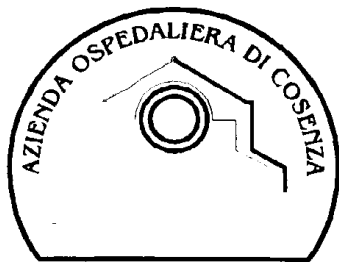


Dipartimento alla Tutela della Salute



**AZIENDA OSPEDALIERA
COSENZA**



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



CUP UNICO PROVINCIALE

Regolamento Interaziendale

Cosenza, gennaio 2013

INDICE

| | | | |
|----|--|-----------|----|
| 1 | PREMESSA | PAG. | 4 |
| 2 | TIT. 1 – NORME GENERALI | PAG. | 4 |
| 3 | ART. 1 –NORME GENERALI | PAG. | 5 |
| 4 | ART. 2 - DEFINIZIONE | PAG. | 6 |
| 5 | ART. 3 – FINALITÀ, PRINCIPI E CRITERI ORGANIZZATIVI | PAG. | 6 |
| 6 | ART. 4 – OBIETTIVI | PAG. | 7 |
| 7 | ART. 5 – PRESTAZIONI | PAG. | 7 |
| 8 | ART. 6 – UTENTI ED EROGATORI | PAG. | 7 |
| 9 | ART. 7 – CARATTERISTICHE DELLA RICHIESTA DELLA PRESTAZIONE | PAG. | 7 |
| 10 | TIT. 2 – RISORSE | PAG. | 8 |
| 11 | ART. 8 – ARTICOLAZIONE ED ORGANIZZAZIONE DEL CUP UNICO PROVINCIALE | PAG. | 8 |
| 12 | ART. 9 – ORGANIGRAMMA CUP | PAG. | 9 |
| 13 | TIT. 3 – PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITA’ | PAG. | 10 |
| 14 | ART. 10 - GESTIONE DELLE AGENDE | PAG. | 10 |
| 12 | ART.11 – ORGANIZZAZIONE DELLE AGENDE | PAG. | 10 |
| 13 | ART. 12 – ATTIVAZIONE DELLE AGENDE | PAG. | 11 |
| 14 | ART. 13 – MODIFICA E VERIFICA DELLE AGENDE | PAG. | 12 |
| 15 | ART. 14 – MODALITA’ DI ACCESSO AL SERVIZIO | PAG. | 12 |
| 16 | ART. 15 – PRENOTAZIONE DELLA PRESTAZIONE | PAG. | 13 |
| 17 | ART. 16 – PROCEDURA DELLA PRENOTAZIONE | PAG. | 14 |
| 18 | ART. 17 – PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA E MODALITA’ DI PAG. | PAG. | 16 |
| 19 | ART. 18 – CLASSIFICAZIONE DELLE PRESTAZIONI | PAG. | 16 |
| 20 | ART. 19 – RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI | PAG. | 17 |
| 21 | ART. 20 – REGISTRAZIONE DELLA PRESTAZIONE | PAG. | 17 |
| 22 | ART. 21 – PROCEDURE MANUALI DI REGISTRAZIONE | PAG. | 19 |
| 23 | ART. 22 – ACCESSO ALLE PRESTAZIONI | PAG. | 19 |

| | | | |
|----|---|-----------|----|
| 24 | ART. 23 - OVERBOOKING | PAG. | 21 |
| 25 | ART. 24 - PRESTAZIONI IN ESENZIONE | PAG. | 22 |
| 26 | ART. 25 – MODALITA' DI PAGAMENTO E GESTIONE CASSA | PAG. | 23 |
| 27 | ART. 26 - RECUPERO CREDITI | PAG. | 24 |

PREMESSA

Considerato che uno dei nodi fondamentali dell'organizzazione dei servizi sanitari è rappresentato dai problemi legati all'accesso alle strutture ospedaliere e agli ambulatori specialistici territoriali,

Considerato che la gestione della prenotazione delle prestazioni ambulatoriali rappresenta un momento centrale del rapporto tra cittadino e strutture sanitarie, in cui diventa fondamentale la possibilità di una gestione integrata ed in tempo reale delle informazioni relative alla disponibilità delle singole Unità Operative.

Al fine di evitare il faticoso peregrinare del cittadino-paziente da una Struttura Sanitaria all'altra, alla ricerca della prestazione prescrittagli

Vista la Delibera Regionale n° 257 del 25/03/2010 che prevede la realizzazione della rete regionale dei CUP e pertanto l'integrazione interaziendale dei Cup dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza e dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza viene emanato il presente regolamento.

TIT. 1 - NORME GENERALI

ART.1 - Oggetto del Regolamento e Riferimenti Normativi

Con il presente regolamento vengono fissati i principi ed i criteri operativi che le due Aziende adottano per disciplinare, in modo uniforme, l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e la gestione delle liste di attesa per la determinazione dei tempi massimi di attesa nell'ambito delle Strutture Sanitarie dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza e l'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza, nel rispetto delle indicazioni dettate dalla normativa vigente e di seguito elencate:

- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni;
- D.P.C.M. 29 novembre 2001 – Definizione dei livelli minimi di assistenza;
- Linee guida per la rimodulazione delle attività specialistiche ambulatoriali in strutture ospedaliere e distrettuali dei presidi pubblici e privati provvisoriamente accreditati, emanate dalla Regione Calabria con la finalità di consentire la razionalizzazione delle attività di assistenza specialistica ambulatoriale e di facilitare i percorsi assistenziali secondo i principi di equità dell'accesso e di uniformità dei tempi di attesa in ambito aziendale;
- Decreto dell'ex Ministero della Sanità del 22/07/96 che fissa il livello dell'assistenza specialistica riconosciuta dal S.S.N.;
- Delibera di Giunta Regionale n. 193 del 20/12/2012 con la quale, in esecuzione della legge 23/12/96, n. 662, veniva approvato il nomenclatore regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale;
- Accordo Stato-Regioni del 25/03/06 "Piano Nazionale contenimento liste di attesa"
- DGR n. 502/06 "Piano attuativo regionale di contenimento liste d'attesa";
- Art. 50 della Legge 326/03 e successive modifiche ed integrazioni "Istituzione del ricettario unico standardizzato";
- Disciplinare tecnico allegato al Decreto MEF del 17/03/08 e pubblicato su G.U. n. 86 del 11/04/08 S.O. n. 89;
- Linee guida Nazionali per il Sistema CUP dell'ex Ministro del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali del 27/10/09, recepite dalla Conferenza Stato-Regioni del 29/04/10;
- Delibera di Giunta Regionale del 05 maggio 2009, n.247, regolamento sulla compartecipazione alla spesa sanitaria – ticket, che definisce, tra l'altro, le categorie dei soggetti esenti;
- Decreto MEF del 11/12/09 "Verifica dell'esecuzioni, in base al reddito, dalla compartecipazione alla spesa sanitaria";
- Accordo Conferenza Stato-Regioni del 28/10/10 "Piano Nazionale di governo delle liste d'attesa triennio 2010-2012"
- Decreto del Presidente della Giunta Regionale, in qualità di Commissario ad acta, n. 37 del 6 maggio 2011, avente ad oggetto "Compartecipazione alla spesa sanitaria – ticket, modifica alla

delibera di Giunta Regionale del 5 maggio 2009, n. 247, così come rettificato dal DPGR n. 45 del 8 giugno 2011

- Delibere A.O. CS n. 742 del 26.07.2012 e ASP CS n. 2799 del 25.09.2012, con le quali veniva stipulato l'accordo di servizio tra ASP e AO di Cosenza per la gestione integrata dei servizi CUP in CUP Unico Provinciale.

Art.2 - Definizione

Il Cup Unico Provinciale configura una situazione in cui due diversi Cup Aziendali a valenza provinciale si interfacciano in un unico sistema informatico che gestisce le richieste di prenotazione degli utenti.

Per prestazioni specialistiche ambulatoriali si intendono atti e procedure tecnico-professionali specialistiche a finalità diagnostico-terapeutiche erogate in regime ambulatoriale. Le prestazioni specialistiche ambulatoriali sono quelle codificate nel D.M. 22/07/96 e s.m.i. recepito ed integrato con D.G.R. n.1458 del 24/09/99, la quale regola il sistema di remunerazione dell'attività di assistenza specialistica ambulatoriale.

Art. 3 - Finalità, principi e criteri organizzativi

Il Cup Unico Provinciale si costituisce come sistema informatizzato, che consente agli utenti di prenotare e pagare le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture sanitarie del territorio provinciale.

Agli utenti è consentito prenotare tutte le prestazioni erogate dalle strutture ambulatoriali delle Aziende Ospedaliera e Sanitaria Provinciale di Cosenza e dalle Strutture Private provvisoriamente accreditate.

E' consentito altresì pagare, indifferentemente in ogni postazione, le prestazioni erogate da tutte le strutture pubbliche delle due Aziende relativamente a quelle soggette a compartecipazione (ticket) o a totale carico del cittadino; nelle rispettive postazioni, invece, è possibile pagare tutte le prestazioni erogate in regime di attività libero professionale intramoenia.

Un sistema che consente di

- Garantire l'offerta sanitaria complessiva agli utenti dell'intero territorio provinciale;
- preservare l'autonomia delle singole Aziende, mantenendo modelli organizzativi differenziati dell'offerta sanitaria e di gestione della prenotazione;
- accedere dalle postazioni CUP alle agende delle due realtà aziendali;

Sono escluse dal Cup Unico Provinciale le prenotazioni relative a:

- prestazioni che hanno carattere di emergenza;
- prestazioni che rientrano nel regime del pre e post ricovero;
- prestazioni erogate in libera professione (l'Azienda Ospedaliera di Cosenza e l'Azienda Sanitaria Provinciale provvederanno separatamente alla prenotazione)
- accessi diretti

Il Cup oltre a semplificare il rapporto con gli utenti, consente di monitorare e governare la domanda, l'offerta sanitaria aziendale in termini di efficacia ed efficienza, attraverso :

- Il controllo della fase di prenotazione, registrazione diretta, incasso e contabilizzazione;
- la conoscenza delle caratteristiche della domanda e dell'offerta;
- la risposta alle richieste ed alle esigenze di pianificazione e programmazione delle Direzioni CUP;
- la base dati per le indagini statistiche e per il debito informativo verso Regione e MEF relativamente alle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Art. 4 - Obiettivi

Gli obiettivi che Il Cup Unico Provinciale si pone sono :

- la razionalizzazione del sistema di accesso alle prestazioni sanitarie;
- l'aumento della trasparenza sui meccanismi di prenotazione;
- l'ampliamento delle opportunità di scelta;
- la riduzione delle barriere di accesso per gli utenti.

Art.5 - Prestazioni

Le prestazioni che entrano nel sistema di prenotazione interaziendale afferiscono alle specialità erogate nell'ambito dell'Azienda Ospedaliera e dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza

Art.6 - Utenti ed Erogatori

Gli utenti che accedono al servizio sono i cittadini che vogliono usufruire dei servizi erogati dalle due Aziende. Le strutture erogatrici sono costituite dai tre Stabilimenti Ospedalieri dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza, dagli Stabilimenti Ospedalieri, Poliambulatori e strutture Sanitarie dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza.

Art.7 - Caratteristiche della richiesta della prestazione

La richiesta di prestazione deve essere emessa attraverso l'esclusivo utilizzo della ricetta SSN, compilata con appropriatezza (rispettando le indicazioni cliniche per le quali si è dimostrata efficace nel momento giusto e secondo le più opportune modalità), riportando obbligatoriamente il quesito diagnostico e completa dei criteri di priorità (onde poter essere espletata entro tempi appropriati alle necessità di cure) secondo i seguenti codici:

U = URGENTE entro il più breve tempo possibile (72 ore)

B = BREVE entro 10 giorni

D = DIFFERITA entro 30 giorni per le visite entro 60 giorni per le prestazioni di diagnostico-strumentale

P = PROGRAMMABILE entro 180 giorni

TIT. 2 - RISORSE

Art. 8 - Articolazione ed Organizzazione del CUP Unico Provinciale

Il CUP Unico Provinciale si articola su due livelli:

- livello tecnico-gestionale-organizzativo
- livello operativo

Il livello tecnico-gestionale-organizzativo (Coordinamento CUP)

Ad esso vanno ricondotte le funzioni di indirizzo, programmazione, controllo e valutazione dell'intero sistema di gestione della prenotazione ed è costituito:

- *Direzione CUP Azienda Ospedaliera di Cosenza* (SSD CUP e gestione liste di attesa, Ticket, Alpi e Poliambulatori – Responsabile Amministrativo CUP)
- *Direzione CUP Azienda Sanitaria Provinciale* (U.O.S. CUP ASP Cosenza – Responsabile SGP)
- *U.O.C. S.I.S. A*

È compito del Coordinamento CUP rilevare ed analizzare le problematiche legate al fenomeno della prenotazione, individuare le caratteristiche software per una migliore e rispondente funzionalità dell'intero sistema, verificare e controllare il processo di attuazione di quanto stabilito, ognuno per la propria Azienda.

Rimane a carico dell'Asp di Cosenza ed in particolare, di esclusiva competenza del Direttore del S.I.S.A., la conduzione tecnico-operativa dell'intero sistema:

- gestione delle procedure software;
- raccordo con la ditta titolare del sistema CUP;
- gestione e controllo della rete di comunicazione;
- responsabilità degli interventi tecnici sulla procedura software.

È di esclusiva competenza dell'A.O. di Cosenza la gestione del Call Center telefonico in termini di dotazione tecnologica, di rete e di risorse umane ; ogni Azienda provvede a garantire e a verificare la formazione del rispettivo personale.

Infine è di competenza, ognuna per la propria Azienda, la gestione hardware del sistema.

Il livello Operativo è suddiviso in:

Un primo livello, costituito per l'A.O. dalla Direzione CUP e dal Droup-ut, e per l'ASP dalle Segreterie Territoriali CUP, che provvedono a:

- Generare, controllare e modificare le agende di prenotazione

- Bloccare le agende per la sospensione delle erogazioni
- Curare gli spostamenti delle prenotazioni su sedute ed unità
- Garantire la formazione degli operatori allo sportello
- Fornire assistenza gestionale dei moduli front e retro agli operatori di sportello
- Interfacciarsi con i servizi sanitari eroganti le prestazioni
- Interfacciarsi con i medici erogatori
- Interfacciarsi con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico
- Elaborare i dati statistici al fine di rilevare i principali fenomeni legati all'offerta sanitaria ed alla prenotazione
- Gestire gli archivi di base del sistema limitatamente ad operazioni predefinite. Modifiche sostanziali alla normale operatività sugli archivi di base devono essere preventivamente autorizzate a livello superiore dal responsabile CUP (Direzione A.O. e/o A.S.P.) o dal responsabile SGP, che verificheranno tali necessità con le prescrizioni del presente regolamento e/o nuove normative regionali/nazionali.

Un secondo livello operativo che provvede all'attività di front e retro office (gestione della prenotazione, gestione dei Piani di Lavoro ed esazione ticket) costituito per l'A.O. dalle postazioni di front-office ospedaliere e da una struttura centrale telefonica, il Call-Center; per l'ASP dalle postazioni front-office territoriali.

Art. 9 - Organigramma CUP

1. I Responsabili delle Direzioni CUP sono responsabili delle attività relative al CUP e, pertanto, presiedono e sovrintendono alla Gestione CUP in tutte le sue articolazioni centrali e periferiche, relativamente alle attività istituzionali, all'analisi della domanda ed all'integrazione tra l'offerta istituzionale e quella in libera professione.
2. I Responsabili delle Direzioni CUP hanno la responsabilità di :
 - coordinare l'attività di prenotazione;
 - promuovere l'omogeneizzazione delle procedure di prenotazione;
 - sovrintendere alle attività di gestione delle agende;
 - rapportarsi con l'U.O.C. SISA per la metodologia di raccolta dati, la loro gestione e l'analisi oltre che per la gestione del sistema stesso;
 - monitorare le attività ambulatoriali attraverso la produzione di report statistici;
 - monitorare l'attività di specialistica ambulatoriale relativamente al mantenimento dei tempi medi d'attesa e dei volumi di produzione;

- analizzare la domanda delle prestazioni ambulatoriali.

PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITA'

Art. 10 - Gestione delle agende

Per agenda di prenotazione si intende il programma operativo che fissa l'articolazione temporale e il tipo di prestazioni erogate dall'ambulatorio.

La gestione delle agende si basa su due momenti:

- a. organizzazione delle agende
- b. modifica e verifica delle agende

Art. 11 - Organizzazione delle agende

L'organizzazione delle agende è la fase operativa di programmazione delle attività ambulatoriali e rappresenta un punto estremamente delicato dell'intero sistema di erogazione delle prestazioni, sia per l'impatto sulla complessità organizzativa del centro erogatore, sia per l'impatto sull'utente in termini di accessibilità e soddisfazione. Le attività sono programmate dalle Direzioni CUP di concerto con i Direttori delle Unità Operative e/o Strutture, attraverso una valutazione della domanda e della disponibilità delle risorse professionali e strutturali, tenendo conto dei volumi di attività e/o tempi di attesa per le prestazioni determinate in sede di contrattazione annuale di budget.

In fase di organizzazione delle agende vanno definiti i seguenti aspetti:

1. fissare la periodicità dell'erogazione delle prestazioni individuando il calendario dei giorni e degli orari di attività. Il calendario è formalizzato ed ha effetto, ai fini della prenotazione, per l'intero anno solare. Non sono ammessi calendari per frazioni inferiori all'anno solare (mensili, trimestrali, ecc.). Le prenotazioni operano senza limiti temporali, nel rispetto della DGR 502/06 – *è vietato chiudere le agende di prenotazione* –
2. il successivo sviluppo delle agende spetta alla Direzione CUP per l'A.O. e dalle Segreterie Centrali CUP per l'ASP che provvederanno a fornire le necessarie informazioni e comunicazioni agli Uffici Competenti.
3. I medici specialisti entro il 31 marzo (*per il periodo aprile-ottobre*) e entro il 20 ottobre (*per il periodo novembre-marzo*) di ogni anno sono tenuti a presentare alla Direzione Cup e/o

Segreteria Centrale CUP competente per territorio il piano di utilizzo delle ferie relative ai periodi indicati. In caso contrario le agende resteranno immutate.

4. individuare le prestazioni effettivamente erogabili sulla base del vigente nomenclatore tariffario regionale.
5. per le prestazioni non comprese nel nomenclatore tariffario regionale, le due Aziende, con proprio atto, propongono le modalità di erogazione e le relative tariffe. A tale proposito deve essere osservata la seguente procedura:
 - a. il Responsabile dell'Ambulatorio propone per iscritto al Responsabile del Presidio, l'introduzione della nuova prestazione, precisandone la tecnica e il tempo di esecuzione, la motivazione e l'appropriatezza clinico-diagnostica, i possibili costi di produzione e l'eventuale tariffa (anche per analogia a prestazioni comparabili presenti nel nomenclatore tariffario);
 - b. il Direttore della Struttura erogatrice o di Distretto verifica e valida la proposta dandone comunicazione alla Direzione Aziendale;
 - c. la Direzione Aziendale sottopone ad approvazione della Regione – Assessorato alla Sanità - Dipartimento Tutela della Salute – l'introduzione della nuova tipologia di prestazione per relativa codifica e tariffa. L'effettuazione di prestazioni non comprese nel nomenclatore tariffario è subordinata all'atto autorizzativo della Regione Calabria.
6. fissare i tempi tecnici di preparazione e di esecuzione per le diverse tipologie e complessità di prestazioni (visite, diagnostica strumentale) anche al fine di definire i tempi di prenotazione. Nei Presidi erogatori i tempi di esecuzione delle prestazioni devono essere il più possibile uniformi, nel rispetto dei dettami dell'art. 16 comma 6 del DPR 271/2000, Il Direttore del Distretto e dello S.O. concordano sui tempi di esecuzione delle prestazioni ;
7. fissare il volume complessivo delle prestazioni, tenendo conto dell'articolazione del calendario, dei tempi tecnici di esecuzione e del tipo di prestazioni erogabili;
8. garantire la continuità organizzativa di tutte le attività ambulatoriali specialistiche mediante la pluralità dei medici specialisti dedicati, con l'integrazione, laddove necessario, tra Medici Specialisti Ambulatoriali a rapporto convenzionale e Medici a rapporto di lavoro dipendente.

Art. 12 - Attivazione delle agende

L'attivazione delle agende è la fase successiva a quella di organizzazione di cui all'art. 3 ed opera senza vincoli temporali fatte salve le procedure di modifica regolamentate dal successivo art. 13.

Art. 13 - Modifica e verifica delle agende

Riveste particolare importanza la fase operativa di controllo delle agende per valutare se l'articolazione organizzativa delle attività è congrua con gli obiettivi funzionali e di produttività fissati.

Questa fase prevede:

1. verifica, con cadenza trimestrale, da parte dei Direttori di Struttura e di Distretto dei tempi d'attesa per branca e per prestazioni, del rapporto tra prestazioni prenotate, prestazioni erogate e prestazioni in agenda, al fine di valutare, in presenza di squilibrio fra domanda ed offerta, le variazioni utili da apportare alle agende;
2. variazioni delle agende:
 - a. le variazioni, su proposta del medico dell'ambulatorio, devono essere autorizzate dal Direttore dell'Unità Operativa e/o della Struttura e inoltrate alla Direzione CUP (AO CS) e alla Segreteria Centrale Cup (ASP CS) competente per territorio; esse decorrono dalla prima disponibilità rispetto alla lista di prenotazione esistente;
3. attivazione delle procedure di salvaguardia per sospensioni temporanee dell'attività per cause di forza maggiore (sciopero, avaria apparecchiatura, inagibilità locali, ecc.):
 - a. il Responsabile dell'Ambulatorio comunica la sospensione dell'attività con indicazione delle cause e la previsione del periodo di interruzione al Responsabile di Struttura e/o Direttore dell'U.O.;
 - b. il Responsabile della Struttura e/o il Direttore dell'U.O. provvedono a darne tempestiva comunicazione (fax, posta interna e/o e-mail) alla Direzione CUP e/o ufficio Droup.ut (A.O.), alla Segreteria Centrale Cup competente per territorio (ASP) che provvederanno alla sospensione delle sedute, a spostare gli appuntamenti, e a ritrasmettere alla struttura inviante le liste dei prenotati con l'indicazione del nuovo appuntamento.
 - c. la comunicazione all'utente del nuovo appuntamento sarà effettuata dalla singola struttura erogante per l'ASP, dall'ufficio Droup.ut per l' A.O.
 - d. in applicazione dei dettami dell'accordo Stato-Regioni del 28/10/2010 in ordine al contenimento dei tempi massimi d'attesa di cui al Piano di Governo Nazionale delle Liste d'attesa ed al conseguente Piano Regionale, nonché dei Piani Attuativi Aziendali, dovrà essere attuata a cascata la seguente procedura:

- gli appuntamenti slittano in coda all'agenda del medesimo ambulatorio che effettua la sospensione se la data non è superiore ai 30/60 giorni (visite/prestazioni strumentali)
- gli appuntamenti vengono spalmati, in overbooking, nelle sedute immediatamente disponibili in agenda o in sedute appositamente create fuori agenda, in maniera proporzionale nel rispetto dei tempi massimi d'attesa;
- gli appuntamenti vengono spalmati in altri ambulatori della medesima struttura se i tempi d'attesa non superano i 30/60 giorni e tenendo conto della facoltà di libera scelta dell'utente;
- gli appuntamenti vengono spalmati in overbooking su altre unità previo accordo fra lo specialista che effettua la sospensione e lo specialista che dovrà erogare, dandone comunicazione al CUP;

Art. 14 - Modalità di accesso al servizio

1. Il contatto degli utenti con il servizio CUP Unico Provinciale (AO/ASP) avviene per accesso diretto ai punti di prenotazione territoriali ed ospedalieri o per via telefonica.
2. L'organizzazione centralizzata del servizio consente una gestione integrata delle informazioni, che permette a tutti gli operatori dei punti di prenotazione di avere accesso in tempo reale alle disponibilità dei singoli servizi e/o ambulatori, potendo così prenotare ovunque sia possibile. L'operatore accoglie la domanda dell'utente, ricerca la prima disponibilità utile nell'ambito delle strutture sanitarie delle due Aziende, e comunica all'interessato la data e la sede di erogazione. Se accolta dall'utente, l'operatore procederà con il completamento della prenotazione, altrimenti, sentite le specifiche esigenze dell'utente, cercherà sul sistema la soluzione migliore rispetto alle stesse.
3. Presso ogni punto CUP l'utente potrà:
 - I. Prenotare ogni prestazione disponibile nelle varie agende per ogni presidio ospedaliero e/o poliambulatorio in cui avvenga l'erogazione;
 - II. Comunicare eventuali disdette degli appuntamenti;
 - III. Ricevere i modelli di preparazione e consensi informati per l'esecuzione di esami complessi: tali modelli saranno consegnati presso gli sportelli; pertanto, gli esami che prevedono preparazioni non potranno essere prenotati per via telefonica.
 - IV. Effettuare l'eventuale pagamento del ticket dovuto.
4. La prenotazione telefonica si effettua chiamando il Call-Center al seguente numero 0984/681806.

5. L'orario di apertura al pubblico dei punti CUP è stabilita di concerto dalle Direzioni CUP delle due Aziende.

Art. 15 - Prenotazione della prestazione

1. La prenotazione è la modalità operativa con cui, previa registrazione dei dati utili richiesti dal sistema di gestione dell'attività ambulatoriale, viene formalizzato all'utente l'appuntamento per l'erogazione della prestazione richiesta. In tutti i presidi erogatori dell'Azienda il sistema di prenotazione (CUP) è unico e gli appuntamenti sono personalizzati per ogni singolo utente. Per le prestazioni in continuità assistenziale e/o domiciliari, le prenotazioni sono fissate direttamente dall'ambulatorio e comunicate al sistema di prenotazione CUP per la successiva e obbligatoria registrazione.
2. La gestione delle prenotazioni risponde a due finalità:
 - a. assegnazione del diritto di accesso all'utente con informazioni sull'erogazione della prestazione;
 - b. costituzione della sorgente informativa necessaria per rispondere sia al debito informativo obbligatorio esterno (Regione, M.E.F., ecc) che ai flussi informativi interni (Direzione Strategica Aziendale, Commissione Specialistica Ambulatoriale, ecc.).
3. l'accettazione della richiesta di prenotazione è effettuata dalle postazioni front-office del CUP (ad esclusione di quelle dedicate alla specifica attività di prenotazione).
 - a. gli sportelli CUP osservano orario di apertura al pubblico con turni antimeridiani e pomeridiani definiti con criteri il più possibile uniformi in ambito territoriale ed in relazione alle effettive esigenze dell'utenza;
 - b. gli sportelli assicurano le operazioni di cassa per la riscossione del ticket e di rilascio dell'attestato di pagamento. Il ticket viene riscosso, di norma, al momento della prenotazione; è comunque possibile procrastinare il pagamento che, in ogni caso, va effettuato prima dell'erogazione della prestazione, fatti salvi i casi eccezionali di cui appresso. Per prestazioni di particolare impegno tecnologico, preventivamente individuate (TAC con MDC, RMN, GASTROSCOPIA, COLONSCOPIA, ECOCOLORDOPPLER CARDIACO), il ticket deve essere corrisposto almeno 7 giorni prima dell'esecuzione dell'esame e costituisce conferma indispensabile della prenotazione. In caso contrario la prenotazione viene annullata al fine di limitare il fenomeno della mortalità della prenotazione.

4. l'attribuzione dell'appuntamento all'utente è condizionato dai seguenti fattori:
 - a. impegnativa
 - b. livello organizzativo di erogazione della prestazione secondo quanto stabilito dall'art. 11 del presente regolamento
 - c. disponibilità in agenda
5. gli appuntamenti sono regolati secondo il criterio dell'ordine cronologico e fissati con numerazione progressiva.

Art. 16 - Procedura della prenotazione

1. Ogni postazione CUP deve esporre in maniera ben visibile l'orario di apertura e chiusura al pubblico ed ogni operatore di front-office deve essere dotato di apposito tesserino identificativo con foto.
2. La procedura della prenotazione prevede l'informazione all'assistito delle disponibilità esistenti nelle agende dell'intera offerta sanitaria pubblica e privata;
3. prevede, altresì, la verifica della correttezza della prescrizione prevista dalla normativa vigente, con l'eccezione delle prestazioni previste dall'art. 16, comma 3 del DPR 28 luglio 2000, n. 271, per le quali è previsto l'accesso diretto: ostetricia-ginecologia, odontoiatria, psichiatria, neuropsichiatria infantile, oculistica (limitatamente alle optometrie) pediatria (limitatamente a coloro che non hanno ancora scelto l'assistenza pediatrica di base).
4. Le prescrizioni devono essere redatte sul formulario ricettario unico standardizzato del SSN, secondo quanto previsto dall'art. 50 Legge 326/03 e s.m.i.
5. In attuazione alla normativa vigente, art. 50 legge 326/03, il numero massimo di prestazioni prescrivibili per ogni ricetta è di 8 per la medesima branca (per gli esami di laboratorio il prelievo ematico non viene computato nel calcolo, ma deve essere comunque sempre riportato), fanno eccezione le prestazioni cicliche per le quali si intende 8 prestazioni per ciclo ove previsto e 8 prestazioni per un max di 12 sedute ove non previsto.
6. Le prestazioni afferibili alla medesima branca devono essere accettate anche se erogabili presso ambulatori o specialisti diversi e/o date diverse, purché sia rispettato il limite massimo di otto:
 - Nell'Azienda Provinciale l'impegnativa viene consegnata al primo ambulatorio che eroga la prima prestazione; qui viene effettuata la fotocopia che segue il paziente per l'esecuzione della seconda prestazione.

- Nell'Azienda Ospedaliera al paziente vengono consegnate due fotocopie dell'impegnativa allegando a ciascuna la relativa stampa di prenotazione e l'eventuale stampa della fattura fiscale.
7. La procedura di prenotazione prevede, inoltre, il corretto calcolo della quota di partecipazione dovuta, ovvero del tipo di esenzione operante per l'assistito mediante l'accettazione della richiesta di prenotazione ed emissione e rilascio all'assistito di modulo a stampa, quale riscontro dell'avvenuta prenotazione completo delle seguenti informazioni:
 - a. generalità dell'assistito
 - b. tipo di prestazione
 - c. livello di prestazione
 - d. codici di priorità
 - e. data, ora e sede di prenotazione
 - f. data, ora e sede specifica dell'effettuazione della prestazione
 - g. numero d'ordine progressivo
 - h. importo ticket dovuto ovvero del tipo di esenzione
 - i. eventuali indicazioni e/o avvertenze di preparazione indispensabili per l'effettuazione della prestazione richiesta.
 8. L'utente ha diritto all'immediato rimborso del ticket qualora la prestazione non è resa per responsabilità dell'Azienda – che deve essere certificata dall'unità erogante – anche se rinuncia ad un nuovo appuntamento; ha diritto al rimborso qualora comunichi la disdetta con almeno sette giorni d'anticipo; ha altresì diritto al rimborso qualora non si presenti all'appuntamento per impedimento adeguatamente motivato, ma comunque preventivamente comunicato.
 9. La disdetta della prenotazione può essere effettuata presso i punti CUP o telefonicamente al call center per il relativo cambio di stato della stessa, al fine di ridefinire la disponibilità nel piano di lavoro.
 10. Se con la valutazione clinica il medico specialista decide di anticipare la data di prenotazione di una prestazione effettuata dal CUP, dovrà compilare una nuova impegnativa modificando il codice di priorità già assegnato. Tale procedura è obbligatoria al fine di classificare le richieste di prestazioni secondo le classi di priorità.
 11. Per l'Azienda Sanitaria Provinciale a prenotazione avvenuta l'operatore CUP consegna all'utente il promemoria stampato e la ricetta sul retro della quale, a supporto della regolarità

amministrativa eseguita, apporrà il timbro con il proprio nominativo, il numero di SGP o CW, se soggetto esente ticket ovvero numero di attestato di pagamento se pagante.

Art. 17 - Partecipazione alla spesa sanitaria e modalità di pagamento

1. Relativamente alla partecipazione alla spesa sanitaria per le prestazioni di specialistica ambulatoriale si fa riferimento alle vigenti disposizioni regionali in materia.
2. Per quanto riguarda le modalità di pagamento, il cittadino provvede al pagamento del ticket, prima di effettuare la prestazione:
 - a. Per l'A.O. presso gli sportelli CUP ospedalieri in contanti o tramite carta bancomat.
 - b. Per l'A.S.P. presso gli sportelli CUP, o presso tutti gli uffici postali che espongono il cartello "sportello amico" a mezzo bollettino postale.

Art. 18 - Classificazione delle prestazioni

(articolo interamente ed esclusivamente valido per l'Azienda Ospedaliera)

1. Le prestazioni sono classificate in due tipologie:
 - I. *primo accesso*, la prestazione che innesca la presa in carico del paziente rispetto ad un determinato bisogno assistenziale;
 - II. *secondo accesso* (accesso diretto), la prestazione richiesta dallo specialista che ha preso in carico il paziente nel primo accesso, che può essere necessaria per poter rispondere al quesito diagnostico originario, per il follow-up, oppure a scopo terapeutico, purché strettamente correlata al bisogno assistenziale originario. Al fine di regolamentare la registrazione dell'impegnativa e la giusta attribuzione all'U.O. erogatrice, il medico prescrittore dovrà compilare la modulistica predisposta riportante il timbro e firma del medico e la data di prenotazione.

Art. 19 - Rendicontazione delle prestazioni

(articolo interamente ed esclusivamente valido per l'Azienda Ospedaliera)

- III. Tutte le prestazioni, sia di primo che di secondo accesso, di norma devono essere prenotate e comunque registrate prima dell'erogazione, attraverso il sistema CUP, sia al fine di una corretta gestione del sistema di prenotazione e di rendicontazione, che della produzione di dati affidabili e completi.

La registrazione deve essere effettuata sia per le prestazioni prenotate, che per quelle erogate in accesso diretto.

- IV.** Al momento dell'erogazione della prestazione l'utente deve esibire la registrazione dell'impegnativa in regola con le norme vigenti in materia di partecipazione alla spesa sanitaria.

Art. 20 - Registrazione della prestazione

(articolo interamente ed esclusivamente valido per l'Azienda Sanitaria Provinciale)

1. Con la registrazione della prestazione si realizzano tre aspetti rilevanti della procedura:
 - a. l'attribuzione della prestazione al centro erogatore in termini di quantificazione e valutazione dell'attività;
 - b. la regolarizzazione amministrativo-contabile della richiesta;
 - c. la implementazione del flusso dati per la rilevazione della spesa sanitaria attraverso l'estrazione e l'invio degli stessi al sistema informativo regionale (flusso C) e al Ministero dell'Economia e delle Finanze (file XML - art 50).
2. Per ogni registrazione l'operatore CUP consegna all'utente l'attestato di pagamento nel caso di prestazioni soggette a ticket o a pagamento; non deve essere consegnato, in nessun caso, il promemoria o foglio di registrazione. Questa avviene con l'indicazione del numero di SGP o CW prima indicato.
3. L'attività di registrazione è fondamentale per la determinazione dei volumi di attività delle singole unità eroganti. È con la registrazione che si va ad alimentare la base dati utile ad assolvere al debito informativo verso la Regione ed il MEF per il monitoraggio della spesa sanitaria, pertanto risulta necessario rispettare le seguenti condizioni:
 - a. Ogni unità erogante deve contenere nella propria denominazione l'indicazione del medico (singolo specialista o direttore di unità nel caso di reparti ospedalieri);
 - b. Le singole unità eroganti devono erogare le sole prestazioni riconducibili in maniera univoca ad un codice ministeriale o regionale contenuto nel tariffario-nomenclatore regionale;
 - c. Le prime visite e le visite definite brevi (cod. 89.7 e 89.01 o corrispondenti) devono essere univocamente riconducibile alla branca di appartenenza (non vanno utilizzate assolutamente descrizioni generiche del tipo "prima visita specialistica" o "visita domiciliare" se non sono seguite dalla specifica branca)

- d. L'attribuzione ad ogni unità erogante delle prestazioni caratterizzate dalle condizioni di cui sopra deve essere applicata in maniera uniforme su tutto il territorio aziendale.
- e. Ad alimentare il flusso di attività per ogni ambulatorio in maniera corretta concorreranno: l'attività di completamento dei piani di lavoro eseguita a cura delle postazioni cup nella funzione di retro-office, l'inserimento ex post, in accettazione, di prestazioni eseguite in accesso diretto (laboratori analisi in primis e tutti gli ambulatori che erogano prestazioni ad assistiti esenti totali)
- f. E' obbligatorio che transitino preventivamente dal CUP tutte le ricette di assistiti: soggetti al pagamento della compartecipazione, soggetti con esenzione per patologia, per condizione e per vulnerabilità le cui classi di esenzioni consentono solo l'esenzione correlata ai singoli codici, soggetti che devono effettuare prestazioni a totale carico del cittadino, soggetti che devono effettuare prestazioni in attività libero-professionale intra moenia.
- g. Le ricette prescritte, invece, a soggetti cui le classi di esenzioni possedute consentono l'erogazione della totalità delle prestazioni erogate dal SSN, a seconda dell'organizzazione che le singole strutture erogatrici si sono date, possono indifferentemente essere registrate nella procedura informatica prima dell'erogazione (AO) o in modalità ex-post (ASP) purché vengano rispettati i tempi indicati nel successivo art. 22, comma 5 .
- h. Tutte le unità che erogano prestazioni specialistiche ambulatoriali a mezzo di ricette SSN devono obbligatoriamente prevedere l'inserimento delle stesse nella procedura informatica del sistema CUP, indipendentemente se rientrano o meno nel sistema di prenotazione CUP.

Art. 21 - Procedure manuali di registrazione

(articolo interamente ed esclusivamente valido per l'Azienda Sanitaria Provinciale)

Tali procedure si attuano solo ed esclusivamente in caso di mancato funzionamento del sistema informatico.

In presenza, pertanto, di tali situazioni è necessario attenersi alle seguenti istruzioni:

1. l'utente viene inviato direttamente all'ambulatorio di erogazione della prestazione, in quanto la stessa non può essere subordinata alla regolarizzazione amministrativo-contabile;
2. non essendo possibile la quantificazione economica, senza l'ausilio del sistema informatico, l'utente viene invitato a regolarizzare la stessa in una fase successiva. In questo caso il medico erogatore rilascerà il referto solo ad avvenuta regolarizzazione della impegnativa.
3. Relativamente all'esazione del ticket o della tariffa in caso di prestazione a pagamento, l'operatore procederà ad incassare mediante l'utilizzo del bollettario cartaceo in dotazione presso ogni postazione, le stesse saranno dotate di catalogo generale delle prestazioni al fine di poter determinare l'esatto importo da incassare.

Art. 22 - Accesso alle prestazioni

1. L'accesso all'ambulatorio rappresenta la parte conclusiva del processo e garantisce all'assistito l'effettuazione della prestazione richiesta, secondo le modalità e i tempi previsti all'atto della prenotazione.
2. L'erogazione delle prestazioni comporta, per ogni ambulatorio, l'osservanza di alcune fasi operative:
 - a. stampa del piano di lavoro giornaliero degli assistiti prenotati; ogni ambulatorio deve ritirare e/o stampare il proprio piano di lavoro;
 - b. chiamata, secondo l'ordine progressivo di prenotazione, degli assistiti in lista;
 - c. identificazione dell'assistito, con verifica della corrispondenza tra impegnativa e prenotazione, degli assistiti in lista;
 - d. esecuzione della prestazione. Per le prestazioni che prevedono tecniche invasive, interventi o manualità nelle cavità naturali, l'assunzione di mezzi di contrasto o altre tecniche complesse, deve essere acquisito il consenso informato scritto che viene conservato nel registro nosologico e ne diventa parte integrante;
 - e. rilevazione di eventuale prestazione aggiuntiva, in caso positivo il Medico specialista prescrive la prestazione su un'altra impegnativa su ricettario SSN e l'assistito dovrà procedere successivamente al pagamento del ticket, se dovuto;

- f. rilascio all'assistito del referto "a vista". Nel caso il referto debba essere rilasciato in data successiva, l'ambulatorio consegna all'assistito uno stampato informativo su cui siano indicati:
- ✓ giorno, ora e sede del ritiro e numero telefonico di riferimento;
 - ✓ modalità di ritiro (da parte dell'assistito in presenza di documento d'identità ovvero da un delegato con delega in carta semplice, proprio documento e copia documento identità del delegante);
- g. le strutture sono tenute a conservare il referto per trenta giorni dalla data di redazione, con l'obbligo di addebito all'assistito dell'intero costo della prestazione fruita, in caso di mancato ritiro, secondo quanto previsto dall'art. 5 Dlgs 30 dicembre 1989, convertito nella legge 29 dicembre 1990, n. 407;
- h. annotazione sul registro nosologico dei seguenti dati:
- ✓ generalità dell'assistito;
 - ✓ data e ora della prestazione;
 - ✓ tipo di prestazione effettuata, ivi compresa l'eventuale prestazione aggiuntiva;
 - ✓ timbro e firma del Medico specialista.
3. Il registro è unico per ciascun ambulatorio e branca specialistica, poiché si configura come atto certificativo, deve essere compilato in ogni sua parte e non contenere abrasioni o alcuna cancellatura e deve essere conservato, come da normativa vigente, insieme agli allegati, in luogo sicuro e non accessibile agli estranei, in quanto contenente dati cosiddetti "sensibili" ai sensi della legge 31 dicembre 1996, n. 675 e s.m.i. (Garante per la protezione dei dati personali – provvedimento 27 novembre 1997, n. 2; Dlgs 11 maggio 1999; DPR 28 luglio 1999, n. 318; Dlgs 30 luglio 1999, n. 282)
4. Il Responsabile dell'ambulatorio, se la situazione operativa lo permette, può disporre l'effettuazione di prestazioni in favore di assistiti non prenotati, adottando l'iter amministrativo descritto in caso di prestazioni in overbooking nel successivo art. 23.
5. Al termine della sessione di lavoro il centro erogatore e/o l'addetto all'ambulatorio deve effettuare:
- a. verifica del piano di lavoro giornaliero con riscontro degli assistiti assenti e quelli trattati;
 - b. invio del piano di lavoro giornaliero controllato, timbrato e firmato dal Medico Specialista.
 - c. La documentazione deve pervenire alle postazioni dedicate designate a tale procedura (L'Azienda Ospedaliera ha predisposto in tutte le UU.OO. l'accesso al CUP WEB per la stampa dei piani di lavoro e per il loro completamento – per l'ASP provvedono le

postazioni cup con l'attività di retro-office) al termine della sessione di lavoro e comunque non oltre il giorno successivo, purché non coincidente con un giorno festivo.

- d. L'operatore addetto alla postazione procede al completamento dei PDL sulla procedura.
- e. Tale procedura deve essere assolutamente completata entro e non oltre i 5 giorni successivi al mese di riferimento, al fine di elaborare e trasmettere i flussi della attività ambulatoriale (file XML /FLUSSO C) nei tempi stabiliti dagli organi competenti

Il CUP prende in consegna tutta la documentazione necessaria ad ulteriori elaborazioni informative.

Art. 23 - Overbooking

La prenotazione in overbooking è attivata esclusivamente previa autorizzazione del medico erogatore:

- Nel caso di forzatura su prestazione già prescritta da medico esterno il medico erogatore annoterà sul retro della ricetta la data di erogazione ed apporrà la propria firma;
- nel caso di prestazioni aggiuntiva lo stesso specialista prescriverà su ricettario SSN la prestazione richiesta e sul retro le medesime note di cui al punto precedente.

Art. 24 - Prestazioni in esenzione

1. L'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria è sancita per quanto attiene l'esenzione per malattie croniche e rare dalla circolare del Ministero della Salute 13 dicembre 2001, n. 13 – S.O. alla G.U. n.44 del 21 febbraio 2002, esplicitativa del D.M. 28 maggio 1999, così come modificato dal D.M. 21 maggio 2001, n.296; e, congiuntamente per quanto concerne l'esenzione per condizione e per reddito dal Decreto Ministero dell'Economia e delle Finanze 17 marzo 2008 – S.O. alla G.U. n.86 del 11 aprile 2008, con le sole varianti, a livello regionale, contemplate nel Decreto Presidente Giunta Regionale, in qualità di Commissario ad acta, n. 37 del 26 maggio 2011, come integrati dal DPGR n.45 del 8 giugno 2011.

2. Il diritto all'esenzione è riconosciuto mediante apposizione del medico prescrittore del codice e sub codici apposto sulla ricetta del SSN nei relativi spazi previsti.
 - Nello specifico, per le malattie croniche il codice è costituito dallo 0 (zero) ed il sub codice da 2 caratteri numerici (attualmente da 01 a 56); fanno eccezione la ex 002 che è stata declinata in 0A02, 0B02 e 0C02, e la ex 031 che è stata declinata in 0A31 e 0031, classi per le quali il codice completo è costituito da 4 caratteri.
3. Per i soggetti esenti le visite necessarie a monitorare la malattia devono intendersi quali visite di controllo o brevi identificate con il codice ministeriale 89.01 (o corrispondente), anche se accede per la prima volta ad una struttura e/o ad una disciplina specialistica diversa da quella di riferimento, per la diagnosi della malattia esente.
4. Il medico prescrittore deve eseguire obbligatoriamente la biffatura della lettera "N" sulla ricetta, qualora non sussistano le condizioni del diritto all'esenzione.
5. Per le classi di esenzione ove le prestazioni non sono elencate, sono erogabili in esenzione tutte le prestazioni che il medico prescrittore individua per ciascuna malattia, secondo criteri di efficacia ed appropriatezza rispetto alle condizioni cliniche individuali, sempre, però, correlate alla patologia specifica.
6. Per gli assistiti in possesso di più codici di esenzione le prescrizioni vanno effettuate su ricette separate, così come pure su ricette separate vanno redatte le prestazioni erogabili in esenzione con quelle a compartecipazione.
 - A tal proposito l'ASP ha implementato una procedura informatica per il rilascio degli attestati di esenzione per patologia corredato dall'elenco delle relative prestazioni fruibili in esenzione, e provvederà all'inoltro, a cura delle direzioni distrettuali, dell'elenco completo ai medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta.
7. La procedura informatica utilizzata dal CUP è predisposta per l'adeguata correlazione, per ogni singola tipologia di esenzione, fra codice e prestazioni erogabili.
8. Sono escluse dall'erogazione in esenzione tutte le prestazioni a pagamento o totale carico del cittadino e le stesse vanno prescritte dal medico su ricettario bianco.

Art. 25 - Modalità di pagamento e gestione cassa

La funzione di incasso è inglobata nell'insieme della procedura di prenotazione e registrazione; può essere effettuata all'atto della prenotazione senza cambiare modulo: l'operatore al termine di

questa può procedere all'incasso ed all'emissione del relativo attestato di pagamento, o prima dell'erogazione della prestazione a scelta dell'utente.

L'utente è tenuto alla regolarizzazione della ricetta, quindi al pagamento della quota di partecipazione, se dovuta, o all'intera tariffa nel caso di prestazione a pagamento o di prestazione resa in attività libero professionale intra-moenia, prima dell'erogazione della stessa e negli orari previsti nelle postazioni Cup.

L'utente è quindi tenuto a provvedere in anticipo nel caso in cui la prestazione venga erogata in giorni o in orari in cui le postazioni sono chiuse.

In alternativa al pagamento a mezzo sportello Cup, l'utente può effettuare lo stesso a mezzo bollettino di conto corrente postale che gli verrà consegnato dalla struttura erogatrice (ad esempio nel caso di prestazioni erogate dal pronto soccorso) la quale provvederà a comunicare al Cup tutti i dati relativi all'assistito ed alla prestazione erogata per la successiva verifica dell'avvenuto pagamento ovvero per l'attivazione della procedura di riscossione credito, come riferito nell'art.17.

Ogni operatore di front-office è abilitato alle funzioni di prenotazione – registrazione – incasso.

L'operatore deve operare esclusivamente con la propria password su qualsiasi postazioni intervenga, avendo cura di effettuare il logout ogni qualvolta abbandoni la postazione anche per sospensione momentanea di attività.

Ogni operatore a fine giornata lavorativa, ammesso che nella stessa abbia effettuato almeno un'operazione di incasso/rimborso, deve procedere alla chiusura della cassa con l'emissione della relativa reversale.

La somma delle reversali quotidiane effettuate costituirà, secondo le cadenze stabilite presso ogni postazioni, la somma da versare alla tesoreria generale dell'ASP e dell'AO.

Nella distinta di versamento in causale devono essere riportati tutti i numeri di reversale, dati indispensabili all'ufficio cassa centrale per le contabilizzazioni economiche.

A tal proposito l'ASP ha istituito un responsabile di cassa centrale per ognuna delle 4 aree corrispondenti alle ex AA.SS.

Art. 26 – Recupero crediti

E' istituito in ognuna delle due Aziende uno o più uffici addetti alla riscossione del credito, funzionalità importantissima nella gestione del CUP che va applicata nei sotto elencati casi:

- Tutte le volte in cui una prestazione viene erogata ad un soggetto che non rientra in nessuno dei casi di esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria e che per qualsiasi motivo, dipendente dall'assistito o dall'Azienda, non è stato esatto il ticket;
- Tutte le prestazioni erogate in favore di soggetti che all'atto della prenotazione erano in possesso dei requisiti per l'accesso alle classi di esenzione e che all'atto dell'erogazione della prestazione non erano più in possesso dei requisiti medesimi;
- Tutte le prestazioni erogate in favore di soggetti con codice di esenzione e che in conseguenza dei controlli obbligatori effettuati dall'Azienda come previsto dalla normativa vigente – decreto MEF 11/12/2009 - , risultano non in possesso dei requisiti;
- Tutte quelle prestazioni erogate da accessi al Pronto Soccorso e che in seguito vengono classificate come codici per i quali è prevista la compartecipazione alla spesa sanitaria;

Nel primo e nel secondo caso gli addetti alla riscossione del credito estrarranno periodicamente i dati direttamente dal sistema che prevede tale funzionalità.

Nel terzo e quarto caso gli addetti riceveranno le segnalazioni rispettivamente dagli uffici aziendali che hanno operato i controlli sulla veridicità delle autocertificazioni di esenzioni da reddito, e dalle Direzioni Sanitarie dei Presidi Ospedalieri circa gli accessi ai Pronto Soccorsi.