

PROCEDURA AZIENDALE

RECUPERO CREDITO

di prestazioni ambulatoriali prenotate e non erogate

Scopo del Regolamento

Il presente regolamento disciplina la gestione dei crediti aziendali, le azioni da porre in essere nel caso di inadempimento del debitore all'obbligo di pagamento sorto nei confronti dell'Azienda nel caso in cui non assolve all'obbligo di disdetta della prenotazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale nei tempi e nei modi previsti dalla normativa vigente che non tiene conto di eventuali esenzioni (art. 3, comma 15, del D.Lgs. n. 124/1998, DGRC n.123 del 2 aprile 2019; art. 3, comma 5, D.L. 73/2024 convertito nella legge 107 del 29 luglio 2024).

La richiesta di disdetta deve avvenire almeno, e non oltre, due giorni "pieni" (48 ore), domenica e festivi esclusi, prima della data stabilita per l'esecuzione della visita o della prestazione.

Per facilitazione si suggeriscono le modalità di calcolo della data e l'ora entro cui poter procedere alla disdetta in calce alla presente procedura*.

La disdetta può avvenire anche per motivi non imputabili al paziente.

Le Aziende erogatrici, in caso di eventi imprevedibili, quali la rottura improvvisa dell'apparecchiatura indispensabile all'erogazione della prestazione o la documentata, sopravvenuta impossibilità del professionista ad eseguirla, sono tenute a riprogrammare l'appuntamento entro 10 giorni o alla disponibilità dell'attrezzatura dandone comunicazione all'utente, al fine di consentirne una eventuale rinuncia.

Il paziente può anche fare richiesta di "disdetta senza storno", rinunciando al rimborso, specialmente per somme minimali come 5 (cinque) euro, pari al costo della prestazione in caso di esenzione.

In casi eccezionali, nei quali è comprovato un motivo ostativo grave alla presentazione del paziente in ambulatorio nella data di prenotazione della prestazione specialistica, questi può disdire l'appuntamento anche nelle 48 ore precedenti l'appuntamento, senza l'applicazione della sanzione prevista.

La richiesta può essere effettuata mezzo mail alla Direzione Sanitaria del Macrocentro/Macrostruttura in cui è prenotata la prestazione, solo in caso di:

- Avvenuto decesso dell'interessato (eredi);
- Lutto per decesso di familiare (fino al secondo grado di parentela, il coniuge o i conviventi appartenenti allo stesso nucleo familiare nel caso in cui l'evento si verifichi entro due giorni lavorativi antecedenti alla data della prestazione);
- Ricovero in una struttura sanitaria P.S. o per motivi di salute (attestati dal medico curante) avendo riguardo all'interessato stesso oppure a familiari entro il secondo grado di parentela, il coniuge o i conviventi appartenenti allo stesso nucleo familiare;
- Incidente stradale (attestato con modulo di constatazione amichevole, attestazione della compagnia assicurativa, fattura servizio trasporto stradale);

mediante l'invio dell'apposita modulistica presente in allegato e copia della documentazione comprovante la sussistenza del grave impedimento.

La disdetta può anche avvenire in circostanza delle azioni di re-call che devono essere effettuate periodicamente dai Macrocentri/Macrostrutture al fine di migliorare le Liste di attesa.

Le informazioni utili alla rilevazione del malum (NON EROGATO) sono riportate sull'applicativo gestionale del CUP/Sinfonia Soresa al momento dell'accesso, in caso della mancata presenza del cittadino alla prestazione sanitaria, o al momento della registrazione della disdetta in caso di disdetta posticipata.

Requisito fondamentale per il recupero del credito è la segnalazione dei nominativi dei pazienti presenti in Lista di Lavoro delle Agende Ambulatoriali, non presentatisi in ambulatorio nella data e nell'ora prenotata su piattaforma regionale ed il calcolo del malum mediante l'utilizzo del logaritmo messo a disposizione dall'Ufficio Centrale Ticket

Introduzione

Tutte le prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale necessitano della registrazione su piattaforma CUP Sinfonia Soresa, siano esse erogate nel Regime SSR, per le prestazioni previste dal Catalogo Regionale in vigore che in quelli

- Medico Legale, DCA n.3 del 03/01/2011 e s.m.i.;
- Libera Professione per le prestazioni ambulatoriali erogate regime di ALPI sia intramuraria sia allargata;
- Medicina dello Sport DGRC 2011 del 30 maggio 2003 e s.m.i.;
- Paganti (per le prestazioni rientranti e non nel catalogo regionale, prestazioni non ricomprese nei LEA, ed in ogni caso in cui la prestazione non possa essere fruita attraverso i canali previsti dal SSR).
- Screening (per le prestazioni previste dai programmi regionali di prevenzione)

Per far sì che ciò avvenga vanno configurate a sistema Agende di Prenotazione presso tutte le strutture erogatrici di prestazioni ambulatoriali aziendali.

Le agende devono essere aperte su base annuale, ovvero deve essere disponibile un calendario attivo per almeno un anno da qualsiasi momento dell'anno.

Ai sensi del PRGLA sono vietate le liste chiuse, non a scorrimento continuo o tenute su supporto cartaceo e non registrate al CUP.

I Direttori dei Macrocentri /Macrostrutture, in quanto responsabili delle strutture erogatrici, hanno il compito di:

1. rendere chiara e disponibile l'offerta delle Unità Eroganti, attraverso le agende organizzate per branca specialistica, al fine di facilitare l'accesso in tempi brevi ai cittadini;
2. richiedere alla struttura aziendale deputata l'apertura/chiusura o variazione delle agende, la modifica di orari e disponibilità e la modifica delle prestazioni prenotabili ed erogabili;
3. effettuare il monitoraggio e la pulizia delle liste di attesa, con il supporto della procedura CUP che è in grado di fornire dati sull'attività di prenotazione, sui tempi di attesa e sui volumi

- di attività indicando i livelli di saturazione dell'offerta per un'eventuale riprogrammazione delle disponibilità di calendario in agenda;
4. differenziare le prestazioni sanitarie assicurando il rispetto delle classi di priorità;
 5. assicurare i percorsi diagnostici e terapeutici e la presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche, secondo quanto previsto dai PDTA regionali;
 6. coinvolgere gli operatori sanitari nell'individuazione delle criticità nei processi organizzativi;
 7. vigilare e comunicare in merito alla sospensione delle agende;
 8. assicurare l'erogazione delle visite prenotate anche in caso di assenza dello specialista;
 9. organizzare gli eventuali spostamenti delle prestazioni prenotate da erogare in caso di indisponibilità della Unità erogante prevista;
 10. Monitorare la numerosità degli anticipi in "Forzatura" autorizzati dal clinico, verificandone la corrispondenza con quella dei moduli opportunamente compilati, firmati e consegnati al CUP dai quali evincere le motivazioni di anticipo e le priorità assegnate dal MMg/PLS;
 11. assicurare le attività di prenotazione garantendo sempre l'apertura del punto CUP nella fascia oraria e nei giorni previsti;
 12. dare indicazioni su come prenotare correttamente le prestazioni richieste, eseguendo tutti i passaggi previsti dalla procedura con particolare attenzione ai campi chiave quali: codice fiscale, telefono, esenzione, classe di priorità, giusta attribuzione della branca ecc.;
 13. dare indicazioni su come disdire gli appuntamenti su richiesta degli utenti e lo spostamento degli utenti in accordo con le UU.OO. interessate, effettuare la pulizia delle liste di attesa degli appuntamenti ove sia avvenuta la disdetta; effettuare il rimborso dell'eventuale ticket pagato secondo la procedura prevista.
 14. garantire l'attivazione del "Percorso di Tutela Aziendale", in caso di presentazione dell'istanza da parte del cittadino
 15. assicurare la registrazione delle prestazioni effettuate attraverso la procedura di accettazione
 16. provvedere al monitoraggio delle prestazioni non erogate e alla contestuale trasmissione dei nominativi dei pazienti prenotati in lista di attesa per i quali procedere alle sanzioni pecuniarie previste dalla normativa vigente, pari al pagamento della quota ticket dovuta (art. 3, comma 15, del D.Lgs. n. 124/1998, DGRC n.123 del 2 aprile 2019; art. 3, comma 5, D.L. 73/2024 convertito nella legge 107 del 29 luglio 2024), che non tengono conto di eventuali esenzioni.

Gli Erogatori o Unità eroganti sono, di norma, le équipe ambulatoriali identificate presso le UU.OO. Ospedaliere dai Direttori delle stesse ovvero i singoli professionisti incaricati della erogazione delle prestazioni sanitarie.

Gli ambulatori operano per branche di assistenza (es.: cardiologia, otorinolaringoiatria, ecc.).

Per ogni ambulatorio, al fine di poter procedere ai monitoraggi previsti per quanto sopra descritto, le Direzioni Sanitarie devono provvedere a far abilitare dal CUP Centrale, gli specialisti e gli infermieri assegnati alle attività ambulatoriali, alle funzionalità della piattaforma Cup/SINFONIA Soresa che consentono:

- la corretta gestione della Lista di Lavoro (es: visualizzazione, stampa, estrazione dati in Excel, etc)
- la validazione delle prestazioni "erogate" e "non erogate" sulla Lista di Lavoro

nelle more dell'integrazione tra le piattaforme informatiche regionali TM Sinfonia/Refertazione e CUP Sinfonia/Soresa.

La procedura CUP /Sinfonia Soresa provvede, per le strutture pubbliche che devono obbligatoriamente inserire in offerta tutte le prestazioni erogate, a rispondere ai debiti informativi verso il Ministero dell'Economia e Finanze (art. 50), l'Agenzia delle Entrate, il Ministero della Salute (Verifica Liste di attesa, Mod. STS.21, ecc.) e verso la Regione (file C e C-Pacc, Cruscotti per monitoraggio e informativa al Cittadino).

Per tale motivo è fatto obbligo che le prestazioni prenotate su piattaforma vengano registrate dopo l'erogazione attraverso il sistema CUP, al fine di consentire una corretta gestione del sistema rendicontazione sia per soddisfare il flusso informativo al MEF (DM 2 novembre 2011, Art. 50 Legge 326/2003) che per consentire la produzione di dati affidabili e completi per la corretta programmazione e gestione delle risorse.

Così come la cancellazione delle prestazioni prenotate e non erogate, deve essere attuata al fine di consentire una puntuale trasmissione al sistema TS di tutte le prestazioni prese in carico ed erogate e di evitare che vengano trasmesse come prestazioni non erogate.

E' bene specificare che le prestazioni richieste al domicilio dell'assistito sono prenotabili al CUP del Distretto territorialmente competente per il domicilio di assistenza e che la data di prenotazione al CUP potrebbe non corrispondere alla reale data di effettuazione. Ai sensi del vigente ACN per la specialistica ambulatoriale, le visite effettuate presso il domicilio dell'assistito devono essere "preventivamente programmate e concordate con lo specialista ambulatoriale o il professionista interessato". Pertanto la data e l'orario devono essere comunicati telefonicamente all'interessato a cui va richiesto di effettuare il pagamento del Ticket prima dell'erogazione della prestazione.

In virtù della possibilità di organizzare le domiciliari a livello distrettuale e previa disponibilità dello specialista (Dirigente Medico/Specialista Ambulatoriale), è necessario validare l'erogato nella data in cui viene effettuata la prestazione e comunque non oltre le 72 ore (n.3 giorni, esclusi i festivi) anche al fine di far coincidere la data di erogazione con quella di firma del referto su FSE.

Per dare attuazione alla presente procedura è indispensabile che i Direttori Sanitari dei Macrocentri/Macrostrutture Aziendali mettano in atto, propedeuticamente, un percorso organizzativo che assicuri:

- l'acquisizione dei fogli di lavoro delle attività ambulatoriali, qualora gli ambulatori dei professionisti non siano dotati di dispositivi informatici;
- l'adeguata formazione del personale addetto all'accettazione;
- la periodica verifica della perfetta accettazione e validazione con passaggio allo stato "EROGATO" di tutte le prestazioni effettivamente effettuate;
- la corretta verifica della segnalazione delle prestazioni non erogate (Stato "Non Erogato") ;

- la trasmissione periodica del file Excel delle prestazioni non erogate nelle Liste di lavoro di ogni Unità Erogante alla Direzione Amministrativa di riferimento

Gestione Lista di Lavoro Ambulatoriale

Come già esplicitato in premessa, tutti gli ambulatori aziendali sono stati configurati con relative agende di prenotazione su piattaforma informatica regionale CUP /Sinfonia Soresa.

Tra le abilitazioni attivate, come da indicazioni regionali, vi è quella di “vidimare” sulla Lista di Lavoro l’effettiva erogazione delle prestazioni prenotate, segnalando “EROGATO” o “NON EROGATO” al fine di inviare flussi informativi alimentati da una buona gestione della piattaforma.

Ribadendo che, secondo le attuali impostazioni di sistema tutte, le prestazioni prenotate e “pagate”** passano nello stato “EROGATO” dopo n.5 (cinque) giorni , al fine di rendicontare correttamente le prestazioni effettuate, è fatto obbligo di segnalare quelle “NON EROGATE” (ad eccezione delle domiciliari per le quali va indicato sia l’erogato che il non erogato).

Gli specialisti, nelle more dell’integrazione tra le piattaforme regionali TM Sinfonia/Refertazione e CUP/sinfonia Soresa, devono vidimare la Lista di lavoro in una delle seguenti modalità, concordandola con la Direzione Sanitaria del Macrocentro/Macrostruttura di riferimento:

1) su piattaforma regionale CUP/SINFONIA Soresa

può essere effettuato dallo specialista o dal personale infermieristico assegnato alle attività ambulatoriali, specificatamente abilitato all’utilizzo della piattaforma e formato alla corretta gestione della Lista di Lavoro Ambulatoriale

2) su cartaceo, in mancanza di dispositivi informatici

Immediatamente prima dell’inizio delle attività ambulatoriali, va stampata e resa disponibile allo specialista la Lista di Lavoro relativa alle prenotazioni del giorno.

Stampare la Lista il giorno prima potrebbe non garantire l’esatta corrispondenza con quella presente a sistema, considerando che la lista di attesa subisce processi dinamici.

Sulla Lista di lavoro devono essere vidimati (anche mediante spunta) i nominativi dei pazienti che non si sono presentati in ambulatorio.

A fine giornata la Lista cartacea va timbrata e firmata in ogni foglio dallo specialista (Dirigente Medico/Specialista Ambulatoriale, Professionista) responsabile delle attività ambulatoriali e consegnata alla Direzione Sanitaria del Macrocentro/Macrostruttura di afferenza, che identifica il personale responsabile al caricamento su piattaforma CUP/Sinfonia Soresa.

**si intendono pagate tutte le prestazioni per le quali il paziente ha provveduto al pagamento dell’intero importo del Ticket previsto, quelle con compartecipazione della spesa in caso di riconoscimento di esenzione parziale, quelle a costo “zero” per esenzione totale

Il Personale incaricato dalla Direzione Sanitaria del Macrocentro/Macrostruttura provvede entro n.3 (Tre) giorni al caricamento su piattaforma Cup/Sinfonia Soresa delle informazioni presenti sulla suddetta Lista di Lavoro, al fine di garantire l'alimentazione dei Flussi informativi, ricordando che tutte le prestazioni pagate passano in stato "Erogato" dopo n.5 (cinque) giorni.

Trasmissione del Report Mensile dalla Direzione Sanitaria alla Direzione Amministrativa

La Direzione Sanitaria del Macrocentro/Macrostruttura provvede entro il giorno 10 di ogni mese:

- a verificare sulle Liste di Lavoro di tutti gli ambulatori l'effettivo passaggio nello stato "Erogato" di tutte le prestazioni pagate ed effettuate nel mese precedente, segnalando eventuali anomalie di sistema alla Direzione Cup Aziendale, per il seguito di competenza.
- a trasmettere alla Direzione Amministrativa, su file excel, l'estratto da piattaforma Cup/Sinfonia Soresa di tutte le prestazioni in stato "NON Erogato" sia pagate che non pagate, al fine di procedere al recupero credito, facendo attenzione ad eliminare i nominativi dei pazienti che avessero comunicato disdetta nei tempi previsti e/o nelle 48h precedenti l'appuntamento per gravi motivi ostativi, opportunamente certificati.

N.B.: il file excel, fornito dall'Ufficio Centrale Ticket, consiste in un applicativo che consentirà di trasmigrare i dati estrapolati dalla piattaforma Cup/Sinfonia Soresa mediante il tasto "CARICA" alla pag. 2 del predetto file.

Le Direzioni Amministrative dei Macrocentri/Macrostrutture, ricevuto, con cadenza mensile, il file Excel contenente il dato contabile relativo al Ticket Sanitario per prestazioni ambulatoriali da pagare, suddiviso per ciascun nominativo/utente, provvederà ad inviare il predetto file ai Responsabili del procedimento, individuati nell'ambito della Convenzione per l'affidamento all'Agenzia delle Entrate Riscossione dell'attività di recupero entrate tributarie e patrimoniali, ai sensi e per gli effetti della Delibera n. 250 del 09.02.2024.

I Responsabili del procedimento, provvederanno ad:

- effettuare il calcolo del "Delta differenziale" rispetto al Ticket da pagare (malum), per ogni nominativo (N.B: Il Malum va calcolato in base al ticket previsto da Catalogo Regionale ovvero all'importo massimo per impegnativa, in assenza delle esenzioni, pari a 46,15 euro) mediante l'utilizzo del logaritmo informatico messo a disposizione dall'Ufficio Ticket Centrale;

- attivare le relative procedure mediante gli applicativi forniti dall'ADER, nonché a curare la successiva fase istruttoria (analisi delle controdeduzioni, opposizioni e/o regolarizzazione delle quote), in sintesi procedere alla segnalazione all'Ufficio Recupero Crediti dell'Agenzia delle Entrate, che provvederà all'invio dell'avviso bonario e procederà per l'effettivo recupero coattivo della sanzione, trascorsi n. 120 (centoventi) giorni entro i quali è consentito reclamo da parte dell'utente (controdeduzioni, opposizione o regolarizzazione della quota).

Ciò al fine di avviare l'iter di riscossione dei predetti ticket, secondo le linee operative già fornite dall'Ufficio Centrale Ticket per l'attività di recupero di tutti quelli inerenti le prestazioni indebitamente fruite negli anni pregressi, nonché gli importi relativi agli ulteriori crediti vantati dall'Azienda, a tutt'oggi in corso.

*Modalità di calcolo delle 48 ore antecedenti la prenotazione della prestazione: dalla data dell'appuntamento (data=X) si sottraggono tre giorni (X-3), non considerando le domeniche e le festività nazionali (il sabato va sottratto poiché giornata lavorativa). Orbene, nel caso in cui l'appuntamento fosse fissato per Lunedì, la disdetta dovrà avvenire entro il Giovedì precedente, ovvero Lunedì da cui sottrarre 3 giorni lavorativi più la Domenica (X-4).