

ALLEGATO

1.- Da “Il Cup dei cittadini” a “Il Cup del sistema”

Il CUP è lo strumento che ha “democratizzato” l’accesso dei cittadini alle prestazioni ambulatoriali, che ha consentito e consente una più efficace razionalizzazione del sistema sanitario. Il CUP si pone come mediatore “indipendente” tra domanda ed offerta di servizi.

Tali affermazioni sono tuttora valide ed in parte, ancora, non sempre tradotte in una pratica quotidiana.

Si deve prendere atto che l’evoluzione, nel suo complesso, del sistema sanitario e del sistema sociale di riferimento (scienza e tecnologie, costi e finanziamento) ci impone una ulteriore riflessione strategica in merito a questo strumento che deve trovare una collocazione adeguata al livello in cui si pongono attualmente le criticità.

La democratizzazione dell’accesso alle risorse e la razionalizzazione dei meccanismi di “offerta” non possono più essere considerati, da soli, i fattori centrali e/o strategici del sistema, a cui corrispondeva un modello di CUP

E’ necessario compiere un salto concettuale nell’affrontare un nuovo disegno: il CUP non è “per il cittadino” ma è “per il sistema sanitario”. Il CUP è uno strumento tecnologico-organizzativo ad elevata complessità funzionale (per quello che può e dovrà consentire di fare) e, proprio per questo, deve diventare strumento di lavoro quasi di esclusiva competenza del medico, che lo utilizza per accedere a tutte le risorse necessarie per curare il singolo paziente e per mettere se stesso, in quanto risorsa, nelle disponibilità del sistema.

Il medico è, previa condivisione del cittadino, l’unico organizzatore/decisore/responsabile di qualsiasi “percorso diagnostico-terapeutico” che non può, quindi, essere delegato, anche per gli aspetti gestionali ed organizzativi, ad altri, tantomeno al cittadino stesso.

Il *primo* “percorso diagnostico-terapeutico”, anche il più semplice, è di norma organizzato dal medico di base e può esaurirsi nella vicina farmacia, come può aprire percorsi più lunghi e articolati.

Il *secondo* “percorso diagnostico-terapeutico” è quello che si intraprende all’interno della medicina specialistica, più frequentemente in regime di ricovero, ma non esclusivamente e, soprattutto, non separatamente.

I due percorsi sono interdipendenti, spesso in continuità l’uno con l’altro; possono e dovrebbero intersecarsi di frequente (principio della continuità terapeutica...).

Ogni medico, qualunque ruolo ricopra, in qualsiasi struttura si trovi, nei percorsi assistenziali che attiva per qualsiasi cittadino, dovrà farsi carico, contrariamente a

quanto accade oggi, di predisporre gli accertamenti ed i trattamenti che ritiene necessari, senza più rinviare il cittadino al CUP.

Già oggi il sistema organizzativo dei CUP è ben ramificato, esteso nel territorio, condiviso con altre organizzazioni sociali. In questa nuova prospettiva, il numero degli sportelli, più che inseguire localizzazioni geografiche, dovrà tendere a coincidere con il numero dei medici, e con tutti i luoghi (ambulatori, medicherie, degenze, DS, DH, DS, uffici) in cui i medici esercitano le loro funzioni a contatto con i pazienti.

2.- Il CUP appartiene alla Direzione di ciascuna azienda, che nomina un dirigente a cui delega tutto il potere gestionale con specifico incarico professionale.

Dati per acquisiti questi presupposti, la prospettiva che si apre non stravolge l'attuale situazione: Il CUP è strumento del sistema sanitario e, come qualsiasi altra funzione sanitaria, deve avere una direzione sanitaria forte ed autorevole.

In ogni azienda dovrà essere nominato un *Responsabile del CUP* scelto, di norma, tra i medici afferenti alla Direzione Sanitaria: un incarico professionale, a tempo pieno, cui corrisponderà una delega alla gestione di tutte le risorse che sono in gioco (internamente ed in convenzione) per la domanda di specialistica e diagnostica ambulatoriali, con un costante rapporto con la domanda delle medesime prestazioni in regime di ricovero.

Ogni azienda dovrà impegnarsi ad utilizzare al massimo i propri strumenti di gestione (organizzazione e tecnologie) in questo specifico settore: il primo obiettivo è di ridurre a 0 lo scarto tra prestazioni erogate e prestazioni prenotate, all'interno di ciascuna azienda.

Ancora oggi, si registra un livello non ancora soddisfacente di questo rapporto che, mediamente, è ben lontano dall'obiettivo, raggiungibile, del 100% , che diventa obiettivo fondamentale di misurazione delle performances di tutte le aziende e che *deve essere raggiunto entro il 30.06.2008.*

3.- A livello di Area Vasta viene nominato un Coordinatore (scelto tra i Responsabili dei Cup aziendali) a cui sarà assegnata una struttura da collocare all'interno di una delle aziende di Area Vasta.

Il C.U.P. non è un mero meccanismo tecnologico, né una funzione tecnico-amministrativa.

L'efficienza dei singoli cup (che si riafferma come obbligo principale) non può più costituire un obiettivo in se, ma deve essere ricompreso all'interno dell'obiettivo

più generale ed avanzato di integrare i CUP aziendali trasformandoli in un CUP di Area vasta.

Il progetto dei “Cup di Area Vasta” risale ad alcuni anni e non ha compiuto grandi passi in nessuna delle tre aree: di fatto alla data attuale non è possibile effettuare alcuna prenotazione da un’azienda all’altra, fatta esclusione per l’area metropolitana di Firenze (che è solo una parte, per quanto importante, dell’intera Area Vasta Centro).

Questa situazione non è ulteriormente procrastinabile e le singole aziende devono compiere il massimo sforzo per garantire il raggiungimento degli obiettivi fissati alle scadenze del 31 Marzo e del 30 Giugno pv.

Per assicurare questo obiettivo, in linea con quanto già definito in merito alla direzione dei CUP Aziendali, si ripropone la stessa necessità di individuare un Coordinatore-Responsabile per la direzione dei CUP di Area Vasta.

Tale Coordinatore dovrà essere individuato tra i responsabili dei CUP Aziendali; a questo livello verrà istituita una specifica struttura da collocare nell’ambito della Direzione Sanitaria di una delle Aziende.

Le mansioni e gli obiettivi di questa nuova funzione sono riconducibili a tutti gli atti e le operazioni relative e necessarie alla messa in opera ed al corretto funzionamento dei CUP di Area Vasta con delega totale da parte della Direzione di ciascuna azienda.

4.- La Regione predisponde un piano di formazione esclusivamente riservato ai dirigenti di CUP nominati dalle aziende.

La Regione stà predisponendo la realizzazione di un “Corso di aggiornamento-formazione obbligatorio” riservato in modo esclusivo ai Responsabili/Coordinatori dei CC.UU.PP aziendali e di Area Vasta.

Tale seminario si svolgerà in uno dei centri didattici della Regione; la partecipazione sarà obbligatoria e condizionante la prosecuzione dell’incarico.

Il seminario affronterà le seguenti problematiche con l’obiettivo di condividere linguaggi e obiettivi, metodologia di analisi e criteri di valutazione:

- Storia e funzione dei CUP aziendali.
- La normativa regionale in merito ai CUP.
- Lo stato attuale dei cup aziendali nella regione Toscana.
- Analisi e valutazioni.
- Anagrafe dei cittadini, nomenclatore tariffario, esenzioni, compensazioni.
- Il raggiungimento dell’obiettivo.
- La funzione dei Direttori di CUP.
- Il Coordinamento per l’attivazione del CUP di area vasta.
- Il Coordinamento di Area vasta e l’Estav.
- Critica al modello attuale di CUP.

- Spunti per una nuova analisi sulla funzione dei CUP.

La forma del seminario, verrà utilizzata anche per il monitoraggio del progetto: gli stati di avanzamento, i problemi, le soluzioni adottate, dovranno costituire la base di un proficuo scambio, teso alla formazione continua di un gruppo di operatori che avrà il compito di riportare nelle sedi locali lo sviluppo complessivo del progetto.

5.- Tutto attraverso il CUP (Agende di primo livello e agende di secondo livello: i percorsi del medico di base ed i percorsi della specialistica).

Non solo CUP aziendali al massimo livello di efficienza; non solo CUP integrati a livello di ciascuna Area Vasta: è necessario avviare, contemporaneamente, un nuovo modello di CUP, più orientato al funzionamento interno del sistema che non alla singola domanda del cittadino.

Dovrà essere effettuato ogni sforzo, per ridistribuire la funzione di “prenotazione” a tutti i professionisti (interni ed esterni) nel momento in cui esercitano le loro funzioni ed accedono alle risorse del sistema.

Tutte le aziende dispongono di una infrastruttura di comunicazione interna, sufficientemente estesa, per poter distribuire in ogni posto di lavoro collegato alla rete, la funzione di “prenotazione”, abilitandone l’uso ad ogni professionista.

Tutte le aziende seppure in modo diversificato, possono consentire un accesso protetto, dei professionisti esterni, ai servizi ed ai dati aziendali, attraverso rete pubblica, con un accettabile livello di sicurezza.

Questo nuovo modello di CUP può essere perseguito attraverso tre linee di intervento:

1.- Sul piano più strettamente organizzativo-amministrativo: contrattando (in sede Budget) con i professionisti e/o con le équipe o servizi di cui fanno parte, e/o con le loro associazioni, forme di incentivazione destinate ad organizzare il servizio che potranno essere finanziate anche attraverso una diminuzione dei costi di gestione degli sportelli CUP tradizionali.

2.- Sul piano della organizzazione della offerta dei servizi: avviare la standardizzazione di profili di offerta diagnostico-terapeutica autogestiti dal professionista, che se assume la responsabilità, verso un singolo cittadino. Il medico, di base o specialista, nel momento in cui definisce un “percorso” per un cittadino, deve avere la possibilità di poter trovare nel CUP uno strumento ancora più versatile, in grado di predisporre, in modo automatico, proposte di offerte ottimizzate per quanto attiene ai tempi di attesa e di esecuzione, delle prestazioni richieste.

3.- Sul piano più strettamente tecnico si fa riferimento ad agende di prestazioni di primo livello (tutto ciò che può essere appropriatamente richiesto dalla medicina di

base) ed agende di prestazioni di secondo livello (tutto ciò che può essere appropriatamente richiesto dalla medicina specialistica).

6.- Integrazione e qualità nella organizzazione dei servizi (funzione di prenotazione estesa)

Le aziende dovranno impegnarsi (oltre a distribuire la funzione di prenotazione in rete) a verificare e valutare la possibilità di integrare questa funzione (modulo di prenotazione) all'interno dei singoli applicativi verticali/specialistici, in modo tale che il professionista che stà refertando una visita o un esame o traccia un percorso terapeutico con uno specifico applicativo, non sia costretto ad una operatività tecnica complessa e quindi "scoraggiante" per richiamare ed utilizzare la funzione o il servizio di "prenotazione".

Tale integrazione, dal punto di vista tecnico e funzionale, rappresenta certamente un obiettivo di elevato livello e di non facile ed immediata generalizzazione; tuttavia si ritiene utile e necessario sottolineare questo impegno, perché, laddove ciò risultasse possibile implementarlo, rappresenterebbe il miglior incentivo alla diffusione del sistema stesso.

E' evidente che a questo livello il sistema non potrà che caratterizzarsi (per molteplici fattori), con una crescita cosiddetta "a macchia di leopardo" che, tuttavia, sarebbe valutata come altamente positiva e le cui esperienze pratiche saranno "certificate" dalla stessa Regione.

7.- Invertire la tendenza all'ipertrofia dei CUP

L'obiettivo di un nuovo cup nei termini in cui è stato definito, consentirà anche di iniziare l'inversione di una tendenza all'ipertrofia delle attuali strutture organizzative.

Il CUP, nell'ottica tradizionale, dovendo gestire il 100% della domanda e dell'offerta di servizi; dovendo forzatamente espandersi nel territorio, è inesorabilmente costretto a crescere. Un CUP che cresce è un CUP in cui il costo di gestione aumenta proporzionalmente con ricadute sempre più significative sul costo complessivo di ogni prenotazione/prestazione.

Se la funzione di "prenotazione" viene redistribuita all'interno delle strutture eroganti (medici di base e medici specialisti), teoricamente, il CUP come l'abbiamo conosciuto fino ad oggi, sarebbe destinato a scomparire; diluito all'interno del sistema sanitario. Diminuirebbero i costi diretti (per quanto siano riconvertiti in forme di incentivazione), aumenterebbe in modo esponenziale l'efficienza e la produttività oltre che la soddisfazione dei cittadini e degli stessi operatori.

8.- Un pensiero diverso per avviare il progetto di sviluppo dei CUP adeguato a supportare il sistema sanitario regionale.

Il problema non è (se mai lo è stato) quello di garantirsi o rincorrere la migliore soluzione tecnica che possa determinare i migliori risultati.

Il problema è di incominciare a pensare in modo diverso, di dare operatività ad un pensiero innovativo con gli strumenti necessari (a partire da una completa utilizzazione di quelli di cui già disponiamo) per raggiungere obiettivi nuovi.

Fintanto che il centro dell'interesse sarà "l'agenda aziendale" e non l'"agenda dell'area vasta", gli obiettivi rimarranno delle impossibili opzioni.

E' opportuno riaffermare che quando una azienda produce un servizio, automaticamente, questo servizio è prodotto per l'intera comunità dell'Area Vasta. Già nella fase di programmazione tale principio deve costituire l'essenziale del governo della sanità. E' una contraddizione macroscopica che è necessario superare immediatamente, l'atto di programmare le risorse a livello di Area Vasta e, contemporaneamente gestire le offerte a livello locale.

Qualsiasi agenda nasce e si costituisce come agenda di Area Vasta.

Questo principio deve essere il motore propositivo alla base di qualsiasi cambiamento, anche nel governo diretto delle singole aziende.

I problemi della organizzazione dei sistemi sanitari non sono mai semplici ma ciò non significa problemi irrisolvibili. Al contrario, in generale è necessario il massimo impegno e il massimo sforzo di analisi per trovare soluzioni in una dimensione dinamica di evoluzione continua di tutto il sistema.

L'agenda è di Area Vasta ed il CUP è di Area Vasta: questi due principi sono coerenti con il "*Cup dei cittadini*" che si sviluppa verso il "*Cup del sistema*"; che trova una sua esplicitazione pratica nella progressiva riduzione della "macchina esterna" del CUP fino alla sua totale integrazione nel sistema della produzione dei servizi sanitari.

9.- Un piano per la condivisione delle agende (aree di confine, specialistica e diagnostica complessa).

I cittadini hanno il diritto ed il sistema sanitario (e le aziende) ha il dovere di garantire nel più breve tempo possibile le prestazioni richieste nell'ambito del proprio bacino di utenza.

Tale principio è da considerare ampiamente condiviso e tuttavia ci sembra necessario specificarne alcuni aspetti che hanno un riflesso immediato nell'obbiettivo del CUP di Area Vasta.

Il sistema sanitario Toscano ha individuato 4 bacini di utenza:

- Il Distretto
- L'azienda
- L'Area Vasta
- La Regione

In rapporto a tali ambiti territoriali sono e devono essere articolate tutte le prestazioni ambulatoriali.

Le singole aree non costituiscono delle divisioni insuperabili; i residenti nelle zone di confine devono trovare una risposta ottimale che annulli lo svantaggio della mera residenzialità”.

Dal punto di vista strettamente tecnico, un “cup di area vasta”, deve essere uno strumento che consente di gestire in modo trasparente la totalità della offerta, ricercando sempre il massimo di efficienza nell'offrire le prestazioni più appropriate a ciascun bacino di utenza.

Ciò che deve essere garantito a livello locale (Società della salute) sarà del tutto indifferente ad una apertura-visibilità delle risorse ad ambiti territoriali più ampi (fatte salve le zone di confine); ciò che invece deve essere garantito ai livelli più ampi deve poter disporre di un accesso a tutta la specifica offerta.

Il Coordinatore ed i dirigenti locali dei CC.UU.PP., predispongono la soluzione di questi problemi.

Si ritiene opportuno non affrontare le problematiche tecniche relative al nomenclatore tariffario unico, alla anagrafe degli assistiti, alla gestione del ticket (delle esenzioni, delle riscossioni e delle compensazioni), così come di tutte le tabelle di dati che costituiscono la struttura di base del CUP e che devono essere condivise a livello di Area vasta.

Queste problematiche ormai sufficientemente analizzate, devono solo essere praticamente messe in opera.

Anche su queste si misurerà la capacità direzionale dei CC.UU.PP. da parte della nuova organizzazione.

Il controllo sullo stato di avanzamento dei progetti ed il raggiungimento di tutte le scadenze verrà effettuato non soltanto tramite le dichiarazioni delle aziende, ma anche mediante l'elaborazione dei dati che già costituiscono patrimonio del sistema informativo sanitario regionale (“Flussi.doc”).

10.- Impegni e scadenze a carico delle aziende:

Entro il 30.04.2008:

- Ogni azienda dovrà nominare il Responsabile del CUP, scelto, di norma, tra i medici afferenti alla Direzione Sanitaria.
- Ogni azienda dovrà ridurre a 0 lo scarto tra prestazioni erogate e prestazioni prenotate (come già concordato per questa data).
- Il Coordinatore di Area Vasta nomina un Coordinatore del Cup di Area Vasta (scelto tra i Responsabili dei Cup aziendali).
- I tre Cup di Area Vasta raggiungono gli obiettivi parziali già concordati per questa data.

Entro il 30.06.2008:

- Tutte le aziende avranno ridotto a 0 lo scarto tra prestazioni erogate e prestazioni prenotate.
- I tre Cup di Area Vasta raggiungono la condivisione di risorse e funzioni già concordati per questa data.
- Tutte le aziende dovranno riferire in merito alla loro capacità di estendere il “servizio prenotazione” all’interno delle proprie strutture:
 - N° di “sportelli potenziali*” attivabili entro il 30.09.2008: _____
 - N° di “sportelli potenziali” attivabili entro il 31.12.2008: _____
- Tutte le aziende dovranno riferire circa la loro capacità/possibilità di realizzare e rendere operativo un accesso sicuro ai servizi (CUP) ed ai dati (Archivio ospedaliero), da parte di utenti esterni, tramite internet.

Entro il 30.09.2008:

Tutte le aziende dovranno:

- Certificare tecnicamente (Relazione tecnica descrittiva) l’attivazione dell’accesso dall’esterno.
- N° di “sportelli potenziali” attivati all’interno delle strutture: _____

Entro il 31.12.2008:

Tutte le aziende dovranno:

- N° di “sportelli potenziali” attivati all’interno delle strutture: _____
- N° di utenti e di accessi medi giornalieri dall’esterno.

*- Per “**sportello potenziale**” si intende un qualunque PC collegato alla rete informatica aziendale, tramite il quale è possibile, per l'operatore abilitato, collegarsi al CUP, controllare le disponibilità delle agende ed effettuare una prenotazione, in piena autonomia.