

Il Direttore Generale
Leonida GrisendiTIPO ANNO NUMERO
Reg. pg | 2007 | 266975
del 23/10/2007

egAO

Ai Direttori Generali
Ai Direttori Sanitari
delle Aziende Sanitarie
della Regione Emilia RomagnaAl Direttore Generale
Al Direttore Sanitario
degli II.OO.Rizzolie p.c. Ai Direttori di Distretto
Ai Responsabili di Presidio Ospedaliero
Ai Direttori di Dipartimento di Cure
Primarie

Circolare n. 10

Ai Referenti del Sistema Informativo della
Specialistica AmbulatorialeAi Referenti Organizzativi della
Specialistica Ambulatorialedelle Aziende Sanitarie
della Regione Emilia Romagna**OGGETTO: Circolare Linee Guida Sistema CUP**

Si invia la circolare in oggetto con la quale si intende rispondere a quanto previsto dalla DGR 1532/06 del 6 Novembre 2006 "*Piano Regionale sul contenimento dei tempi di attesa*" emanata in ottemperanza a quanto previsto dall'Intesa Stato Regioni del 28 Marzo 2006 sul piano nazionale di Contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, che prevede che le aziende garantiscano una gestione razionale dell'offerta di prestazioni e del sistema degli accessi tramite una riorganizzazione del sistema delle prenotazioni (CUP). Nella Circolare vengono quindi definite linee

40127 Bologna - Viale Aldo Moro, 21
Tel. 051/6397319-20 Fax 051/6397062e-mail: segdistrettisan@regione.emilia-romagna.it

		ANNO	NUMERO	INDICE						ANNO	NUMERO	SUB	
				LIV.1	LIV.2	LIV.3	LIV.4	LIV.5					
a uso interno	DP			Classif.	3460	600	70	40	30	Fasc.	2007	5	

operative (modalità e tempi) da seguire affinché il sistema CUP rispetti le stesse regole nei diversi ambiti territoriali indipendentemente dalle scelte organizzative attuate nelle aziende.

Ringraziando per la collaborazione, si inviano cordiali saluti

Leonida Grisendi

Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale,**Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari***Il Dirigente Responsabile del Servizio***Eugenio Di Ruscio**

TIPO	ANNO	NUMERO
Reg. pg	2007	266975

del 23/10/2005

egAO

Circolare n. 10

OGGETTO: Linee Guida del Sistema CUP

Il presente provvedimento (in Allegato) definisce linee operative (modalità e tempi) da seguire affinché il sistema CUP rispetti le stesse regole nei diversi ambiti territoriali indipendentemente dalle scelte organizzative fatte dalle aziende.

La DGR 1532 del 6 Novembre 2006 "Piano Regionale sul contenimento dei tempi di attesa" emanata in ottemperanza a quanto previsto dall'Intesa Stato Regioni del 28 Marzo 2006 sul piano nazionale di Contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, prevede che le aziende garantiscano una gestione razionale dell'offerta di prestazioni e del sistema degli accessi tramite una riorganizzazione del sistema delle prenotazioni (CUP) che consenta di interfacciare in modo ottimale il complesso dell'offerta con quello della domanda di prestazioni e che sia in grado di differenziare le prestazioni per tipologia e criticità, di individuare i percorsi diagnostico-terapeutici prioritari e definirne le modalità di gestione.

La DGR 1532/06 prevede che l'offerta delle prestazioni di Specialistica Ambulatoriale sia resa disponibile in ambito aziendale attraverso una rete di prenotazione afferente al CUP (Centro Unificato di Prenotazione), definito come sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie, per assicurare al cittadino l'informazione complessiva sull'intera offerta di prestazioni disponibili in ambito provinciale e per consentire di gestire l'offerta con efficienza strutturandola in modo organizzato.

Nell'ambito del Progetto SPARTA (Supporto al Piano attuativo Regionale per il Contenimento dei tempi di Attesa), è stato costituito il gruppo di lavoro regionale interaziendale "Governo dell'offerta" con determina del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali n.1068 del 1/3/2007. Tale gruppo ha avuto lo scopo di definire i criteri per la riorganizzazione del sistema CUP in ambito regionale, predisporre le Linee guida per l'implementazione ed il corretto funzionamento del CUP, individuare specifici indicatori di efficienza del funzionamento del CUP per permettere la confrontabilità dei servizi CUP presenti nella rete regionale, formulare

40127 Bologna - Viale Aldo Moro, 21
Tel. 051/6397319-20 Fax 051/6397062

e-mail: segdistrettisan@regione.emilia-romagna.it

ANNO	NUMERO	INDICE	LIV.1	LIV.2	LIV.3	LIV.4	LIV.5	ANNO	NUMERO	SUB
a uso interno	DP	Classif.	3460	600	70	40	30	Fasc.	2007	5

proposte di implementazione del progetto SPARTA (Supporto al Piano attuativo Regionale per il Contenimento dei tempi di Attesa), individuare specifiche di sistema utili per il governo dell'offerta in ambito aziendale e definire le modalità di aggiornamento da CUP aziendale alla banca dati Numero Verde regionale.

Le tematiche che non vengono affrontate nel documento allegato saranno oggetto di ulteriore approfondimento da parte del gruppo di lavoro di cui sopra, con particolare riferimento ai seguenti argomenti:

- Predisposizione di cartellonistica informativa per l'utente
- Procedure per il riconoscimento delle esenzioni in fase di accettazione/prenotazione
- Collegamento all'anagrafe regionale dei codici identificativi delle impegnative SSN e dei medici a cui le ricette sono state assegnate
- Gestione esito prenotazione/ritorno erogato
- Procedure operative di gestione della semplificazione dell'accesso (comprese le strutture private accreditate) e del Day-Service¹
- Sistema unico regionale di pagamento on-line
- Gestione dell'offerta degli interni
- Modalità di prescrizione nei percorsi specifici di 2° livello

Normativa di riferimento:

- **Intesa Stato Regioni del 28 Marzo 2006** "Piano nazionale di Contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008"
- **DGR 1532 del 6 Novembre 2006** "Piano Regionale sul contenimento dei tempi di attesa"
- **DGR 952 del del 25 giugno 2007** "Approvazione dei progetti di applicazione dell'ICT a supporto dei servizi sanitari e socio sanitari regionali, da affidare alla società partecipata "CUP 2000 S.P.A." per l'anno 2007. Assegnazione finanziamenti all'Azienda USL di Imola. Parziale modifica della delibera G.R. n. 2060/2006".
- **DGR 1692 del 4 dicembre 2006** "Assegnazione finanziamenti all'azienda USL di Imola destinati alla realizzazione di progetti ad alta tecnologia informatica a supporto delle attività sanitarie, sociosanitarie e alla loro gestione amministrativa e tecnica"
- **Determina del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali n.1068 del 1/3/2007:** costituzione del gruppo di lavoro regionale "Governo dell'Offerta"

I referenti regionali sugli argomenti oggetto della circolare sono:

- Dott.ssa Alessia Orsi Tel 051 6397305 e-mail aorsi@regione.emilia-romagna.it
- Dott.ssa Enrica Garuti Tel 051 6397306 e-mail egaruti@regione emilia-romagna.it
- Dott.ssa Piera Sanna Tel 051 6397308 e-mail psanna@regione emilia-romagna.it

Distinti saluti

Eugenio Di Ruscio

¹ A seguito delle modifiche della DGR 2142/00 rese necessarie dall'applicazione dell'art.50 comma 11 Legge 326/03



Giunta Regionale
Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

Gruppo di Lavoro "Governare dell'Offerta"

LINEE GUIDA SISTEMA CUP

Indice

1.	Premessa.....	2
2.	Requisiti di sistema	2
3.	Sistema dell'offerta	3
3.1.	Agenda di prenotazione	3
3.2.	Gestione dell'agenda.....	4
3.3.	Separazione prime visite e controlli.....	4
3.4.	Separazione primi accessi e controlli per prestazioni diagnostiche.....	4
3.5.	Applicazione priorità/codice colori.....	4
3.6.	Preparazioni	5
3.7.	Gestione delle sospensioni temporanee di erogazione.....	5
3.8.	Profilo del prenotatore	5
3.9.	Rimodulazione dell'offerta	6
4.	Gestione della prenotazione	6
4.1.	Bacino di riferimento	6
4.2.	Prenotazione della prima visita e della visita di controllo: Automatismi e Reportistica delle anomalie.....	7
4.3.	Prenotazione telefonica	7
4.4.	Gestione disdette	8
5.	Pagamento.....	8
5.1.	Criteri di calcolo del ticket.....	8
5.2.	Codifica univoca delle esenzioni	9
5.3.	Modalità di pagamento.....	9
6.	Modalità di rilevazione delle prestazioni aggiuntive erogate	9
7.	Allineamenti con Banche Dati esterne.....	10
7.1.	Allineamento Catalogo SOLE - Catalogo CUP:.....	10
7.2.	Modalità di aggiornamento da CUP aziendale alla banca dati Numero Verde regionale.....	10
8.	Informazione agli utenti del nuovo sistema	10
	Schema fasi di implementazione.....	11

1. Premessa

Il programma di implementazione del Piano Regionale di contenimento dei tempi di attesa, di cui alle DGR 1532/2006 e DGR 73/2007, è stato ripreso in parte dalla DGR 686/2007 "Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2007". In particolare è stata richiamata l'attenzione sui seguenti punti:

- distinzione prime visite e controlli;
- risparmi economici e/o incrementi di produzione dovuti alla messa in atto di questa suddivisione;
- pianificazione annuale della produzione fissa, variazioni stagionali e flessibilizzazione della produzione ai fini della garanzia delle prestazioni prioritarie;
- informatizzazione della refertazione ambulatoriale e della gestione delle liste d'attesa per i ricoveri.

Il presente documento si inserisce in questo contesto con l'obiettivo di definire le prime linee operative da seguire affinché il sistema CUP rispetti le stesse regole nei diversi ambiti territoriali indipendentemente dalle scelte organizzative fatte dalle aziende. Per **Centro Unificato di Prenotazione (CUP)** si intende il sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie, deputato a gestire l'intera offerta (SSN e libera professione) con efficienza strutturando in modo organizzato l'attività delle unità eroganti per ciò che attiene all'erogazione delle prestazioni, interfacciandosi a questo scopo con le diverse procedure di gestione dell'erogazione, agli accessi e alle relative informazioni supportando modalità di programmazione, offerta, comunicazione ai cittadini, . Tale sistema, formato nel suo complesso da più procedure, deve consentire di ottimizzare l'offerta verso il cittadino e standardizzare l'analisi per rimodularla, confrontando stime del bisogno, offerta, prenotato ed erogato. Il raggiungimento di tale obiettivo deriva, dal punto di vista informativo, dall'integrazione delle componenti software dei sistemi di prenotazione e di gestione della produzione, e, dal punto di vista organizzativo, dall'integrazione dei sistemi decisionali relativi alla programmazione dell'offerta, alla valutazione dell'andamento della produzione e alla riprogrammazione conseguente. In questo senso i responsabili aziendali del sistema CUP, della specialistica ambulatoriale e delle varie strutture di produzione devono confrontarsi in maniera sistematica al fine di assicurare decisioni coerenti con l'integrazione informativa prevista.

Il presente documento illustra il processo di rappresentazione dell'offerta e di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali. L'integrazione così come appena enunciata, richiede la specificazione di ulteriori funzioni o procedure che debbano entrare in relazione al processo qui delineato.

I documenti che seguiranno dettaglieranno: l'analisi della gestione dell'offerta per i pazienti ricoverati, per le strutture che erogano prestazioni sia per ricoverati che per ambulatori in cui sia possibile una riallocazione dinamica delle prestazioni; l'analisi della gestione dell'esito della prenotazione, nonché del ritorno dell'erogato nel sistema CUP per verificare la congruenza dell'offerta resa disponibile rispetto a quanto effettivamente prodotto; le modalità per il collegamento all'anagrafe regionale dei prescrittori con i relativi ricettari SSN assegnati, la gestione dell'attività svolta in regime di libera professione (Legge 120 del 3/8/2007).

Le attività previste di seguito dovranno essere implementate entro la fine del 2008 con le cadenze che vengono indicate nello specifico schema.

2. Requisiti di sistema

Il primo requisito necessario alla costruzione del sistema CUP consiste nell'implementazione di un unico sistema di prenotazione/accettazione che contenga tutta l'offerta per pazienti

esterni, in modo da assorbire progressivamente anche tutte le agende autogestite dalle Unità Operative (sia cartacee che informatizzate), con modalità che garantiscano l'integrazione informativa con i vari sistemi aziendali coinvolti.

Prerequisito essenziale per il sistema CUP è l'accesso alla base dati anagrafica unica aggiornata che contenga anche le informazioni inerenti alla posizione dell'assistito nei confronti delle eventuali esenzioni, secondo la codifica unica regionale.

Inoltre, sempre nell'ambito del sistema CUP, deve essere prevista la gestione dell'offerta in libera professione in maniera distinta con agende dedicate.

3. Sistema dell'offerta

Il sistema dell'offerta deve prevedere la costruzione di una rete di prenotazione che consenta di "vedere" tutte le disponibilità delle prestazioni erogabili. Ogni punto di prenotazione deve interfacciarsi con questa rete, garantendo la visione delle disponibilità in ciascuno di questi e differenziando, ove necessario, i livelli di accesso dei vari utenti (es: tutti i punti di prenotazione possono vedere il calendario delle disponibilità delle Tac, ma solo il punto di prenotazione della radiologia, o altro punto addestrato per la gestione di percorsi specifici, può fissare gli appuntamenti).

Il CUP permette di gestire l'attività di prenotazione presso diverse sedi, nell'ambito di tre principali livelli, con gestione separata, comunque, della Libera Professione:

- livello provinciale: contiene tutte le prestazioni visibili e prenotabili sull'intero territorio provinciale, e, pertanto, include l'Azienda USL, l'Azienda Ospedaliera e le strutture private accreditate con le quali è stato formalizzato un contratto di fornitura;
- livello aziendale: è visibile tutta la rete di prenotazione, ma sono accessibili per la prenotazione solo le prestazioni dell'ambito aziendale (previsto solo nei casi in cui l'ambito territoriale di afferenza dell'azienda non coincide con la provincia);
- livello sub-aziendale (Dipartimentale, per Unità Operativa, ecc...): è ugualmente visibile tutta la rete di prenotazione ma sono prenotabili solo alcune prestazioni che vengono erogate in aree operative delimitate, quali dipartimenti, unità operative, ambulatori. Tale livello può essere previsto in particolare nelle aziende di ampie dimensioni, con articolazioni organizzative complesse.

Un ulteriore livello più ampio di sistema CUP è quello di area vasta/regionale che è in fase di implementazione e che si basa su quanto dettagliato nel presente documento. Tale livello serve a supportare, in particolare, la prenotazione di prestazioni previste nella rete hub & spoke o in percorsi specifici strutturati e quella che riguarda le aree di confine.

3.1. Agenda di prenotazione

Rappresenta l'unità minima che permette la gestione del sistema di offerta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, secondo le seguenti specifiche:

- prestazione: voce del catalogo aziendale allineata ad una specifica voce del Catalogo SOLE (vedi paragrafo 7.1)
- erogatore: équipe che effettua la prestazione. L'utilizzo di agende nominative è previsto solo per la gestione dei controlli in cui debba essere garantita l'erogazione dello stesso professionista.
- struttura: sede dell'ambulatorio o della diagnostica
- calendario di apertura: giornate e orari di erogazione delle prestazioni prenotabili
- modalità di accesso: urgenze, urgenze differibili, programmabile (primi accessi), programmato (controlli), follow-up, day service
- note: indicazioni per la prenotazione

- vincoli specifici di prenotazione: permettono di individuare direttamente posti riservati a percorsi specifici per interni e per esterni (ad es. quesito diagnostico, tipologia del prescrittore, ambulatori specifici, accessi differenziati, PDT)

3.2. Gestione dell'agenda

La gestione efficiente delle agende richiede innanzitutto l'individuazione delle prestazioni che vanno inserite in liste di attesa distinte, in quanto prestazioni che concorrono a garantire la continuità diagnostico-terapeutica (es. controlli specialistici, prestazioni e o accertamenti diagnostici successivi alla prima visita e necessari per la conclusione diagnostica o terapeutica).

Infatti, per le prestazioni comprese all'interno della continuità diagnostico-terapeutica, è necessario comunque prevedere, da parte delle strutture eroganti, una specifica programmazione, affinché i punti di prenotazione appositi possano ritrovarle all'interno del sistema delle prenotazioni. Anche la rilevazione di tali prestazioni è necessaria per conoscere la complessiva attività svolta dalle strutture eroganti e per valutarne la coerenza con i protocolli assistenziali e con le linee di guida.

3.3. Separazione prime visite e controlli

Per poter effettuare correttamente la gestione separata delle prime visite dai controlli, e per individuare il miglior "dimensionamento" delle agende ai fini gestionali è necessario che l'applicativo CUP sia in grado di:

- distinguere i posti assegnati alle due differenti tipologie di accesso
- gestire i pazienti in lista in maniera distinta
- prevedere meccanismi automatici di riconversione di posti dalle prime visite ai controlli e viceversa in caso di posti rimasti vuoti, per ottimizzare la gestione e minimizzare i tempi morti
- distinguere i posti riservati a percorsi specifici cui fanno riferimento determinate richieste
- rilevare separatamente i tempi di attesa assegnati alle due tipologie di utenti

3.4. Separazione primi accessi e controlli per prestazioni diagnostiche

Così come indicato per la gestione separata delle prime visite dai controlli, è necessario prevedere la medesima strutturazione per le prestazioni di diagnostica e, pertanto, ai fini gestionali devono essere rispettate le stesse specifiche indicate nel paragrafo precedente.

3.5. Applicazione priorità/codice colori

L'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali da parte del cittadino si realizza con l'ammissibilità alla lista di attesa, che viene definita sulla base di criteri di gravità clinica e sull'appropriatezza delle indicazioni alla prestazione.

Il criterio di priorità utile ai fini della creazione delle liste di attesa è basato sulla gravità delle condizioni cliniche del paziente ed è articolato in 4 livelli:

- Livello 1 - prestazioni urgenti.
Trattasi di prestazioni ambulatoriali specialistiche urgenti, per le quali non è necessario l'accesso al pronto soccorso, ma la cui effettuazione deve avvenire con carattere d'urgenza nell'arco della giornata di presentazione del paziente o in un periodo immediatamente successivo.

- Livello 2 - prestazioni urgenti differibili
Trattasi di prestazioni ambulatoriali specialistiche urgenti la cui effettuazione può essere differibile di qualche giorno, ma che necessitano comunque di una effettuazione in tempi brevi (entro i 7 giorni).
- Livello 3 - prestazioni programmabili
Trattasi di prestazioni che non rivestono carattere d'urgenza per le quali l'effettuazione tempestiva è requisito importante per assicurare la qualità e l'efficacia del processo assistenziale in atto (30 giorni per le visite/60 giorni per la diagnostica)
- Livello 4 - prestazioni programmate/controlli
Trattasi di prestazioni che devono essere effettuate in un arco temporale individuato per rivalutare un problema già noto indipendentemente dal tempo trascorso rispetto al primo accesso

All'interno dei quattro livelli il criterio di ordine cronologico regola successivamente l'accesso.

3.6. Preparazioni

Per ogni prestazione è necessario individuare un'unica modalità di preparazione a livello di CUP provinciale; per le prestazioni dell'integratore CUP è preferibile una unica modalità a livello Regionale.

3.7. Gestione delle sospensioni temporanee di erogazione

Il realizzarsi di situazioni che oggettivamente impediscono l'erogazione della prestazione (guasto macchina, eccezionale indisponibilità del personale ecc.) rappresenta un evento che può realizzarsi in qualunque contesto e per molte cause. L'impossibilità all'erogazione, per uno dei motivi sopra accennati, anche quando non sia noto il momento esatto di disponibilità dell'erogazione della prestazione, non deve, però, impedire in alcun modo l'attività di prenotazione. A tal fine deve essere prevista una procedura temporanea, che gestisca in maniera distinta le priorità di accesso, di inserimento della richiesta nel sistema che garantisca la trasparenza della gestione degli accessi, comunicando all'utente gli estremi di riferimento (ad es. la prestazione richiesta, la data e l'ora di richiesta, il codice progressivo di inserimento, ecc...).

Tale procedura serve a garantire la continuità del servizio di prenotazione all'utente, che, pur non avendo una risposta immediata, sa che la sua richiesta è stata presa in carico e che gli verrà comunicata successivamente la data precisa dell'appuntamento secondo le modalità indicate nel Piano aziendale.

3.8. Profilo del prenotatore

E' necessario prevedere la visibilità a CUP di tutte le prestazioni pur con differenti profili di prenotabilità nei diversi punti di prenotazione. Il profilo dell'operatore che effettua la prenotazione individua a quali prestazioni/agende è abilitato ad accedere per effettuare la prenotazione in funzione di eventuali vincoli specifici.

Tutti i profili di accesso al sistema CUP hanno la possibilità di visualizzare tutte le informazioni contenute nelle agende, ma non tutti hanno la possibilità di accedervi per effettuare la prenotazione; in particolare i possibili profili da prevedere sono l'accesso alla prenotazione:

- solo determinate prestazioni
- solo su alcune agende/strutture/azienda
- solo nell'ambito di percorsi specifici

- solo per determinate priorità di accesso
- sull'integratore CUP

Si possono individuare, inoltre, profili che risultano dalla combinazione logica di quelli suindicati.

3.9. Rimodulazione dell'offerta

Al fine di garantire un sistema di offerta congruente con i comportamenti dell'utenza è necessario prevedere un piano di revisione dell'offerta stessa sulla base delle informazioni dedotte dal sistema di monitoraggio e da analisi mirate sul livello di efficienza delle singole agende.

In particolare, le aziende devono verificare per ciascuna agenda, rispetto al piano di lavoro, quale sia il "tasso di non presentazione", al fine di individuare in quali situazioni sia necessario riprogrammare l'offerta in modo da superare le situazioni di maggiore criticità. Tale rimodulazione include sia la misura dell'overbooking, ma anche possibili riconfigurazioni delle sessioni ambulatoriali che siano maggiormente coerenti con l'overbooking grazie all'individuazione di soluzioni adeguate alle criticità riscontrate (concentrazioni di un numero identico di prestazioni garantite in più sessioni in un'unica sessione, raggruppamento di prestazioni nei giorni della settimana caratterizzati da un minor tasso di non presentazione, ecc...).

4. Gestione della prenotazione

La prenotazione delle prestazioni indicate sulla prescrizione deve essere effettuata utilizzando, non appena disponibili, le funzionalità SOLE in modo da rilevare sul sistema CUP tutte le informazioni anagrafiche dell'utente (codice fiscale o cognome e nome, sesso, comune e data di nascita), la relativa residenza, il numero identificativo della ricetta, il codice fiscale e la tipologia del medico prescrittore (che può essere proposto in maniera automatica se l'impegnativa corrisponde a un ricettario consegnato in ambito regionale), la modalità di accesso per garantire il rispetto delle priorità e l'eventuale esenzione.

La prenotazione delle prestazioni deve essere effettuata in base a quanto prescritto, tenendo ben presente, quindi, che anche se si tratta di controlli devono essere rispettate le tempistiche indicate dal prescrittore.

4.1. Bacino di riferimento

Per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio è necessario prevedere un automatismo dei sistemi CUP che, in base alla prestazione richiesta e alla residenza dell'utente, consenta l'individuazione del suo bacino di riferimento (zonale/distrettuale/aziendale) al fine della prenotazione, coerentemente con quanto previsto dal piano aziendale.

L'"appartenenza al bacino di riferimento" deve essere rilevata a completamento del processo di prenotazione distinguendo tra l'utente che ha scelto di ricevere la prestazione presso una struttura che:

- non rientra fra quelle del suo bacino di riferimento (**codice 0**);
- rientra fra quelle del suo bacino di riferimento, distinguendo i seguenti casi::
 - il caso di chi sceglie una struttura che garantisce i TMA (tempi massimi di attesa), oppure di chi non ha la possibilità di scegliere all'interno del suo bacino alcuna struttura in grado di garantire i TMA (**codice 1**);
 - il caso di chi sceglie una struttura con un tempo superiore agli standard, nonostante ci sia un'altra struttura che lo garantisce in quel bacino (**codice 2**)

Tale classificazione permetterà di effettuare delle analisi per il monitoraggio dei tempi di attesa depurate dai dati riguardanti le scelte individuali del singolo utente (codice 0 e codice 2)

Tale informazione dovrà essere dedotta automaticamente, a seguito della scelta effettuata dall'utente, dalla combinazione di:

- prestazione
- struttura erogante
- residenza dell'utente
- tempo di attesa delle altre strutture del medesimo bacino (solo per il caso 2).

Nell'ambito del flusso ASA il campo dovrà essere considerato scartante solo per le modalità di accesso **01 programmabile** e **09 accesso diretto** a partire **dal 1/1/2008**.

4.2. Prenotazione della prima visita e della visita di controllo: Automatismi e Reportistica delle anomalie

L'applicazione che al momento sembra maggiormente realistica è la possibilità di utilizzare a posteriori i dati del prenotato/erogato (con particolare riferimento al medico prescrittore) per effettuare verifiche sulla programmazione, in questa fase non si prevede di far confluire in automatico una prima visita in un controllo direttamente in sede di prenotazione.

In questa fase, alcune aziende, in accordo con le equipe eroganti, sperimenteranno l'automatismo (visita oculistica per Forlì; visita dermatologica e urologica per Bologna; visita cardiologica per Parma) al fine di valutare come poter procedere successivamente.

Al fine di avere la situazione aggiornata delle prestazioni effettivamente erogate all'utente, è necessario prevedere il ritorno dell'erogato nel sistema CUP; sarà, quindi, possibile attivare gli automatismi di cui sopra.

In questo modo è possibile prevedere che nel foglio di prenotazione venga esplicitamente indicato in quali precedenti prenotazioni l'utente non ha comunicato l'impossibilità di presentarsi all'appuntamento prenotato.

Devono essere previsti a **livello aziendale** sistemi di monitoraggio o messaggi di warning che permettano l'individuazione delle situazioni difformi rispetto all'appropriatezza prescrittiva predisponendo dei report utili per il confronto tra i Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri e delle Cure Primarie con i prescrittori.

Devono essere previsti, inoltre, **report regionali** che permettano analisi di appropriatezza/consumo.

Per poter agevolare il prescrittore, è necessario prevedere azioni da attuare tramite la rete **SOLE**, ovvero l'attivazione di un warning in sede prescrittiva che evidenzi se la medesima prestazione è stata prescritta/refertata nei 6 mesi precedenti.

4.3. Prenotazione telefonica

La prenotazione telefonica viene supportata dai servizi implementati nell'ambito del Progetto SOLE che prevede la trasmissione da parte del MMG/PLS delle prescrizione elettronica con tutte le informazioni in essa contenute ad eccezione del numero dell'impegnativa.

Tale modalità di prenotazione può essere effettuata solo se l'utente comunica il codice identificativo dell'impegnativa, ad eccezione delle prestazioni erogabili in libero accesso.

Le eventuali preparazioni delle prestazioni devono essere comunicate (per posta, sul sito aziendale, ecc...) all'utente in maniera dettagliata e in tempo utile per la corretta erogazione della prestazione.

Le informazioni inerenti alla prenotazione e al relativo ticket devono essere rese disponibili all'utente prima dell'accesso al fine di agevolare il più possibile l'accesso stesso e semplificare il pagamento del ticket dovuto (ad es invio al domicilio, accesso su internet, e-mail, presso sportelli CUP, PDA, cassa, ecc...).

4.4. Gestione disdette

L'utente che non ha intenzione di presentarsi all'appuntamento fissato deve disdire la prenotazione in tempo utile (almeno 24 ore prima) al fine di permettere all'azienda di recuperare il posto reso disponibile.

L'azienda deve, pertanto, favorire l'accessibilità ai servizi di disdetta prevedendo quante più modalità possibili tra quelle elencate di seguito:

- call center con fasce orarie di accesso ampie, priorità d'accesso e disdetta automatizzata senza supporto dell'operatore
- internet con portali aziendali di disdetta on-line
- accessi preferenziali agli sportelli di prenotazione (ad esempio con raccoglitori dedicati)
- SMS, e-mail, ecc...

5. Pagamento

Al fine di agevolare il più possibile il cittadino, è necessario prevedere, in tutti i punti di prenotazione, la possibilità di effettuare direttamente il pagamento. Negli ambiti territoriali in cui insistono anche le Aziende Ospedaliere devono essere attivate le procedure gestionali che permettono all'utente di pagare non solo le prestazioni erogate dall'Azienda a cui il punto di prenotazione fa riferimento (es. Azienda USL), ma anche quelle erogate da altre Aziende per le quali è possibile prenotare le prestazioni.

Nel caso di prescrizioni che contengono prestazioni erogate da aziende differenti è necessario definire criteri di compensazione negli accordi di fornitura, in modo da permettere all'utente di pagare in un'unica soluzione.

5.1. Criteri di calcolo del ticket

Le regole da rispettare secondo la normativa vigente sono le seguenti:

- ogni impegnativa può contenere fino ad 8 prestazioni diverse della medesima branca ad eccezione di:
 - prescrizioni per pazienti affetti da forme morbose di cui al DM 329/1999, in quanto sulla medesima ricetta possono essere indicate più prestazioni dello stesso tipo fino ad un massimo di 8, da eseguirsi presso la medesima struttura in momenti successivi entro un periodo massimo di tre mesi;
 - prescrizioni, per pazienti esenti e non, contenenti fino a 8 prestazioni terapeutiche identiche, erogate presso la medesima struttura, in momenti diversi, entro un periodo di tempo coerente alla patologia e, comunque, entro tre mesi dall'effettuazione della prima prestazione;
 - prescrizioni contenenti prestazioni richiedibili a cicli di 10 per un massimo di 3 cicli per ricetta
 - prescrizioni per dosaggi ormonali, fino ad un massimo di 8 dosaggi ormonali uguali sulla medesima ricetta.

- il calcolo del ticket deve essere effettuato per ciascuna ricetta distintamente
- le prestazioni appartenenti alla branca “Altre prestazioni” possono essere prescritte in abbinamento a prestazioni di una qualsiasi delle branche presenti nel Nomenclatore Regionale
- l’utente deve corrispondere la tariffa della prestazione specialistica, di diagnostica strumentale e di laboratorio se l’importo è inferiore a € 36,15
- l’utente deve corrispondere l’importo di € 36,15 per prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale o di laboratorio se la somma delle rispettive tariffe è superiore o uguale a € 36,15, ad eccezione delle prestazioni erogate nell’ambito del Programma di odontoiatria che devono fare riferimento a quanto indicato nella DGR 2678/2004
- gli esami per cui l’utente ha diritto all’esenzione devono essere prescritti separatamente da quelli per cui tale diritto non è valido
- la modulistica adottata nell’ambito della semplificazione dell’accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (DGR 2142/2000) segue le stesse regole di compilazione della ricetta SSN
- le prestazioni aggiuntive erogate devono corrispondere ad un ulteriore ticket che fa riferimento ad una nuova prescrizione (fanno eccezione i casi di esami culturali positivi dove si effettuano anche identificazione e antibiogramma) (ricetta SSN/modulistica deburo)
- le prescrizioni contenenti prestazioni erogate da aziende diverse devono corrispondere ad un unico ticket per l’utente (sono poi le aziende ad attivare le specifiche procedure di compensazione)

5.2. Codifica univoca delle esenzioni

Al fine di garantire al cittadino il corretto riconoscimento del diritto all’esenzione deve essere utilizzata la codifica unica regionale delle esenzioni in modo da agevolare anche lo scambio automatizzato di dati.

5.3. Modalità di pagamento

Al fine di rendere più semplice il pagamento da parte dell’assistito è necessario prevedere diverse modalità, tra quelle di seguito indicate, che permettano di supportare il più possibile le procedure di gestione cassa in maniera integrata con il sistema CUP:

- contanti
- Pagobancomat
- Addebito in Conto Corrente
- Bollettino postale
- Carta di credito (WEB, telefono, ecc...)
- MAV
- Riscuotitrici automatiche

6. Modalità di rilevazione delle prestazioni aggiuntive erogate

Le prestazioni aggiuntive, che vengono erogate contestualmente all’erogazione della prestazione prenotata devono essere codificate e, quindi, rilevate con modalità **accesso**

diretto 09; pertanto, nell'analisi dei tempi di attesa delle prestazioni programmabili verranno incluse anche queste prestazioni.

7. Allineamenti con Banche Dati esterne

7.1. Allineamento Catalogo SOLE - Catalogo CUP:

Il minimo dettaglio utile ai fini prescrittivi corrisponde a quello individuato dalle voci BASE del Catalogo SOLE, mentre a livello di CUP locale le prestazioni possono eventualmente essere maggiormente dettagliate.

Nell'ambito dell'Integratore CUP la codifica da utilizzare è quella del Catalogo SOLE con il riferimento a codice BASE più relativi ATTRIBUTI, al fine di non indurre all'utilizzo di "filtri" di prestazioni specifiche particolarmente dettagliate presenti solo in certi CUP locali.

7.2. Modalità di aggiornamento da CUP aziendale alla banca dati Numero Verde regionale

Al fine di garantire un continuo aggiornamento del sistema dell'offerta anche per quanto attiene alle informazioni da dare al cittadino è necessario prevedere, a livello di ciascun sistema CUP (o altro applicativo specifico integrato con il CUP), che ogni modifica significativa per il Numero Verde regionale attivi un servizio automatizzato per l'allineamento con la banca dati regionale del Numero Verde secondo il tracciato di riferimento.

Naturalmente le informazioni presenti sulla banca dati del Numero Verde presentano un livello di dettaglio inferiore rispetto al sistema CUP e, quindi, tale funzionalità non può corrispondere ad una semplice estrazione di dati, ma devono essere definite a livello locale le regole per la "trasformazione" dei dati stessi secondo la logica del Numero Verde.

8. Informazione agli utenti del nuovo sistema

Al fine di condividere con il cittadino le nuove logiche del sistema che si sta implementando e responsabilizzarlo maggiormente è opportuno prevedere una campagna di sensibilizzazione a livello regionale.

A livello locale devono essere diffuse le informazioni con apposita cartellonistica presso:

- punti di prenotazione
- studi dei MMG/PLS
- ambulatori di specialistica
- Ecc...

L'informazione dovrà essere completa anche riguardo ai doveri che il cittadino è tenuto a rispettare. In particolare lo stesso va sollecitato a dare disdetta della prenotazione nel caso di impossibilità a presentarsi per l'appuntamento, rendendo note nel contempo le modalità attivate dalle aziende per favorire la disdetta. Le modalità previste devono, pertanto, risultare efficaci al fine di mettere il cittadino nelle migliori condizioni per comunicare l'impossibilità di presentarsi all'appuntamento.

Va inoltre richiamata la previsione dell'art. 5 comma 8 L. 407/90 e dell'art. 4 comma 18 L. 412/91 (finanziarie per gli anni 1991 e 1992) secondo cui il cittadino è tenuto, anche se esente, al pagamento per intero delle prestazioni di cui non ritira il referto entro 30 giorni dall'erogazione della prestazione o, ove diversamente previsto dall'Azienda Sanitaria, entro 30 giorni dalla data prevista per la consegna del referto stesso. Si ricorda che la successiva circolare regionale n. 9 del 14.6.1999 individua nella Azienda USL di residenza dell'utente il soggetto competente ad esercitare il recupero in caso di mancato ritiro del referto.

Schema fasi di implementazione

Attività	Scadenza
2 Requisiti di sistema	30/06/2008
3 Sistema dell'offerta	30/06/2008
3.1 Agenda di prenotazione	30/06/2008
3.2 Gestione dell'agenda	30/06/2008
3.3 Separazione prime visite e controlli	29/02/2008
3.4 Separazione primi accessi e controlli per prestazioni diagnostiche	30/06/2008
3.5 Applicazione priorità/codice colori	30/06/2008
3.6 Preparazioni	30/06/2008
3.7 Gestione delle sospensioni temporanee di erogazione	30/06/2008
3.8 Profilo del prenotatore	29/02/2008
3.9 Rimodulazione dell'offerta	30/06/2008
4 Gestione della prenotazione	30/06/2008
4.1 Bacino di riferimento	31/12/2007
4.2 Prenotazione della prima visita e della visita di controllo: Automatismi e Reportistica delle anomalie	29/02/2008
4.3 Prenotazione telefonica	31/12/2007
4.4 Gestione disdette	31/12/2007
5 Pagamento	30/06/2008
5.1 Criteri di calcolo del ticket	31/12/2007
5.2 Codifica univoca delle esenzioni	31/12/2007
5.3 Modalità di pagamento	30/06/2008
6 Modalità di rilevazione delle prestazioni aggiuntive erogate	31/12/2007
7 Allineamenti con Banche Dati esterne	
7.1 Allineamento Catalogo SOLE - Catalogo CUP:	31/12/2007
7.2 Modalità di aggiornamento da CUP aziendale alla banca dati Numero Verde regionale	31/12/2007
8 Informazione agli utenti del nuovo sistema	30/06/2008