risposta dell'utente dopo il terzo, l'operatore utilizzando il tasto cancella potrà registrare: "nessuna risposta telefonica", "numero telefonico errato", "paziente deceduto". Nelle note di cancellazione potrà inserire ulteriori osservazioni.

GLI EFFETTI DELLA DICHIARAZIONE DI "IMPOSSIBILITÀ A GARANTIRE LA PRESTAZIONE ENTRO I TERMINI PREVISTI"

La Direzione del Distretto o dell'Ospedale provvederà a consegnare la dichiarazione di *"impossibilità a garantire la prestazione entro i termini previsti"* all'assistito il quale la potrà utilizzare per ottenere il rimborso delle prestazioni erogate/fatturate da eventuali strutture sanitarie private a cui lo stesso ritenga opportuno rivolgersi.

Per l'ottenimento del rimborso l'utente potrà rivolgersi al Distretto Sanitario di residenza o presso l'Ospedale che gli ha consegnato la dichiarazione di *"impossibilità a garantire la prestazione entro i termini previsti"*, che produrrà apposita Determina Dirigenziale corredata da tutta la documentazione che legittima l'erogazione del rimborso e **ponendo a carico dell'azienda unità sanitaria locale di appartenenza la differenza tra la somma versata a titolo di partecipazione al costo della prestazione e l'effettivo costo di quest'ultima, sulla scorta delle tariffe vigenti (da nomenclatore tariffario da DM)**. Nel caso l'assistito sia esente dalla predetta partecipazione l'azienda unità sanitaria locale di appartenenza **corrisponde l'intero costo della prestazione come da nomenclatore tariffario**. Il costo sarà imputato al codice di conto del centro di costo.

D. ATTIVITÀ DI RICOVERO SSN

RICOVERO D'URGENZA

Viene effettuato a seguito di accesso al Pronto Soccorso.

Spetta al medico del PS effettuare ogni valutazione rispetto alle indicazioni di ricovero, anche avvalendosi di consulenze specialistiche di altre Unità Operative dell'Ospedale. Nel caso si renda necessario il ricovero presso un'altra struttura, l'ospedale assicura il trasporto protetto del malato.

RICOVERO PROGRAMMATO

- **RICOVERO ORDINARIO PROGRAMMATO**

E' obbligatorio l'utilizzo delle funzionalità del sistema informativo Edotto per la gestione dei ricoveri. La gestione informatizzata delle liste di attesa dei ricoveri comprende anche la verifica e l'aggiornamento dei dati inseriti nei registri elettronici (chiusura degli episodi che non esitano in ricovero, il collegamento della prenotazione di un ricovero con la relativa SDO).

Come da delibera n. 582 del 17/03/2023 "Recepimento ed implementazione della DGR n. 45 del 30.01.2023 "Recepimento Accordo Stato-Regioni n. 100/CSR del 9 luglio 2020 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento recante "Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato". Indicazioni operative", tutte le UU.OO. devono comunicare alla Struttura Informazione e Comunicazione Aziendale all'indirizzo mail portaledellasalute@asl.brindisi.it i giorni di ricevimento degli assistiti in possesso di ricetta con richiesta di ricovero programmato ordinario o di day hospital, al fine di consentire di adempiere alla presa in carico del paziente. La Struttura Informazione e Comunicazione Aziendale provvederà a pubblicare le suddette giornate sul Portale Regionale della Salute.

Il ricovero programmato ordinario in una struttura ospedaliera viene effettuato nei casi di patologie che richiedono interventi prevedibili o non urgenti e nei casi in cui sono necessari particolari accertamenti non eseguibili in regime ambulatoriale e/o Day Hospital. Il ricovero può essere richiesto direttamente dal reparto ospedaliero oppure dal medico di famiglia o dallo specialista che ha in carico l'assistito. Il paziente viene inserito in una lista di attesa, differenziata per condizioni cliniche.

Il ricovero ordinario programmato può essere effettuato secondo diverse modalità:

– dopo che il paziente è stato sottoposto a visita ambulatoriale

– per effettuare controlli dopo il precedente ricovero

– su indicazione di altre strutture sanitarie

– su richiesta del medico di medicina generale.

In caso di intervento chirurgico programmato la degenza è preceduta dal pre-ricovero.

- **RICOVERO PROGRAMMATO A CICLO DIURNO (DAY HOSPITAL)**

Il day hospital (o "ricovero diurno") è una modalità organizzativa di assistenza ospedaliera nella quale il paziente rimane nella struttura solo il tempo necessario per accertamenti, esami o terapie (solitamente mezza giornata o una giornata) e poi torna a casa. Può essere necessario più di un accesso alla struttura sanitaria, ma senza pernottamento.

Il ricovero in day hospital è programmato e l'accesso può avvenire solo con le modalità del ricovero programmato, cioè:

– dopo che il paziente è stato sottoposto a visita ambulatoriale

– per effettuare controlli dopo il precedente ricovero

– su indicazione di altre strutture sanitarie

– su richiesta del medico di medicina generale.

Il paziente viene inserito in una lista di attesa, differenziata per condizioni cliniche.

Il ricovero non può avere carattere d'urgenza e, quindi, può avvenire solo ed esclusivamente in modo programmato. Il medico specialista attiva l'inserimento del paziente nella lista d'attesa della struttura erogatrice della prestazione programmata. Il paziente verrà contattato:

– dalla struttura del pre-ricovero se previsto;

– dal coordinatore infermieristico della struttura di ricovero.

PERCORSO PAZIENTE CHIRURGICO

La DGR n. 45/2023 "Recepimento Accordo Stato-Regioni n. 100/CSR del 9 luglio 2020 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento recante "Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato". Indicazioni operative.", è stata recepita ed implementata nella ASL BR con Delibera n. 582 del 17/03/2023.

E' in fase di predisposizione l'atto di costituzione dei Gruppi di lavoro (Strategico, Programmazione ed Operativo) per la organizzazione aziendale in ottemperanza a quanto previsto nelle "Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato" ed al fine di redigere il "Regolamento di Sala Operatoria".

E. <u>ATTIVITÀ IN REGIME LIBERO PROFESSIONALE ALPI</u>

TIPOLOGIE ALPI

L'esercizio dell'ALPI non deve essere in contrasto con le finalità istituzionali dell'Azienda ed il suo svolgimento deve essere organizzato in modo tale da garantire l'integrale assolvimento dei compiti di istituto e da assicurare la piena funzionalità dei servizi.

L'esercizio dell'attività libero professionale si svolge nelle seguenti forme:

A. Attività ambulatoriale, singola o di equipe, distinta in:

- Visite ambulatoriali e prestazioni affini;
- Piccoli interventi di chirurgia ambulatoriale;
- Diagnostica strumentale o di laboratorio;
- Day Service, ossia percorsi integrati di più prestazioni delle precedenti tipologie, (cosiddetti "pacchetti ambulatoriali complessi",
- Certificazioni, relazioni tecnico-sanitarie o perizie medico-legali richieste a fini privati.

Sono erogabili in regime di libera professione tutti i tipi di prestazioni ambulatoriali che rientrano nei tariffari nazionali e nomenclatori regionali, i Day service, o nelle prestazioni tariffate dall'Azienda, ad eccezione di quelle di pronto soccorso, di rianimazione, di dialisi ed altre forme di assistenza complesse o particolarmente costose.

B. Attività in costanza di ricovero ordinario, di Day Hospital e di Day Surgery

È caratterizzata dalla richiesta, da parte del cittadino, di prestazioni a pagamento, in costanza di ricovero ordinario, di DH e di DS con contestuale scelta del professionista o dell'équipe che deve

erogare la prestazione. L'accesso a ricoveri in libera professione non implica necessariamente anche la scelta del maggior comfort alberghiero.

MODALITÀ AUTORIZZATIVE GENERALI DELL'ALPI

Il dirigente sanitario interessato allo svolgimento dell'ALPI inoltra al Direttore Generale la richiesta su apposito modello che indica:

- la disciplina specialistica;
- la forma di esercizio (individuale o di équipe);
- la tipologia di esercizio (all'interno dell'ASL);
- la sede e i locali in cui si intende esercitare l'attività;
- le modalità di svolgimento: orari, giorni;
- la descrizione delle prestazioni, il relativo codice, la durata media delle prestazioni (al fine di stabilire il numero di prestazioni prenotabili all'ora);
- l'onorario del professionista che, maggiorato delle voci di costo definite nel regolamento, determinerà la tariffa da praticare all'utenza;
- l'eventuale utilizzo di personale di supporto;
- l'uso di attrezzature;
- l'uso di materiale di consumo;

Per l'attività di équipe, in luogo dell'onorario del professionista dovrà essere indicato l'onorario dell'équipe, oltre alla sua composizione con l'indicazione del capo équipe.

Per lo svolgimento di prestazioni professionali connesse al ricovero è necessario compilare l'apposita sezione del modello.

Sulla richiesta esprimono il loro parere il direttore di struttura e, per gli aspetti logistici, il direttore del presidio ospedaliero. Il Direttore generale, o suo delegato, autorizza l'esercizio della libera professione intramuraria con apposito provvedimento.

Qualora il professionista ha la necessità di apportare variazioni ai contenuti della propria autorizzazione, deve procedere a rinnovare la propria richiesta, con le stesse modalità con la quale è stata prodotta la prima volta. Le suddette richieste devono essere inviate tramite pec al protocollo aziendale dell'ufficio ALPI. Le variazioni relative alle tariffe, diventano operative con decorrenza dal primo giorno utile della nuova proiezione dell'agenda, tutte le altre modifiche diventeranno operative (sempre con provvedimento del DG) entro e non oltre 30 giorni dalla presentazione della stessa.

Il dirigente sanitario può rinunciare all'esercizio dell'ALPI in qualsiasi momento, inviando comunicazione scritta al Direttore Generale, senza pregiudizio per la possibilità di una successiva riattivazione.

RAPPORTO TRA ATTIVITÀ ISTITUZIONALE ED ALPI

L'ALPI deve essere erogata nel rispetto dell'equilibrio tra attività istituzionali e libero professionali. A tale scopo la ASL BR, con cadenza annuale, così come previsto dall'art 114, comma 5, CCNL 19 dicembre 2019, predisporrà un piano aziendale concernente, con riferimento alle singole unità operative, i volumi di attività istituzionale e di attività libero professionale intramuraria, sentito il Collegio di Direzione e l'organismo aziendale di promozione e verifica.

L'Azienda assicurerà adeguata pubblicità ed informazione relativamente a detto piano sul sito web aziendale e dandone comunicazione alle associazioni degli utenti. Tale piano sarà inviato per l'approvazione alla Regione Puglia, che deve provvedervi entro 60 gg.

L'ufficio ALPI provvede ad elaborare mensilmente bimestralmente i report tra attività in regime istituzionale ed attività in ALPI per singolo professionista

I criteri da osservare al fine di assicurare l'equilibrio sono così definiti:

quale parametro di riferimento di carattere generale (sia in termini temporali che quantitativi) devono essere tenuti presente i volumi complessivi di prestazioni per unità operativa interne ed esterne, già negoziati in sede di definizione annuale del budget con i dirigenti responsabili delle équipe interessate relativamente alle attività istituzionali da assicurare in relazione alle risorse assegnate.

Tutte le tipologie di prestazioni rese in libera professione sono permesse solo se garantite anche in regime di lavoro istituzionale.

Ai fini della determinazione di detti volumi, per le prestazioni erogate in via istituzionale, si fa riferimento ai vigenti tariffari nazionali (tariffa DRG, nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali, ecc.).

L'organizzazione dell'ALPI e la sorveglianza, ferma ogni altra competenza di legge e/o regolamentare, compete al Direttore sanitario del presidio ospedaliero e ai Direttori responsabili delle altre strutture sanitarie, in cui è svolta.

Il corretto rapporto tra ALPI ed attività istituzionale è garantito da uno specifico " l'Organismo Paritetico di Promozione e Verifica dell'ALPI ", come disciplinato dall'art. 6 del Regolamento Regionale 11.02.2016 n. 2.

I ricoveri in libera professione devono essere aggiuntivi rispetto al budget di attività di degenza ordinaria fissata annualmente. L'Azienda determina annualmente un tetto quali-quantitativo, verificato a consuntivo ed adeguato sia in funzione del rendimento economico per l'Azienda, sia del raggiungimento dei livelli programmati di attività di degenza ordinaria, sia della domanda non soddisfatta.

Pertanto, l'attività libero professionale nell'ambito dei vincoli quantitativi programmati può essere consentita soltanto alle unità operative che rispettino gli obiettivi individuati dalla programmazione aziendale.

Riduzioni proporzionali devono essere stabilite in caso di verifica del mancato raggiungimento degli obiettivi sopraindicati.

L'autorizzazione all'attività libero professionale intra-muraria potrà essere sospesa o revocata dalla Direzione Generale quando si verifichino scostamenti quali-quantitativi ingiustificati tra le prestazioni istituzionali e quelle rese in regime libero professionale.

Il personale sanitario dirigente e quello di supporto addetto all'erogazione delle prestazioni libero professionali autorizzate è rigorosamente tenuto al rispetto dei protocolli diagnostico–terapeutici per l'effettuazione delle prestazioni, la cui inosservanza comporta la decadenza dalla autorizzazione allo svolgimento delle attività concordate.

Si rimanda al regolamento aziendale ALPI in fase di predisposizione.