



La Carta dei Servizi Sanitari:

“ il documento condiviso “



PRESENTAZIONE

La “ **Carta dei Servizi Sanitari** è uno strumento per permettere ai cittadini di conoscere l’attività dell’Azienda Sanitaria e gli ambiti nei quali possono esercitare i loro diritti e rivendicarli

nel momento in cui ritengano che essi siano stati lesi.

Il cittadino non deve, dunque, essere un passivo fruitore dei servizi, ma egli stesso deve diventare un protagonista attivo e consapevole. Gli obiettivi da raggiungere insieme sono quelli di migliorare la qualità dei servizi offerti e conseguentemente soddisfare le richieste

dei cittadini.

La Carta dei servizi è la garanzia scritta della volontà di migliorare e di instaurare con l’utenza un rapporto nuovo per una costruttiva

stagione di collaborazione.

E’ per questo motivo che oltre a prestare attenzione ai momenti di partecipazione dei singoli cittadini, abbiamo sempre tenuto presente lo spazio riservato alle organizzazioni di volontariato che

rappresentano le esigenze di tutti.

La “Carta dei servizi” regola il rapporto tra il cittadino e L’Azienda Sanitaria. E’ uno strumento a tutela del diritto alla salute ed attribuisce al cittadino ed alle organizzazioni di volontariato la possibilità di effettuare reali forme di controllo sui servizi erogati e sulla loro qualità. Come tutti gli strumenti è in sé neutro, il suo buon utilizzo dipende sempre dagli uomini che l’utilizzano e dalla loro volontà. Non ha un carattere definitivo, ma è suscettibile di continui aggiornamenti ed integrazioni e può essere la base di partenza per la realizzazione di “carte” specifiche relativamente ai diversi servizi.

I principi ispiratori che nella erogazione dei servizi e che rappresentano anche un metro di misura per la “Carta dei servizi” sono quelli della eguaglianza, della imparzialità, della continuità, del diritto di scelta, della partecipazione, dell’efficienza e dell’efficacia.

Gli impegni che l’Azienda assume sono relativi al rispetto degli standard di qualità e quantità, alla verifica di tale impegno, all’adozione di provvedimenti che colmino carenze e ritardi imprevisti, anche in virtù delle segnalazioni degli utenti e delle loro

associazioni.

Contiamo sulla collaborazione dei Comuni, delle Associazioni di volontariato, delle Forze Politiche, Sociali e Sindacali, e ci auguriamo che in tutti noi nasca una nuova consapevolezza dei nostri doveri e dei diritti di tutta la comunità che ognuno nell’ambito delle sue competenze deve servire con umiltà, con onestà intellettuale e con il forte impegno che l’importanza della

Sanità, richiede.

IL Direttore Generale

Dott. Pietro Quinto



Premessa

La mission dell'Azienda Sanitaria USL n° 5 di Montalbano Jonico, impegnata in un processo di continuo miglioramento della qualità dei servizi, è finalizzata :

- Promuovere , mantenere e sviluppare lo stato di salute della popolazione
- Assicurare i livelli essenziali di assistenza nel rispetto dei principi di dignità della persona umana
- Soddisfare il bisogno di salute
- Rispettare l'èquità nell'accesso all'assistenza
- Garantire la qualità delle cure e la loro appropriatezza
- Tener presente l'economicità nell'impiego delle risorse
- Garantire la disponibilità e l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

La **vision** aziendale è contenuta nella Carta dei Servizi Sanitari, che riporta i principi ispiratori del comportamento dei singoli ed associati.

Il documento "Carta" è predisposto ed aggiornato con il coinvolgimento degli operatori e dei cittadini interessati ai servizi offerti.

Il ruolo di tutti deve essere quello di affermare con forza la volontà di creare:

1. il miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini e la loro soddisfazione
2. la razionalizzazione dell'impiego delle risorse per ottimizzare lo sviluppo dei servizi
3. la capacità di aggiornare nell'attività quotidiana , la vision alle strategie aziendali

Per raggiungere tali obiettivi l'Azienda deve aprirsi all'esterno, interagendo con il proprio ambiente, mettendo l'esigenza dell'utenza sempre al **CENTRO** dei propri programmi, investendo sul proprio patrimonio professionale e sulle innovazioni tecnologiche e strutturali.

Anche questa Carta dei Servizi è aggiornata con il coinvolgimento degli operatori e delle Associazioni di Volontariato, nello specifico dei componenti dell'Osservatorio Permanente dei bisogni socio-sanitari e delle condizioni delle persone anziane rappresentato dallo **SPI-CGIL, FNP-CISL, UILP-UIL e Tribunale per i Diritti del malato**, con l'unico obiettivo che il **BENESSERE COLLETTIVO** passa attraverso la collaborazione e la responsabilizzazione non solo delle istituzioni preposte alla tutela della salute, ma dall'insieme più ampio di soggetti: cittadini, operatori sanitari ed istituzioni.

I componenti dell'Osservatorio

Il responsabile dell'U.O. URP



La Carta dei Servizi Sanitari

L'Azienda Sanitaria USL n° 5 ha aggiornato la Carta dei Servizi Sanitari, in collaborazione con le forze sociali e di tutela dei cittadini, individuando gli elementi per la valutazione della qualità del servizio offerto all'utenza.

Nella prima parte della presente Carta viene riportato:

- *la presentazione dell'Azienda Sanitaria;*
- *gli standard relativi ai vari aspetti della qualità, le garanzie che l'Azienda riesce ad assicurare all'utenza e i relativi impegni che l'Azienda si propone di garantire;*
- *i meccanismi di tutela e partecipazione;*

Nella seconda parte viene riportato:

- *la Carta dei Diritti e Doveri del Malato;*
- *il Protocollo d'Intesa con il Tribunale per i Diritti del Malato;*
- *il Protocollo d'Intesa tra l'Azienda Sanitaria USL n° 5 e l'Osservatorio permanente dei Bisogni socio-sanitari e delle condizioni delle persone anziane.*

In appendice viene riportato:

- *Il Protocollo per l'accettazione dei ricoveri ordinari programmati presso il Presidio Ospedaliero di Policoro.*
- *L'Accettazione Amministrativa dei ricoveri ordinari programmati.*
- *I Raggruppamenti Omogenei di Attesa*
- *L'attività del Medico di Medicina Generale e Pediatrica.*
- *Il Regolamento per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina di base, pediatri di libera scelta e medici ospedalieri.*
- *L'Attivazione delle procedure per la distribuzione diretta dei farmaci ai pazienti presso le strutture ospedaliere di Policoro- Stigliano e Tinchi*
- *Il Protocollo per le dimissioni protette.*
- *La Regolamentazione dell'accesso alle prestazioni ambulatoriali per i soggetti totalmente esenti.*
- *Regolamento Accesso Prestazioni ambulatoriali per portatori di handicaps.*
- *Il Modello per la segnalazione di disfunzioni- suggerimenti- reclami.*



Parte Prima

Presentazione dell'Azienda Sanitaria USL n° 5

Direzione Aziendale

<i>Direttore Generale</i>	<i>Dott. Pietro Quinto</i>
<i>Direttore Amministrativo</i>	<i>Dott.. Rocco Ierone</i>
<i>Direttore Sanitario Aziendale</i>	<i>Dott.. Antonio Colasurdo</i>

Uffici di staff:

<i>Comunicazione – URP</i>	<i>Dott.ssa Maria Malvasi</i>
<i>Pianificazione e Controllo Strategico</i>	<i>Dott. Rocco Giovanni Panarace</i>
<i>Sistema Informativo Aziendale</i>	<i>Dott. Angelo Malvasi</i>
<i>Segreteria Direzionale</i>	<i>Dott.ssa Maria Benedetto</i>
<i>Sviluppo Organizzativo e Gestione Risorse Umane</i>	<i>Dott.ssa Maria Benedetto</i>
<i>Sistema Prevenzione e Protezione</i>	<i>Ing. Riccardo Giorgi</i>
<i>Nucleo di Valutazione:</i>	<i>Dott.ssa Giovanna Baraldi</i>
	<i>Avv. Paolo Albano</i>
	<i>Dott.ssa Maria E. Taccardi</i>

L'Azienda Sanitaria n° 5 ha una popolazione residente di circa 81.000 abitanti, una realtà lavorativa di 980 dipendenti tra medici, infermieri, tecnici, personale amministrativo ed altre figure professionali che operano all'interno delle seguenti strutture dipartimentali:

- **Dipartimento dell'Area Medica** che comprende le UU.OO. di Medicina Generale di Policoro e Stigliano, di Medicina Generale ad indirizzo Gastroenterologico di Tinchì, di Cardiologia, di Nefrologia e Dialisi, di Endocrinologia e di Lungodegenza Semplice e Riabilitativa . *Il Direttore è il Dott. Antonio Ferrara.*

- **Dipartimento dell'Area Chirurgica**, composto dalle UU.OO. di Chirurgia Generale di Policoro Tinchì e Stigliano, di Chirurgia d'Urgenza, di Ortopedia e Traumatologia, di Oculistica e di Anestesia. *Il Direttore è il Dott. Giuseppe Longo.*



- **Dipartimento di Emergenza ed Urgenza** che comprende le UU.O.O. di UTIC, Rianimazione e Pronto Soccorso Attivo. *Il Direttore è il Dott. Berardino D'Alessandro.*
- **Dipartimento Materno-Infantile** che garantisce il coordinamento organizzativo-funzionale di tutte le attività territoriali e ospedaliere afferenti al settore materno-infantile attraverso le UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia e Pediatria. *Il Direttore è la Dott.ssa Santa De Agostino.*
- **Dipartimento di Salute Mentale** ha funzioni di coordinamento organizzativo – funzionale di tutte le strutture territoriali ed ospedaliere che erogano assistenza nel settore della salute mentale; comprende il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) e il Centro di Salute Mentale (CSM). *Il Direttore è la Dott.ssa Angela Montesano.*
- **Dipartimento dei Servizi Ospedalieri** comprende i Servizi di Radiologia di Policoro, Tinchì e Stigliano, il Laboratorio Analisi di Policoro, Tinchì e Stigliano, di Farmacia Ospedaliera e Territoriale e il Centro Trasfusionale. *Il Direttore è il Dott. Alfonso D'Alessandro.*
- **Dipartimento di Prevenzione** svolge le funzioni di direzione, del settore della prevenzione collettiva; comprende le UU.OO. di Igiene Epidemiologica e Sanità Pubblica, Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro, Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, Prevenzione – Protezione Impiantistica Luoghi di Lavoro, Sanità Animale Area A – Servizio di Igiene della Produzione, Trasformazione – Commercializzazione – Conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati - Area B, Servizio di Igiene degli Alimenti e delle Produzioni Zootecniche Area C. *Il Direttore è il Dott. Francesco Mauri.*
- **Dipartimento di Assistenza Sanitaria, Socio – Sanitaria e Riabilitativa** che comprende le UU.OO. di Assistenza Sanitaria di Base e di Medicina Fisica e Riabilitazione e il Centro Residenziale per le Cure Palliative (Hospice). *Il Direttore è il Dott. Angelo Carlomagno.*
- **Dipartimento Amministrativo** ha funzioni di coordinamento organizzativo – funzionale delle UU.OO. Economico-Patrimoniale, Provveditorato-Economato, Attività Tecniche e Amministrazione del Personale. *Il Direttore è il Dott. Rocco Ierone.*



Le Articolazioni dell'Azienda sul territorio

L'ASL n°5 garantisce l'attività assistenziale ai propri cittadini attraverso le strutture ospedaliere e territoriali.

L'assistenza ospedaliera è garantita dal Presidio Ospedaliero Unificato (P.O.U.) composto da tre stabilimenti ubicati nei Comuni di Policoro, di Tinchì di Pisticci e di Stigliano.

Nella tabella seguente sono riportati il numero dei Posti letto presenti nel 2006 nelle tre strutture ospedaliere del Presidio Ospedaliero Unificato.

Posti letto 2006	Totale	Di cui DH
P.O. POLICORO	174	19
P.O. TINCHI	59	14
P.O. STIGLIANO	41	7
TOTALE POU	274	40

Il Presidio Ospedaliero di Policoro, sede di Pronto Soccorso Attivo, comprende le UU.OO di Medicina Generale, di Chirurgia Generale, di Chirurgia d'Urgenza, di Ostetricia e Ginecologia, di Pediatria, di Ortopedia e Traumatologia, di Psichiatria, di Oculistica, i Servizi di UTIC, di Cardiologia, di Rianimazione, di Anestesia, di Laboratorio Analisi, di Radiologia, di Medicina Fisica e della Riabilitazione, di Terapia Antalgica, il Centro Trasfusionale e le attività ambulatoriali per esterni.

Il Presidio Ospedaliero di Tinchì, coomprende le UU.OO. di Chirurgia Generale, di Medicina Generale ad indirizzo gastroenterologico, i servizi di Ostetricia e Ginecologia e Pediatria che garantiscono le attività in regime diurno (Day Hospital e Day Surgery) e ambulatoriale, di Nefrologia e Dialisi, il Laboratorio Analisi, la Radiologia, la Medicina Fisica e della Riabilitazione, l'Endocrinologia Medica e Chirurgica e le attività ambulatoriali per esterni.

Presidio Ospedaliero di Stigliano comprende le UU.OO. di Chirurgia Generale, di Medicina Generale e Geriatria, di Lungodegenza Semplice e Riabilitativa, i Servizi di Ostetricia e Ginecologia e di Pediatria che garantiscono le attività in regime diurno (Day Hospital e Day Surgery) e ambulatoriale, il Laboratorio Analisi, la Radiologia, la Medicina Fisica e della Riabilitazione, le attività ambulatoriali per esterni e il Centro Residenziale per le Cure Palliative (Hospice) destinato ad accogliere pazienti terminali.



Le strutture distrettuali sono le seguenti:

Il Distretto di 2° livello con sede a Policoro comprende i comuni di: Policoro, Nova Siri, Scanzano Jonico, Tursi, Rotondella, S. Giorgio Lucano, Colobraro e Valsinni ed eroga prestazioni specialistiche come la Chirurgia, la Dermatologia, la Neurologia, la Neuropsichiatria Infantile, l'Oculistica, l'Odontoiatria, l'Otorinolaringoiatra, la Genetica Medica. e la Medicina del Lavoro. *Il Responsabile è la Dott.ssa Maria Giuseppa Amendolara.*

Il Distretto di 2° livello con sede a Pisticci comprende i comuni di Pisticci, Craco, Montalbano Jonico ed eroga prestazioni specialistiche come la Dermatologia, l'Oculistica, l'Odontoiatria, l'Ortopedia visite e piccoli interventi, l'Otorinolaringoiatria e la Psichiatria visite, la Neuropsichiatria Infantile e Neurologia. *Il Responsabile è il Dott. Vincenzo Amoia.*

Il Distretto di 2° livello con sede a Stigliano comprende i comuni di Stigliano, Accettura, Aliano, S. Mauro Forte, Gorgoglione, Cirigliano, con funzioni specialistiche come la Dermatologia, la Fisiatria – Logopedia, la Neurologia visite, la Neuropsichiatria Infantile, l'Oculistica, l'Odontoiatria, l'Ortopedia visite, l'Otorinolaringoiatria, la Psichiatria e il Sert. *Il Responsabile è la Dott.ssa Carmela Potenza.*

I distretti di 1° livello hanno sede a:

- **Montalbano Jonico** con attività di Igiene e Sanità Pubblica-Vaccinazioni, Prelievi. -
- **Tursi** con attività di Igiene e Sanità Pubblica-Vaccinazioni, Prelievi.
- **S. Mauro Forte** con attività di Igiene e Sanità Pubblica-Vaccinazioni, Prelievi. - Consultorio Familiare – A.D.I.- A.D.P.- U.V.G.



Gli standard di qualità

Nella Carta dei Servizi vengono individuati alcuni fattori di qualità con i relativi **standard** garantiti dall'Azienda.

I servizi sono erogati nel rispetto del principio di:

- *Uguaglianza*
- *Imparzialità*
- *Continuità*
- *Diritto di scelta*
- *Partecipazione*
- *Efficienza ed efficacia*

Con la presente Carta, l'Azienda si impegna ad assicurare e verificare il rispetto degli **standard**, definendo quest'ultimi come sono attualmente nel servizio reso, fermo restando il miglioramento continuo delle prestazioni.

In effetti sono espresse le garanzie che già vengono assicurate, relativamente all'assistenza ospedaliera, all'assistenza ambulatoriale e all'assistenza territoriale.

La Carta contiene gli standard relativi agli aspetti della qualità :

- *Personalizzazione ed Umanizzazione dell'assistenza.*
- *Diritto dell'informazione*
- *Comfort alberghiero*
- *Pubblica Tutela*



Assistenza Ospedaliera

Area dell'informazione

Le garanzie “*Quello che già oggi si assicura*”

L'Azienda garantisce l'informazione sui servizi e sulle modalità di accesso:

Attraverso:

- **L'Ufficio Relazione con il Pubblico** collocato nella Sede Centrale dell'Azienda con funzione di Programmazione Controllo e Verifica delle qualità percepite;
- **I Punti informativi** dislocati nei tre Presidi Ospedalieri;
- **L'Ufficio Stampa** collocato nella Sede Centrale dell'Azienda;
- **Il mensile Aziendale** “InformaSanità”;
- **Il Portale Aziendale**;
- **La procedura** del consenso informato;
- **Le informazioni** sullo stato di salute dei cittadini secondo le norme previste dalla legge sulla privacy;
- **La regolamentazione** per la consegna della cartella clinica;
- **L'informazione** sui protocolli clinico-assistentziali ai genitori dei bambini ricoverati;
- **La presenza** nei locali dei presidi ospedalieri di Associazioni di Volontariato;
- **La partecipazione** al Call Center regionale dal lunedì al sabato .

Gli impegni “*Quello che l'Azienda si impegna a garantire*”

L'Azienda si impegna:

- **A fornire** maggiore informazione sui servizi e modalità di accesso;
- **Ad aumentare** la diffusione e distribuzione dei suoi opuscoli informativi;
- **Ad effettuare** con sistematicità l'analisi della qualità percepita;
- **A controllare** il rispetto dei canoni previsti dalla legge sulla privacy;
- **A controllare** l'uso da parte di tutto il personale del cartellino di riconoscimento;
- **Ad aggiornare** la cartellonistica informativa sugli accessi ai servizi;
- **A garantire** al cittadino il diritto a presentare reclami , osservazione ed opposizioni;



- **A fornire** informazioni aggiornate, complete e comprensibili sulle prestazioni fornite, luoghi e modalità di erogazione, costi delle prestazioni, garantendo sempre la risposta al cittadino.

Area della Personalizzazione ed Umanizzazione

Le garanzie “Quello che già oggi si assicura”

L'Azienda garantisce :

La possibilità:

- **Di usufruire** dell'ufficio di Accettazione Amministrativa per 6 ore a settimana dal lunedì al sabato;
- **Di usufruire** dell'accesso al pronto soccorso secondo le seguenti scale di priorità:
 - 1- *codice rosso (emergenza)*
 - 2- *codice giallo (priorità per problemi importanti)*
 - 3- *codice verde (attesa per problemi non urgenti)*
- **Di usufruire** dell'assistenza in regime di ricovero nelle sue diverse forme :
 - 1- *degenza ordinaria*
 - 2- *degenza day hospital*
 - 3- *degenza day surgery*
- **Di usufruire** del ricovero programmato nei tempi e nei modi stabiliti dal medico ospedaliero, dal medico di medicina generale e dal pediatra di libera scelta ;
- **Di usufruire** dei ricoveri urgenti per TSO presso le UU.OO. del Dipartimento di Salute Mentale ;
- **Da parte** dei genitori, di poter assistere i bambini ricoverati fino a 6 anni;
- **Di richiedere** in qualsiasi momento il certificato di ricovero, che viene consegnato presso l'ufficio accettazione;
- **Di ottenere** copia della cartella clinica entro 20 giorni dalla richiesta che può essere inviata anche a domicilio ;
- **Di soddisfare** le richieste d'urgenza e, se non esiste la possibilità di ricovero presso le proprie strutture, si deve provvedere al trasferimento presso altre strutture regionali;
- **Di attivare** la regolamentazione dei rapporti tra i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta e i medici ospedalieri;



- **Di garantire** al cittadino ricoverato il rispetto della Carta dei **D**iritti e l'osservanza dei **D**overi del malato;
- **Di disporre** da parte delle Associazioni di Volontariato e di difesa dei diritti dei cittadini-utenti, di spazi nei Presidi Ospedalieri.

Gli impegni

Gli impegni *“Quello che l’Azienda si impegna a garantire”*

L’Azienda si impegna a garantire:

- **Le informazioni** sullo stato di salute dei **pazienti** ricoverati e alle loro famiglie;
- **La possibilità** di ottenere la continuità terapeutica in caso di trasferimento ad altra struttura aziendale ed extra-aziendale o all’atto della dimissione. Ai pazienti in dimissione viene consegnata una relazione clinica, indirizzata al medico curante, contenente informazioni sul ricovero, le indagini diagnostiche effettuate, le cure praticate e il trattamento consigliato dopo le dimissioni. All’atto della consegna il medico fornisce verbalmente al paziente le indicazioni e i suggerimenti più opportuni;
- **Il massimo impegno** ed attenzione verso le richieste dei pazienti e da parte degli operatori;
- **La maggiore** disponibilità del medico responsabile del trattamento a fornire tutti i chiarimenti necessari sia al paziente che ai familiari dello stesso;
- **L’informazione** dovrà essere adeguata e comprensibile circa la diagnosi, il trattamento programmato, i benefici attesi, gli eventuali rischi legati al trattamento nonché la prognosi della malattia;
- **Il massimo impegno** a verificare che il personale si rivolga al paziente con tono cortese e rispettoso, senza utilizzare appellativi confidenziali;
- **Il massimo impegno** a far garantire la riservatezza del paziente durante le visite, le terapie e la discussione del caso clinico;
- **L’attivazione** di una procedura scritta per acquisire notizie cliniche da parte dei familiari del ricoverato;
- **La predisposizione** in tutte le unità operative di un cartello con gli orari di ricevimento dei medici che devono essere rispettati;
- **La predisposizione** di un cartello con indicazione dei medici e capo sala in servizio in tutte le unità operative;



- **La predisposizione** di spazi da destinare a scopi ricreativi per i bambini ricoverati nei reparti di pediatria.

Area delle Prestazioni Alberghiere

Le garanzie “*Quello che già oggi si assicura*”

L'Azienda garantisce:

La presenza:

- **Di armadio/guardaroba** nelle camere di degenza;
- **Di schienale** regolabile nelle camere di degenza;
- **Di luce** individuale;
- **Di dispositivo** di chiamata funzionante nelle camere di degenza;
- **Di telefoni** fissi e mobili a disposizione dei ricoverati;
- **Distributori** automatici di bevande calde e fredde al piano terra;
- **Di pasti** personalizzati secondo le necessità terapeutiche;
- **Di spazi** riservati alla socializzazione nei reparti di degenza;
- **Di spazi** da destinare a scopi ricreativi per i bambini ricoverati nei reparti di pediatria.

Gli impegni “*Quello che l'Azienda si impegna a garantire*”

L'Azienda si impegna a garantire:

- **La possibilità** di uno o più opzioni per la scelta del menù da parte dei pazienti a dieta libera;
- **La possibilità** per i genitori di bambini ricoverati al diritto ai pasti partecipando alla spesa;
- **I genitori** di bambini ricoverati di età inferiore ai tre anni, hanno diritto ai pasti e ad un posto letto;



- **L' equità** nel rispetto degli orari di visita parenti ;
- **Il rispetto** degli orari dei pasti .

Area di Pubblica Tutela

Le garanzie “*Quello che già oggi si assicura*”

L'Azienda garantisce:

- **Il Regolamento** di Pubblica Tutela;
- **I Protocolli d'Intesa** con le Associazioni di Volontariato e Tutela;
- **La possibilità** di presentare i reclami e le segnalazioni sia telefonicamente che direttamente agli Uffici Relazioni con il Pubblico e alle Associazioni di Volontariato presenti nei presidi ospedalieri;
- **La procedura** per l'analisi e la classificazione dei reclami e delle segnalazioni pervenuti all'ufficio URP;
- **La procedura** informatizzata per la gestione del reclamo e dei suggerimenti ed impegno a rispondere entro 30 giorni ;
- **L'elaborazione** e disponibilità dei dati sui reclami pervenuti;
- **La disponibilità** di spazi adeguati alle Associazioni di Volontariato e Tutela;
- **L'attivazione** di un registro per le malattie rare.

Gli impegni “*Quello che l'Azienda si impegna a garantire*”

L'Azienda si impegna a garantire:

- **La realizzazione** di indagine sul grado di soddisfazione dei cittadini –utenti e sulla qualità dei servizi in stretta collaborazione con i servizi interessati ;
- **L'organizzazione** annuale della Conferenza dei Servizi Sanitari;
- **La collaborazione** con le Associazioni di Volontariato e di Tutela al fine di attivare strumenti di partecipazione e di verifica ;



- **L'attivazione** di iniziative di informazione sul diritto al reclamo;
- **L'attivazione** della Commissione Mista Conciliativa;
- **La predisposizione** di un disciplinare per il funzionamento della Commissione Mista Conciliativa;
- **L'attivazione** di controlli e verifiche sulla corretta applicazione delle procedure per le richieste di rimborso.

Assistenza Specialistica e Strumentale Ambulatoriale

I Tempi di Attesa delle prestazioni ambulatoriali

Il crescente sviluppo e l'introduzione sempre più rilevante di nuove e complesse tecnologie nella gestione dei percorsi diagnostici e terapeutici di numerose patologie di frequente riscontro nella popolazione, ha determinato, già da diversi anni, problemi connessi alla accessibilità ai servizi sanitari. L'allungamento delle liste di attesa rappresenta l'aspetto più evidente delle difficoltà d'accesso ai servizi sanitari.

Questo aspetto del problema costituisce uno degli impegni prioritari dei servizi sanitari di tutto il mondo industriale anche per le ricadute negative non solo sulle strutture sanitarie erogatrici, ma anche sul lavoro dei Medici di Medicina generale (MMG), e Pediatri di libera scelta (PLS), in quanto determina pesanti interferenze nella tempistica dei processi decisionali causando spesso incomprensioni con i pazienti, con gli specialisti e con gli addetti al servizio di prenotazione,

In tal senso l'Azienda Sanitaria ha avviato le procedure per la sistematica e periodica rilevazione dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali erogate dalle strutture ospedaliere e territoriali, al fine di individuare e intervenire su quelle prestazioni per le quali esiste una forte domanda e che quindi presentano tempi di attesa inadeguati e comunque al di sopra di 30 giorni per le visite specialistiche e dei 60 giorni per le prestazioni strumentali.

Per garantire il rispetto dei tempi di attesa sopra indicati l'azienda ha avviato e consolidato specifici progetti per il potenziamento dell'offerta di prestazioni attraverso l'acquisto di prestazioni aggiuntive da parte dei dirigenti medici dei servizi interessati

Va specificato che oltre all'incremento dell'offerta, l'azienda ha definito con i Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta specifici protocolli per il governo della domanda per migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari.

Il progetto prevede il pieno coinvolgimento dei MMG e Pediatri di libera scelta sulla logica della priorità nell'accesso alle prestazioni specialistiche attraverso la formazione delle liste differenziate concordate fra i Medici di medicina generale e il Medico specialista.

In particolare sono stati predisposti e condivisi tra i prescrittori (MMG e PLS) e gli erogatori (Servizi di radiologia e cardiologia) le modalità di erogazione per alcune prestazioni secondo tempi di attesa differenziati per Classi di Priorità denominati anche "**Raggruppamenti di Attesa Omogenea (RAO)**".



Il progetto ha individuato modalità di accesso differenziato per le prestazioni strumentali appartenenti alla branca “Diagnostica per immagini: radiologia diagnostica“, erogate dal Servizio di Radiologia dell’Ospedale di Policoro e quelle della branca di Cardiologia, erogate dal Servizio di Cardiologia dell’Ospedale di Policoro.

Per una maggiore specificità del progetto RAO si rimanda ai documenti allegati sui Regolamenti e i Protocolli Aziendali.

Assistenza Specialistica e Strumentale Ambulatoriale

Le garanzie “*Quello che già oggi si assicura*”

L’Azienda garantisce :

- **Le prenotazioni** delle prestazioni possono essere effettuate direttamente presso gli sportelli cassa CUP o telefonicamente verso il Call Center Regionale;
- **Il pagamento** della quota di compartecipazione alla spesa (ticket) presso tutti gli sportelli CUP aziendali nonché presso gli sportelli attivati presso alcuni servizi ospedalieri (radiologia e Laboratorio Analisi del P.O.Policoro);
- **La presenza** di un regolamento sulle modalità di riscossione del ticket in caso di esenzione;
- **La verifica** delle prenotazioni presso le sedi informative dell’Ufficio Relazioni con il Pubblico dei Presidi Ospedalieri ;
- **L’informazione** preventiva telefonica, da parte delle sedi informative dell’Ufficio Relazioni con il Pubblico dei presidi Ospedalieri, nei casi di impossibilità a garantire agli utenti la prestazione;
- **Le informazioni** riguardanti i criteri che regolamentano la chiamata degli utenti prenotati e in lista d’attesa da parte delle sedi informative dell’Ufficio Relazioni con il Pubblico dei presidi Ospedalieri;
- **La possibilità di** utilizzare la sala prelievi dalle ore 7,30 di tutti i giorni feriali (solo nel presidio Ospedaliero di Policoro):

Gli impegni “*Quello che l’Azienda si impegna a garantire*”

L’Azienda si impegna a garantire informazioni, da parte degli operatori CUP relativamente:



- alla data ed all'ora dell'appuntamento,
 - alla sede dell'ambulatorio e del servizio,
 - ad eventuali indicazioni da seguire per l'esecuzione della prestazione
 - ad eventuale documentazione da mostrare al momento della prestazione
 - al nome dell'operatore che effettuerà la prestazione
 - al costo della prestazione.
-
- **Gli operatori** addetti al pubblico devono garantire una relazione improntata alla cortesia, alla disponibilità all'ascolto e al senso di responsabilità;
 - **Gli operatori** devono impegnarsi a dare informazioni aggiornate e complete, ed a indirizzare domande più complesse e specifiche, ad altri livelli informativi, garantendo comunque sempre la risposta ai cittadini;
 - **Gli operatori** addetti allo sportello devono dare informazioni agli utenti sui servizi erogati e i relativi tempi di attesa;
 - **Gli operatori** dei servizi specialistici devono rispettare il diritto alla riservatezza nelle visite mediche;
 - **Gli operatori** dei servizi specialistici devono garantire l'informazione adeguata e comprensibile, riguardando la patologia;
 - **Il miglioramento** degli ambienti dedicati alle sale di attesa e alle visite, relativamente all'igiene e all'arredamento.



Assistenza Territoriale

Area dell' Assistenza Sanitaria Socio – Sanitaria e Riabilitativa

Le garanzie “*Quello che già oggi si assicura*”

L'Azienda garantisce:

La possibilità:

- **Di effettuare** la scelta e la revoca del medico curante presso gli uffici dei Distretti Sanitari;
- **Di usufruire** dell'attività del Medico di Medicina Generale e Pediatra di libera scelta relativamente alle seguenti prestazioni:
 1. visita medica ambulatoriale e domiciliare
 2. prestazioni di particolari impegni professionali
 3. prescrizioni farmaci
 4. proposte di ricovero ospedaliero
 5. prestazioni di carattere certificativo e medico-legale
- **Di usufruire** della partecipazione dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta ai programmi aziendali finalizzati a campagne di educazione sanitaria -screening vari;
- **Di usufruire** della partecipazione dei medici di medicina generale e pediatra di libera scelta ai programmi di :
 - assistenza domiciliare nei confronti degli utenti non trasportabili
 - assistenza domiciliare integrata
 - accesso facilitato in ospedale in fase di accettazione, degenza o dimissione del proprio assistito.
- **Di usufruire** dell'assistenza di Medicina generale e Pediatrica dalle ore 8,00 alle ore 20,00 nei giorni feriali e dalle ore 8,00 alle ore 10,00 nei giorni prefestivi ;
- **Di conoscere** l'orario di apertura dello studio medico secondo la tabella esposta all' ingresso dell'ambulatorio;
- **Di usufruire** del servizio di continuità assistenziale fornito in regime ambulatoriale e domiciliare;



- **Di usufruire** dell'assistenza da parte dei cittadini presenti nell'Azienda ma non residenti, con l'onorario a carico dell'assistito.

Gli impegni *“Quello che l'Azienda si impegna a garantire”*

L'Azienda si impegna a garantire:

- **L'analisi** campionaria per il rispetto dell'orario di apertura al pubblico degli studi medici;
- **L'attivazione** di protocolli per il maggior coinvolgimento dei medici di generale e pediatri di libera scelta ai programmi aziendali.
- **L'analisi** campionaria per la verifica della partecipazione ai piani di dimissione ospedaliera;
- **Il maggiore** impegno a dare informazioni aggiornate e complete.

Assistenza dei Servizi Distrettuali

Le garanzie *“Quello che già oggi si assicura”*

L'Azienda garantisce:

La possibilità:

- **Di ottenere** protesi ed ausili presso le sedi di distretto di appartenenza;
- **Di ottenere** l'erogazione di prodotti dietetici per i soggetti affetti da malattie metaboliche;
- **Di ottenere** il rilascio degli attestati di invalidità e patologie croniche;
- **Di effettuare** prenotazioni per le visite specialistiche;
- **Di ottenere** il rilascio dell'esenzione ticket;
- **Di poter** effettuare la scelta medica;
- **Di sviluppare** forme associative di assistenza primaria, medicina di gruppo ed équipe territoriale;
- **Di attivare** i Piani di Assistenza Domiciliare Integrata, relativamente all'assistenza specialistica-infermieristica e riabilitativa.



Gli impegni “*Quello che l’Azienda si impegna a garantire*”

L’Azienda si impegna a garantire:

- **Monitorare** i livelli garantiti di assistenza;
- **Monitorare** l’attività di assistenza domiciliare sul territorio;
- **Attivare** i piani di interventi sanitari con il pieno coinvolgimento dei medici di famiglia;
- **Attivare** la partecipazione diretta dei medici di medicina generale a tutti i programmi e alle attività territoriali ;
- **Attivare** i piani di interventi nel rispetto della riservatezza.

Assistenza Domiciliare

Le garanzie “*Quello che già oggi si assicura*”

L’Azienda garantisce:

La possibilità:

- **Di usufruire** dell’Assistenza Domiciliare Integrata;
- **Di ottenere** l’attivazione del piano assistenziale in Assistenza Domiciliare Integrata in 15 giorni dalla richiesta;
- **Di ottenere** l’attivazione del piano assistenziale entro 24/48 ore a favore dei malati in fase critica.

Gli impegni “*Quello che l’Azienda si impegna a garantire*”

L’Azienda si impegna ad

Attivare:

- **Indagini** sulla qualità percepita;
- **Indagini** trimestrali dei tempi di attesa ;



- **Verifica** di funzionalità delle Cooperative sociali affidatarie;
- **Piani** di interventi nel rispetto della riservatezza;
- **Piani** di interventi con il pieno coinvolgimento dei medici di famiglia;
- **Piani** di interventi con il coinvolgimento delle Associazioni di Volontariato quale sostegno agli assistiti e ai propri familiari;
- **Programmi** di interventi integrati a valenza socio-sanitaria con le Unità Operative Zonali.

Assistenza alle tossicodipendenze

Le garanzie “*Quello che già oggi si assicura*”

L’Azienda garantisce:

La possibilità:

- **Di usufruire** del servizio di prevenzione- cura e riabilitazione per le dipendenze di varia natura;
- **Di usufruire** dell’apertura dell’ambulatorio tutti i giorni dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle ore 12,15 e nei giorni di lunedì e giovedì dalle ore 16,15 alle ore 18,15;
- **Di ottenere** il primo colloquio di accoglienza in 1-3 giorni;
- **Di ottenere** l’inserimento in terapia farmacologica per dipendenti da sostanze stupefascanti in 1-3 giorni;
- **Di ottenere** l’inserimento in terapia farmacologica per dipendenza alcool in 1-3 giorni;
- **Di ottenere** la certificazione di tossicodipendenza ed alcoolismo in 1-3 giorni;
- **Di ottenere** il primo colloquio anamnestico e psicodiagnostico in 1-7 giorni;
- **Di ottenere** l’inserimento in comunità terapeutiche in 15 giorni -1 mese;
- **Di ottenere** l’avvio di psicoterapia in 21 giorni;
- **Di ottenere** la prevenzione primaria attraverso i CIC, i Centri d’Informazione e di Consulenza nell’ambito delle Scuole Medie Superiori.

Gli impegni “*Quello che l’Azienda si impegna a garantire*”

L’Azienda si impegna a:

- **La rilevazione** annuale dei tempi previsti mediante la scheda di valutazione;
- **L’attivazione** di reti territoriali;



- **La partecipazione** alle Unità Operative Zonali per la programmazione degli interventi integrati a valenza socio-sanitaria;
- **La possibilità** di ottenere aiuto per l'inserimento lavorativo per i soggetti tossicodipendenti .

Assistenza Materno-Infantile e Consultoriale

Le garanzie “*Quello che già oggi si assicura*”

L'Azienda garantisce:

- **Un colloquio** prematrimoniale sulla procreazione responsabile;
- **I colloqui** informativi presso i reparti di ostetricia e ginecologia, alle puerpere;
- **Le consulenze** sulla contraccezione alle utenti in età fertile;
- **Le consulenze** psicologiche pre e post IVG (solo all'interno del Presidio Ospedaliero di Policoro);
- **Le visite** ginecologiche e del Pap-Test a tutte le donne di età compresa tra i 25 e i 69 anni (solo all'interno del Presidio Ospedaliero di Policoro);
- **L'informazione** e l'educazione alla salute nelle scuole;
- **Le visite domiciliari** a nuclei familiari in condizioni di disagio socio-sanitario;
- **La partecipazione** alle Unità Operative di Zona (U.O.Z.) per la programmazione di interventi integrati a valenza socio-sanitaria.

Gli impegni “*Quello che l'Azienda si impegna a garantire*”

L'Azienda si impegna a :

- **Garantire** sempre l'informazione sulle attività consultoriali;
- **Garantire** la presa in carico dei nuclei familiari in condizioni di disagio socio-sanitario;
- **Garantire** l'educazione alla salute nelle scuole.



Dipartimento di Prevenzione

Area dell' Assistenza di Prevenzione

Igiene e Sanità

Le garanzie “*Quello che già oggi si assicura*”

L'Azienda garantisce:

La possibilità:

- **Di usufruire** di visite per la Certificazione Medico-legale – patenti, porto d'armi ecc.: al momento della richiesta, tranne nei casi in cui occorrono ulteriori accertamenti sanitari;
- **Di ottenere** il rilascio di pareri su progetti richiesti da amministrazioni o da privati in trenta giorni;
- **Di ottenere** il rilascio dei pareri con sopralluogo entro 30 giorni tranne le urgenze;
- **Di ottenere** il rilascio di accertamenti sanitari dell'invalidità civile, legge 104/92 e 68/99 entro 90 giorni dalla presentazione della domanda;

Il servizio si impegna ad effettuare la rilevazione campionaria dei tempi di attesa.

Gli impegni “*Quello che l'Azienda si impegna a garantire*”

L'Azienda si impegna a :

- **Migliorare** l'organizzazione del servizio in ambito territoriale;
- **Realizzare** gli interventi informativi ed educativi rivolti a specifiche fasce di popolazione in rapporto alle problematiche.



Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

Le garanzie “*Quello che già oggi si assicura*”

L’Azienda garantisce:

- **La possibilità** di ottenere il rilascio dei pareri igienico-sanitari per l’autorizzazione sanitaria entro 20 giorni;
- **La possibilità** di ottenere il rilascio dei pareri complessi per i quali sono previste consulenze di altri enti o servizi (A.R.P.A.B. Ministero, Regione ecc.) entro 20 giorni dal completamento dell’istruttoria della pratica.

Il servizio si impegna ad effettuare la rilevazione campionaria dei tempi di attesa.

Gli impegni “*Quello che l’Azienda si impegna a garantire*”

L’Azienda si impegna a :

- **Migliorare** l’organizzazione del servizio in ambito distrettuale;
- **Realizzare** gli interventi informativi ed educativi rivolti a specifiche fasce di popolazione in rapporto alle problematiche.



Prevenzione - Protezione ed Impiantistica nei luoghi di lavoro

Le garanzie “*Quello che già oggi si assicura*”

L'Azienda garantisce:

- **La possibilità** di ottenere le verifiche di impianti ed apparecchi entro 30 giorni dal ricevimento della richiesta;
- **La possibilità** di ottenere la vidimazione dei Registri Infortuni nella giornata del martedì dalle ore 9,00 alle ore 13,00 e dalle ore 15,00 alle ore 17,00;
- **La possibilità** di ottenere il rilascio del libretto di tirocinio per aspiranti conduttori di generatore di vapore entro 7 giorni dal ricevimento della richiesta.

Il servizio si impegna ad effettuare la rilevazione campionaria dei tempi di attesa.

Gli impegni “*Quello che l'Azienda si impegna a garantire*”

L'Azienda si impegna a :

- **Migliorare** la qualità delle prestazioni anche attraverso una migliore informazione ;
- **Realizzare** gli interventi di carattere formativo ed informativo.



Medicina del lavoro

Le garanzie “*Quello che già oggi si assicura*”

L’Azienda garantisce:

La possibilità di ottenere :

- **Le visite** mediche ad apprendisti e minori entro 8 giorni dalla richiesta;
- **I controlli** sanitari richiesti dalla Direzione Provinciale del Lavoro per la tutela delle lavoratrici madri (gravidanza a rischio) entro 30 giorni dalla richiesta escluse le urgenze;
- **Il ricorso** avverso al giudizio espresso dal medico competente (art. 17 comma 4 DL.gs. 626/94) entro 20 giorni;
- **I pareri** preventivi dei progetti di insediamenti produttivi entro 25 giorni.

Il servizio si impegna ad effettuare la rilevazione trimestrale dei tempi di attesa.

Gli impegni “*Quello che l’Azienda si impegna a garantire*”

L’Azienda si impegna a :

- **Realizzare** gli interventi di carattere formativo ed informativo .



Dipartimento di Prevenzione -Servizio di Medicina Veterinaria

Servizio di Sanità Animale

Le garanzie “*Quello che già oggi si assicura*”

L’Azienda garantisce:

La possibilità di ottenere:

- **Il rilascio** del codice aziendale e vidimazione dei registri di carico e scarico entro 8 giorni dalla richiesta;
- **Il rilascio** dei passaporti bovini entro 14 giorni dalla consegna della cedola identificativa;
- **Il rilascio** del parere sanitario per l’autorizzazione agli insediamenti zootecnici entro 7 giorni dalla presentazione della richiesta;
- **Il rilascio** del parere sanitario su Fiere, Mercati, Mostre ed Esposizioni di animali, Circhi entro 3 giorni dalla presentazione della richiesta;
- **La messa** in osservazione dei cani morsicatori immediatamente dalla comunicazione della morsicatura;
- **Gli interventi** su animali morti immediatamente dalla comunicazione dell’evento,
- **Il rilascio** di certificati inerenti la movimentazione del bestiame da reddito entro 2 giorni dalla richiesta;
- **Il rilascio** dei certificati inerenti la consistenza bestiame con sopralluogo entro 7 giorni dalla richiesta e senza sopralluogo entro 3 giorni dalla richiesta;
- **Il rilascio** di certificati per qualifica sanitaria di allevamenti e capi ufficialmente indenni entro 3 giorni dalla richiesta;
- **Il sopralluogo** per inconvenienti sanitari su esposti di privati , collettività, Enti pubblici, ecc. entro 15 giorni dalla presentazione dell’esposto;

Il servizio si impegna ad effettuare controllo mensile della documentazione e dei flussi informativi.



Gli impegni “Quello che l’Azienda si impegna a garantire”

L’Azienda si impegna a :

- **Monitorare** costantemente gli standard raggiunti;
- **Migliorare** continuamente al qualità delle prestazioni;
- **Programmare** interventi nei confronti di particolari patologie a carattere zoonosico, presenti sul territorio dell’Azienda Sanitaria;
- **Fare** informazione sanitaria nelle scuole e agli allevatori sulle Patologie di interesse socio-economico;
- **Divulgare** l’organizzazione delle attività e delle prestazioni erogate.



Igiene Alimenti di Origine Animale

Le garanzie “*Quello che già oggi si assicura*”

L'Azienda garantisce:

La possibilità:

- **di ottenere** il sopralluogo per istruttoria per autorizzazione sanitaria per tutti gli stabilimenti ed esercizi destinati alla produzione, trasformazione e somministrazione di alimenti di origine animale entro 30 giorni.
- **di ottenere** il sopralluogo per istruttoria per autorizzazione sanitaria per gli automezzi da adibire al trasporto di alimenti di origine animale entro 20 giorni.
- **di ottenere** il rilascio di certificazione per alimenti con sopralluogo (ove è obbligatorio) entro 8 giorni.
- **di avviare** indagini per esposti relativi ad inconvenienti igienici su alimenti di origine animali entro 48 ore dalla segnalazione- la procedura avrà tempi differenti, secondo la valenza del problema segnalato, con un massimo di trenta giorni.

Il servizio si impegna ad effettuare rilevazione sistemica dei tempi previsti mediante controllo mensile della documentazione e dei flussi informativi.

Gli impegni “*Quello che l'Azienda si impegna a garantire*”

L'Azienda si impegna a :

- **Migliorare** la qualità delle prestazioni anche a seguito della rimodulazione dell'articolazione organizzativa delle attività sul territorio;
- **Divulgare** la riorganizzazione dell'assetto organizzativo delle attività sul territorio al fine anche del coinvolgimento più attivo dell'utenza.



Igiene degli allevamenti e delle Produzioni Zootecniche

Le garanzie “*Quello che già oggi si assicura*”

L’Azienda garantisce:

La possibilità di ottenere :

- **Il sopralluogo** per istruttoria per autorizzazione sanitaria a mezzi di trasporto di animali entro 15 giorni;
- **Il sopralluogo** su segnalazioni/reclami prodotti da privati, Enti Pubblici ecc. entro 15 giorni;
- **La registrazione** delle Aziende produttrici di latte entro 30 giorni;
- **La registrazione** filiera degli alimenti per animali entro 7 giorni;
- **La vidimazione** dei registri per trattamenti farmacologici veterinari entro 15 giorni;
- **La vidimazione** dei registri per scorte (per impianti o scorte proprie) di medicinali veterinari entro 15 giorni;

Il servizio si impegna ad effettuare la verifica mediante controllo mensile della documentazione.

Gli impegni “*Quello che l’Azienda si impegna a garantire*”

L’Azienda si impegna a :

- **Migliorare** la qualità delle prestazioni attraverso una riorganizzazione Distrettuale che meglio determina le esigenze della collettività;
- **Coinvolgimento** attivo dell’utenza mediante un’attenta divulgazione dei Servizi erogati.



Area dell'Assistenza Psichiatrica

Le garanzie “*Quello che già oggi si assicura*”

Il Centro di Salute Mentale è la sede Organizzativa e di Coordinamento dell' Equipe e delle attività territoriali e garantisce:

- **L'attività di accoglienza** e di valutazione delle richieste degli utenti e/o dei loro familiari e di informazione;
- **L'attività ambulatoriale** di tipo multiprofessionale con vari livelli di modulazione (medico-psichiatrico, infermieristico, psicologico, psicoterapico, sociale, socio-riabilitativo, ect.).
- **L'attività ambulatoriale** comprende:
 - *Prima visita psichiatrica*
 - *Visite psichiatriche di controllo*
 - *Colloqui psichiatrici*
 - *Colloqui clinico psicologici*
 - *Colloqui con i familiari*
 - *Psicoterapia*
 - *Test psicodiagnostici*
- **L'attività territoriale** che viene svolta al di fuori della sede propria sede di servizio, risponde al bisogno del singolo utente o del suo nucleo relazionale, può essere urgente o programmata e comprende:
 - **Attività Domiciliare** effettuata di norma nell'ambito di specifici programmi terapeutico-riabilitativi:
 - *Visite psichiatriche*
 - *Interventi infermieristici*
 - *Interventi sociali*
 - *Interventi educativi*
 - **Attività presso le Case Alloggio**
 - *Visite psichiatriche*



- *Interventi infermieristici*
- *Interventi sociali*
- **Attività di filtro** della domanda delle richieste di ricovero
- **Attività di informazione** e istruzione procedure previdenziali per i pazienti più gravi in carico al Centro;
- **Attività di consulenza** nei Presidi Ospedalieri;
- **Attività di consulenza** sulle tematiche della salute mentale correlate a procedure di medicina legale;
- **Attività statistico-epidemiologiche** per la conoscenza della diffusione dei disturbi mentali (incidenza e prevalenza) nel proprio territorio di competenza anche al fine di una migliore organizzazione territoriale dei servizi;
- **Integrazione** con le attività distrettuali contigue alla salute mentale;
- **Rapporti** con utenti di pertinenza psichiatrica sottoposti a misure di sicurezza psichiatrica finalizzati al reinserimento nel tessuto sociale;
- **Attività di informazione** e di educazione sanitaria per le prevenzioni di disagio psichico
- **Attività di rete** con i soggetti a vario titolo coinvolti nelle problematiche di salute mentale (Medici di Medicina Generale, di Continuità Assistenziale, Istituzioni, Associazioni di Volontariato, Enti Locali per prestazioni socio-sanitarie ect.) che fanno parte dei programmi stessi.

Il Centro di Salute Mentale presso la sede di Policoro garantisce:

- **L'orario** di apertura del servizio dal lunedì al venerdì dalle ore 8,00 alle ore 13,00;
- **La possibilità** di poter prenotare la visita presso il CUP durante l'orario di apertura, sia personalmente che per telefono;
- **La possibilità** di poter pagare il ticket dietro presentazione di ricetta medica;
- **La possibilità** di usufruire della procedura di accoglienza da parte del personale infermieristico;
- **La possibilità** di usufruire dell'apertura degli ambulatori dalle ore 9,00;
- **La possibilità** di ottenere il diritto alla riservatezza.

Il Centro di Salute Mentale di Policoro svolge attività ambulatoriale anche presso le sedi Distrettuali di :

- **Stigliano** presso il Distretto Sanitario il 2° e il 4° martedì di ogni mese dalle ore 9,30 alle ore 13,30.



- **Tursi** presso il distretto Sanitario il 1° e il 3° mercoledì di ogni mese dalle ore 9,00 alle ore 12,00.
 - **Pisticci** presso il Distretto Sanitario il 1° e il 3° lunedì di ogni mese dalle ore 9,30 alle ore 13,00.
- **La possibilità** di ottenere la visita medica urgente presso il Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero di Policoro, presso il quale è reperibile il medico-psichiatrico;
 - **La possibilità** di ottenere la visita medica domiciliare urgente su richiesta avanzata personalmente dal paziente o dai suoi familiari o dal Medico di Medicina Generale, da parte del medico psichiatrico del Centro ;
 - **La possibilità** di usufruire del Centro Diurno per i pazienti in carico al Dipartimento;
 - **La possibilità** di usufruire delle Comunità Residenziali

Gli impegni *“Quello che l’Azienda si impegna a garantire”*

L’Azienda si impegna a:

- **Il potenziamento** delle attività ambulatoriali dipartimentali con particolare riferimento alla patologia psicotica;
- **Il superamento** della logica del servizio territoriale come ambulatorio;
- **Il potenziamento** delle azioni di integrazione con il territorio attraverso i Medici di Medicina Generale per la condivisione dei percorsi terapeutici riguardo i pazienti che praticano terapia long-acting;
- **Il potenziamento** dell’azione di integrazione e di rete con gli enti istituzionali (ass. sociali e psicologi dei comuni) ed altre agenzie per ottimizzare gli interventi sociali finalizzati alla riabilitazione;
- **Il modificare**, per quanto è possibile, le condizioni oggettive di vita del paziente poiché esse sono un valido co-strumento terapeutico;
- **Il potenziamento** delle attività educazionali finalizzati all’autonomia personale e sociale dei pazienti psicotici;
- **Il potenziamento** delle attività domiciliari per soli pazienti psicotici gravi che non possono accedere all’ambulatorio.



MECCANISMI DI TUTELA E PARTECIPAZIONE

La Carta dei Servizi Sanitari è per l'Azienda Sanitaria n.5 è uno strumento per costruire su nuove basi il rapporto con i cittadini utenti nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, utilizzando le risorse disponibili secondo criteri di equità, efficienza ed efficacia.

In tale logica, l'utente è al centro dell'attività dell'organizzazione sanitaria, ed è fruitore dei servizi, consapevole dei propri diritti e dei propri doveri.

Sulla base di questi principi **l'Azienda Sanitaria USL n.5 di Montalbano Jonico, si impegna a garantire i diritti di tutti i cittadini** che si rivolgono alle proprie strutture attraverso la possibilità di sporgere **reclamo** a seguito di disservizi, atti o comportamenti che abbiano negato o limitato l'accesso al servizio e la qualità delle prestazioni, a fare applicare la **CARTA DEI DIRITTI DEL MALATO**, elaborata in accordo con Cittadinanza Attiva a tutela dei diritti del malato, **IL REGOLAMENTO DI PUBBLICA TUTELA, IL PROTOCOLLO D'INTESA CON IL TRIBUNALE PER I DIRITTI DEL MALATO** e **IL PROTOCOLLO D'INTESA CON L'OSSERVATORIO PERMANENTE DEI BISOGNI SOCIO-SANITARI E DELLE CONDIZIONI DELLE PERSONE ANZIANE DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI SANITARI**.

I reclami e le segnalazioni sono molto utili per capire i problemi esistenti e prevedere gli interventi di miglioramenti.

REGOLAMENTO DI PUBBLICA TUTELA

TITOLO I

Presentazione delle osservazioni -opposizioni-denunce -reclami.

Art.1

Gli utenti, i loro parenti e/o affini, gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti, possono presentare osservazioni, opposizioni, denunce o reclami contro atti o comportamenti che neghino o limitino la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria e sociale.

Art.2

Gli utenti e gli altri soggetti come individuati dall'art.1 esercitano il proprio diritto con:

- a) lettera in carta semplice, inoltrata all'USL e/o consegnata all'Ufficio Relazioni con il pubblico, nelle sue articolazioni;
- b) compilazione di apposito modello sottoscritto dall'utente, distribuito presso l'URP e le sue articolazioni;
- c) segnalazione telefonica o fax all'ufficio sopra citato;
- d) colloquio con il responsabile dell'URP o con un funzionario dello stesso ufficio.

Per le segnalazioni telefoniche e per i colloqui verrà fatta scheda verbale, annotando quanto segnalato, con l'acquisizione dei dati anche identificativi dell'utente per le comunicazioni di merito.

Sono altresì ammesse segnalazioni verbali acquisite con le medesime procedure.



Gli eventuali reclami anonimi sono utilizzati come segnalazione di disservizi su cui l'URP e i Punti informativi provvedono ai dovuti accertamenti e conseguenti valutazioni per migliorare la qualità del servizio e delle prestazioni secondo propri compiti istituzionali.

Art. 3

Le opposizioni, le denunce o i reclami dovranno essere presentati, nei modi sopra elencati, entro quindici giorni dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento lesivo dei propri diritti, in armonia con il disposto art. 14, comma 5 del decreto legislativo 502/92, e sue successive integrazioni e modificazioni.

Art. 4

Le opposizioni, le denunce o i reclami presentati o ricevuti nei modi sopra indicati possono essere istruiti, se trovano immediata soluzione direttamente dall'ufficio URP che al tempo stesso ne dà notizia al cittadino e ai responsabili dei servizi interessati per adottare le misure necessarie ad evitare la persistenza dell'eventuale disservizio.

Se le rimostranze dovessero riguardare problemi che richiedano una diversa organizzazione del lavoro o delle attività o interessano l'intera organizzazione aziendale, le stesse dovranno sempre e comunque essere trasmesse alla Direzione della struttura interessata che comunicherà all'ufficio richiedente entro dieci giorni, tutte le informazioni utili a fornire un'appropriata risposta all'utente.

La risposta all'utente può eccezionalmente configurarsi interlocutoria e non conclusiva nei casi in cui si rendano necessario ulteriori accertamenti.

Se le rimostranze dovessero riguardare la qualità tecnica delle prestazioni, la competenza è della Direzione Sanitaria dell'Azienda

Art. 5

Ai fini di cui al presente regolamento all'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico della USL sono attribuite le seguenti funzioni:

- a) ricevere le osservazioni, opposizioni, denunce o reclami in via amministrativa presentati dai soggetti di cui all'art. 1 del presente regolamento, per la tutela del cittadino avverso gli atti o i comportamenti con i quali
- b) si neghi o si limiti la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria sociale;
- c) svolgere l'attività istruttoria indicata che consiste nell'accertamento dell'accaduto in via mediata (attraverso i competenti responsabili sanitari di struttura);
- d) predisporre, in ragione della complessità del problema posto e per i casi di cui al secondo comma dell'art. 4, al termine dell'attività istruttoria, la risposta al cittadino che viene sottoscritta dal Direttore Generale o dal dirigente da lui delegato;
- e) fornire all'utente tutte le informazioni e quant'altro necessario per garantire la tutela dei diritti ad esso riconosciuti dalla vigente normativa in materia.
- f) In calce alla nota dovrà essere specificato che, la presentazione delle anzidette osservazioni ed opposizioni non impedisce né preclude la proposizione di impugnative in via giurisdizionale ai sensi del comma 5 dell'art. 14 del decreto legislativo 502/92 modificato dal decreto legislativo n. 517/93 e successive modifiche ed integrazioni;
- g) assicurare nei casi di controversia il supporto tecnico alla Commissione Mista Conciliativa;
- h) f) attivare il raccordo all'interno con la dirigenza dei servizi generali dell'Azienda ed all'esterno con le Associazioni di volontariato;

Art. 6

L'URP dà risposta all'utente entro i termini sotto indicati: a) per i casi di facile soluzione di cui all'art. 4 del presente regolamento entro 10 giorni dall'arrivo del reclamo;



b) per i casi di complessa soluzione che prevede la risposta a firma del Direttore Generale, entro 30 giorni.

TITOLO II
COMMISSIONE MISTA CONCILIATIVA :
DISCIPLINA DI FUNZIONAMENTO

Art. 7

La Commissione Mista Conciliativa opera con lo scopo preminente di raggiungere la composizione del contenzioso, mirando a reintegrare la persona-utente nei propri diritti.

La Commissione Mista Conciliativa ha il compito di:

- esaminare i casi per i quali non è stata data risposta nei tempi stabiliti al cittadino;
- riesaminare i casi di reclamo qualora l'utente si dichiara insoddisfatto della decisione comunicando le risultanze entro 15 g. dal ricevimento dell'istanza; (la Commissione può archiviare la segnalazione qualora il cliente/utente formuli l'istanza di reclamo senza motivazione).

La Commissione si riunisce di norma ogni tre mesi e tutte le volte che il Presidente lo ritenga opportuno, tenendo presente la qualità e la quantità dei casi da esaminare;

La Commissione si può riunire in seduta straordinaria su richiesta di due membri facenti parte della stessa, per i casi di indifferibile necessità.

Art.8

La Commissione Mista Conciliativa ha sede presso la struttura centrale della Azienda Sanitaria .

La Commissione è composta da 5 membri:

- a) un componente in rappresentanza della Regione;
- b) un rappresentante designato dal Consiglio dei Sanitari;
- c) un componente in rappresentanza del Direttore Generale;
- d) due componenti designati dalle Associazioni di Volontariato e di tutela e di categoria.

Funge da segretario della Commissione il Responsabile dell'URP.

Le designazioni dei componenti della Commissione Mista Conciliativa, presentate dalle parti, per quanto di rispettiva competenza, saranno recepite in apposito atto deliberativo del Direttore Generale.

Art.9

Il Presidente è nominato dal Direttore Generale su proposta dei componenti della Commissione Mista Conciliativa.

Il Presidente ed i componenti della Commissione sono tenuti a rispettare il segreto di ufficio in ordine alle questioni trattate, allo scopo di garantire il rispetto della riservatezza.

Art.10

Il Presidente della Commissione Mista Conciliativa:

- a) riceve ed istruisce gli esposti relativi alle violazioni dei diritti dei cittadini, tutelati dalla Carta dei Servizi;
- b) ascolta, dove viene richiesto, esponenti delle Associazioni di Volontariato;
- c) ha facoltà di accedere ai documenti inerenti l'oggetto della controversia, come pure di chiedere documenti al Direttore Generale ed ai dirigenti della ASL nei limiti di quanto dispone la legge 241/90, il comma 7 dell'art. 14 del DL 502, nonché le altre speciali in materia di riservatezza degli atti e dei documenti;



- d) ha il potere di accesso alle strutture della ASL e di verifica delle situazioni, circostanze e condizioni correlate con i fatti e i comportamenti denunciati nell'esposto, nei limiti e nel rispetto delle esigenze organizzative dell'Azienda e delle prerogative professionali degli operatori;
- e) pone l'oggetto all'ordine del giorno della Commissione, al termine dell'istruttoria;
- f) f) convoca e presiede la Commissione;
- g) cura gli adempimenti relativi alle determinazioni della stessa e ne sottoscrive gli atti.

Art. 11

La Commissione Mista Conciliativa è organo collegiale che:

- a) direttamente e/o indirettamente, avvalendosi di autonomi poteri di indagine, compie accertamenti in relazione al caso sottoposto a giudizio.
- b) ha facoltà di ascoltare le parti interessate ed esponenti delle Associazioni di Volontariato e Tutela allo scopo di :
 - effettuare ulteriori riscontri sulle ipotizzate violazioni dei diritti del cittadino;
 - identificare il soggetto o i soggetti responsabili della violazione;
 - comporre le controversie.

La Commissione è convocata ogni qualvolta se ne presenti la necessità, secondo le modalità di cui al precedente art. 7.

Le attività di cui al presente articolo sono svolte senza pregiudizio del diritto dell'Amministrazione o dei cittadini di accedere alla Magistratura e agli organi conciliativi previsti da leggi e regolamenti speciali.

Art.12

La durata del mandato è di tre anni. Gli incarichi del Presidente e dei componenti della Commissione sono gratuiti ad eccezione del rimborso delle spese viaggio a carico dell'Azienda per i componenti residenti in località diversa dalla sede della C.M.C.

Art.13

L'Azienda Sanitaria assicura alla C.M.C. un supporto tecnico- logistico per l'espletamento delle funzioni. Le sedute sono valide se sono presenti almeno 3 componenti, ivi compreso il Presidente.

Art.14

Il procedimento conciliativo si concluderà con una pronuncia. Il medesimo atto conterrà:

- a) Una succinta esposizione dell'oggetto, con l'identificazione delle parti in causa;
- b) una sintetica descrizione dell'istruttoria;
- c) la motivazione delle determinazioni assunte;
- d) la modalità di adozione dell'atto (a maggioranza, all'unanimità, con astensione o meno);
- e) la pronuncia vera e propria;
- f) l'espressione di soddisfazione o meno della parte lesa, se presente, messa in calce al provvedimento.

La pronuncia della Commissione fa salvo ed impregiudicato ogni eventuale procedimento precedentemente , contestualmente o susseguentemente avviato dalla Autorità Giudiziaria ed ogni altro provvedimento consentito e/ o previsto da leggi e regolamenti dello Stato e di altri soggetti abilitati per legge. La predetta pronuncia viene trasmessa al Direttore Generale per l'adozione della decisione definitiva sulla questione posta che viene comunicata ai soggetti interessati.



Art.15

Il Presidente contestualmente alla Conferenza annuale dei servizi, produrrà una relazione sull'attività della Commissione.

Art.16

Resta salvo comunque il diritto dei cittadini di ricorrere alla Magistratura competente, agli altri organi conciliativi previsti da leggi e regolamenti speciali nonché al Magistero del Difensore Civico.

Restano salve ed impregiudicate le norme previste dalla Legge dello Stato n. 241/90 e del D. L. n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni nonché quelle previste da leggi e regolamenti speciali.



LA CARTA DEI DIRITTI e DEI DOVERI DEL MALATO

- 1. Il malato** contribuisce al funzionamento del Servizio Sanitario nei modi stabiliti dalla legge: ha diritto ad essere trattato con equità ed imparzialità.
- 2. L'utente** ha diritto ad essere informato su tutte le possibilità offerte dalle strutture sanitarie pubbliche, compresa l'attività libero professionale intramoenia a pagamento.
- 3. E' dovere** di ogni paziente informare tempestivamente le strutture sanitarie sulla propria intenzione di rinunciare a prestazioni già programmate, per evitare sprechi di tempi e di risorse. Le strutture sanitarie dovranno tempestivamente informare il cittadino della impossibilità di effettuare le prestazioni nelle date previste e provvedere a riprogrammarle in tempi brevi.
- 4.** Il malato ha diritto alla presenza dei sanitari negli ambulatori e nei reparti per il tempo stabilito dai contratti o dalle convenzioni: il rispetto degli orari è dovuto da tutto il personale amministrativo, tecnico, sanitario - universitario ed ospedaliero.
- 5.** In caso di ricovero, il malato ha diritto alla collaborazione del proprio medico curante con i medici del reparto, fornendo a questi tutti gli elementi in suo possesso: allo stesso modo, al momento della dimissione i sanitari dell'ospedale trasmetteranno al medico di base una chiara e dettagliata relazione sul decorso ospedaliero e una sintesi diagnostica e terapeutica.
- 6.** 6. Il cittadino deve ricorrere al Pronto Soccorso nei casi di effettiva urgenza, evitando di appesantire la struttura con richieste che possono essere differite o soddisfatte in altre strutture territoriali, nel rispetto della scala di priorità (Codice rosso , giallo, verde e bianco).
- 7.** 7. I ricoveri devono essere possibilmente programmati per evitare inutili attese e impropria occupazione di posti letto. Il paziente che deve sottoporsi ad intervento programmato può a seconda dei casi, essere invitato all' autotrasfusione.
- 8.** 8. Il malato ha diritto a rivolgersi alla Direzione Sanitaria dell'Ospedale per avere notizie sulle prestazioni e sui tempi di attesa. Le liste devono essere redatte secondo criteri oggettivi dichiarati, devono essere trasparenti e controllabili da parte dell'utente.
- 9.** 9. Il malato ha diritto che negli ambienti a lui destinati siano garantiti igiene, pulizia, disinfezione e sicurezza. Le sale di attesa devono essere opportunamente attrezzate , gli ambulatori devono garantire la riservatezza delle visite.
- 10.** Al malato sarà consegnato, al momento della accettazione in ospedale, un opuscolo illustrativo dei servizi offerti.
- 11.** Il malato ha diritto a vivere la giornata di degenza seguendo i normali ritmi biologici, ma ha il dovere di evitare qualsiasi comportamento che possa creare situazioni di disagio per gli altri degenti. I rumori devono ad esempio essere contenuti al minimo indispensabile.
- 12.** Chiunque si trovi in una struttura sanitaria è tenuto al rispetto del lavoro degli operatori, al fine di permettere lo svolgimento dell'attività assistenziale terapeutica. I visitatori sono tenuti al rispetto degli orari delle visite per favorire la quiete e il riposo di tutti i pazienti. In situazioni eccezionali e per inderogabile necessità del malato, l'attività assistenziale e terapeutica può coincidere con l'orario delle visite. Durante l'attività assistenziale e terapeutica medica ed infermieristica i familiari e i visitatori devono essere invitati a lasciare i reparti di degenza.
- 13.** In situazioni di particolare necessità le visite al degente, al di fuori dell'orario prestabilito, dovranno essere autorizzate con permesso scritto rilasciato dal Direttore del reparto. In tal caso il familiare autorizzato dovrà uniformarsi alle regole dell'unità di degenza. Il malato ha diritto ad essere sottoposto agli esami diagnostici e strumentali nell'arco dell'intera settimana e dell'intera giornata, a non subire la sovrapposizione della distribuzione dei pasti in contemporanea con visite mediche o altri interventi.
- 14.** Il malato ha diritto ad una organizzazione efficiente che gli eviti inutili digiuni, pre anestesie e rinvii se non in casi eccezionali e ben motivati.



15. Il malato ha diritto che la sua patologia, pur oggetto di valutazione interdisciplinare, non diventi argomento di dispute tra sanitari in sua presenza. La discussione del caso clinico anche per esigenze didattiche, deve avvenire nel pieno rispetto della sensibilità e della riservatezza del malato. Le soluzioni più efficaci per il recupero della salute debbono essergli comunicate dal medico cui è affidato.
16. Il malato ha diritto ad essere informato con parole semplici sul decorso della sua malattia, sulle tecniche diagnostiche e sulle terapie cui verrà sottoposto, sui farmaci che gli verranno prescritti e somministrati, affinché sia pienamente consapevole e partecipe delle cure.
17. Il malato ha diritto ad essere informato chiaramente sul tipo di intervento cui verrà sottoposto e sugli eventuali rischi, pur senza suscitare inutili ansie o paure. Ha diritto ad avere copia del documento da sottoscrivere per autorizzare l'intervento chirurgico o gli accertamenti diagnostici per i quali le norme vigenti prevedono esplicito consenso. L'autorizzazione deve essere preventivamente illustrata e sottoscritta dal paziente, come stabilito dalle norme vigenti.
18. Il personale sanitario operante nelle strutture pubbliche o convenzionate deve essere riconoscibile attraverso cartellino con qualifica, nome e fotografia. Il personale deve rivolgersi al paziente in modo cortese e rispettoso, senza utilizzare appellativi confidenziali o il numero del letto. Nessuna somma di denaro può essere accettata dal personale ospedaliero a titolo di gratificazione. 19. Il malato segnalerà per iscritto se desidera che altri e chi, vengano informati dai medici sul decorso della sua malattia. In ogni reparto deve essere esposto il nome dei medici operanti e deve essere indicato l'orario di ricevimento dei parenti da parte dei medici curanti. Tali colloqui dovranno svolgersi nel rispetto della necessaria riservatezza. L'orario deve essere articolato in più giorni della settimana e tener conto degli impegni di lavoro dei familiari del malato.
19. Il malato nei casi di gravissima patologia e di morte imminente ha diritto ad un ambiente riservato e alla presenza e al conforto dei suoi cari.
20. Gli inabili e i non autosufficienti devono essere assistiti per l'alimentazione, per il moto e per la pulizia personale tutte le volte che è necessario, anche oltre la routine.
21. Il malato ha diritto a non essere sottoposto ad accertamenti terapeutici e ad usufruire della terapia del dolore.
22. Il minore di 12 anni ha diritto ad essere assistito dai genitori durante i prelievi, le visite diagnostiche, le medicazioni. Ad uno dei due genitori deve essere permessa la permanenza nei reparti anche di notte e deve essere garantito il pasto, con il pagamento di un ticket.
23. Il minore da 0 a 3 anni ha diritto ad essere assistito dai genitori, ai quali deve essere garantito il pasto.
24. La donna ha diritto ad essere informata sulle tecniche di parto praticate, ad essere assistita durante il travaglio e il parto dal padre del nascituro da qualsiasi persona vicina alla partorientente. Ha diritto a partorire in ambiente sereno ed intimo, preferibilmente in una stanza singola appositamente predisposta e a mantenere stretto contatto con il neonato. La nascita è un evento fisiologico e non patologico e come tale va trattato da tutti.
25. Gli anziani ultra sessantacinquenni in condizioni di non autosufficienza hanno diritto a ricevere i parenti anche oltre il normale orario di visita, previo accordo con il caposala. Gli anziani non devono essere parcheggiati negli ospedali ma devono essere assistiti sul territorio o in adeguate strutture. La degenza in ospedale deve essere limitata al momento di acuzie, tuttavia la dimissione dovrà avvenire tenuto conto della concreta possibilità della decorsa sistemazione dell'anziano in famiglia o in una struttura protetta, in stretta collaborazione con le strutture sanitarie territoriali.
26. Il degente può esprimere le proprie valutazioni sul trattamento ricevuto attraverso apposito questionario anonimo da imbucare in apposita cassetta al momento della dimissione. L'Azienda Sanitaria si impegna ad analizzare i questionari compilati e a pubblicizzarne periodicamente i risultati, nonché a tenere conto dei suggerimenti per migliorare il servizio.



- 27.** La cartella clinica è un documento ufficiale dove non sono ammesse sostituzioni, aggiunte o correzioni. Deve essere compilata in modo chiaro e completo in ogni sua parte, con grafia comprensibile anche ai non addetti ai lavori. La cartella clinica è conservata dall'ospedale senza limiti di tempo. Copia autentica può essere richiesta dall'interessato al momento della dimissione e sarà di norma rilasciata entro 15 giorni allo stesso o ad un suo familiare su delega.
- 28.** Presso l'Azienda Sanitaria è riservato uno spazio per le associazioni di volontariato, per le associazioni di tutela dei diritti del malato, ove i cittadini possono facilmente accedere per segnalazione e sollecitazione per il miglioramento dei servizi, nonché per essere tutelati da abusi, errori, disorganizzazioni. Presso l'ospedale i cittadini potranno in ogni caso rivolgersi all'Ufficio Relazioni con il Pubblico, per reclami, segnalazioni, proposte, richiesta di informazioni.
- 29.** L'Azienda Sanitaria si impegna a dare in ogni caso risposta alle segnalazioni di disservizio pervenute direttamente dai cittadini o attraverso le organizzazioni di tutela.



PROTOCOLLO D'INTESA CON IL TRIBUNALE PER I DIRITTI DEL MALATO IL DIRETTORE GENERALE DELL'AZIENDA SANITARIA USL N.5 E IL TRIBUNALE PER I DIRITTI DEL MALATO

PREMESSO

che intendono operare per il miglioramento dell'assistenza sanitaria a beneficio dell'utenza;

VISTI

- la Costituzione della Repubblica Italiana;
- il D.Lvo. 229/99 art.14 (Diritti dei Cittadini)
- PSR 1997/99 (Piano Sanitario Regionale)
- PSA 200/2002 (Piano Socio-Assistenziale)
- Legge Regionale n.1 del 12/01/2000 (Nuove norme per la promozione del volontariato)
- Legge Regionale n.39 del 31/10/2001 (Riordino e riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale).

CONSIDERATO

- che è necessario garantire un Servizio Sanitario capace di soddisfare le esigenze dei cittadini, sia per quanto riguarda l'accesso alle prestazioni che per quanto concerne la qualità dei servizi;
- che l'Azienda Sanitaria e il Tribunale del Malato hanno come obiettivo centrale la difesa di un servizio pubblico ad alta qualità ma a costi contenuti, dotato di risorse certe ed irriducibili;
- che l'art. 14 del decreto legislativo n.502 prevede un sistema articolato di norme per la tutela dei diritti dei cittadini, responsabile anche grazie alla sperimentazione condotte dal Tribunale per i diritti del Malato con gli Amministratori;
- che lo stesso Decreto legislativo prevede la predisposizione di indicatori di qualità dei servizi in riferimento alla personalizzazione, all'umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere e alla prevenzione delle malattie con l'ausilio delle organizzazioni di tutela dei cittadini-utenti;
- che il conseguente utilizzo del suddetto sistema di indicatori serva per la verifica periodica degli investimenti e delle risorse;

SI IMPEGNANO

a realizzare di interventi comuni, quali la elaborazione e somministrazioni di questionari, l'osservazione di strutture e servizi e la produzione di pubblicazioni e quant'altro serva ad una più esatta percezione delle aspettative del cittadino così da realizzare una base certa sulla quale calibrare le risposte essenziali.

Il Direttore Generale a tener conto delle indicazioni emerse dal monitoraggio e ad intervenire dove è necessario ed è possibile.

Il Direttore Generale ad istituire canali di comunicazione mediante momenti di confronto con il T.D.M. Presupposto per dare sostanza a tale confronto sarà un'adequata e tempestiva informazione sui temi da affrontare.

Il Direttore Generale a garantire una gestione dell'Azienda improntata al criterio della trasparenza, fornendo ai cittadini e alle loro organizzazioni tutte le informazioni necessarie riguardanti l'organizzazione dei servizi e del personale, la distribuzione delle risorse e le scelte riguardanti i tagli, la ristrutturazione e la predisposizione di nuovi servizi, sia in fase di decisione che in corso d'opera.

In tale contesto dovrà essere data piena attuazione della Legge 241/90 relativamente all'accesso degli atti e all'individuazione del responsabile del procedimento amministrativo.

A proporre incontri al fine di affrontare e dare soluzione alle segnalazioni inoltrate dai cittadini.



CONSIDERATO INOLTRE CHE

- Cittadinanzattiva è da anni impegnata in Basilicata nel campo della tutela del diritto alla salute con le attività svolte dal Tribunale per i Diritti del Malato, anche in collaborazione con le Aziende Ospedaliere e Sanitarie Lucane ed in particolare con il servizio PIT Matera (Progetto Integrato di Tutela dei Diritti dei cittadini), con una quotidiana azione di ascolto, informazione, orientamento e consulenza nei confronti di cittadini, operatori ed istituzioni;
- Cittadinanzattiva opera in rete con numerose associazioni di cittadini, di malati e dei loro familiari a livello Nazionale, Regionale e Locale nel campo della tutela e della promozione della salute, in particolare per ciò che riguarda il miglioramento della qualità della vita di coloro che si trovano in condizione di cronicità o disabilità;
- È intendimento del Direttore Generale rimuovere ogni eventuale ostacolo organizzativo, tecnico ed amministrativo che possa impedire o ritardare un'efficace tutela dei diritti.

***Il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria n. 5 e
il Tribunale per i Diritti del Malato***

CONCORDANO

Di dare un nuovo impulso al rapporto di confronto e di collaborazione tra l'Azienda Sanitaria e il TDM per elaborare programmi capaci di garantire le aspettative dei cittadini, definendo criteri e modalità per dare certezze operative e strumenti idonei a valutarne la qualità .

Di promuovere un'azione di coinvolgimento dei settori specifici delle Aziende Sanitarie, degli operatori sanitari e dei cittadini singoli ed associati alla condivisione delle informazioni disponibili e alle esperienze acquisite nel campo della promozione e della tutela del diritto alla salute

Di garantire alle Associazioni di Volontariato e di tutela spazi e strumenti idonei a favorire la presenza e la partecipazione prevista dall'art. 14 del D.L. 502/92 con:

1. Il parere obbligatorio alle fasi di impostazione della programmazione e verifica dei risultati ottenuti con l'adozione dei conseguenti provvedimenti
2. la partecipazione ai procedimenti amministrativi in materia sanitaria aziendale (Piani sanitari aziendali, delibere aziendali);
3. la presentazione di proposte, denunce o reclami in via amministrativa,
4. il diritto di accesso ai documenti, alle strutture , agli atti e dati dei servizi sanitari nel rispetto della normativa.
5. L'attivazione di una costante attività interlocutoria tra i dirigenti dell'Azienda e le organizzazioni dei cittadini su questioni specifiche e problemi emergenti.

CONVENGONO

Di condurre un'azione comune caratterizzata da due obiettivi centrali concernenti l'attuazione dell'art. 14 del D.L. 502/92 e la lotta agli sprechi di risorse umane, tecniche e finanziarie nel servizio sanitario nazionale.

A tal fine deve essere concesso all'interno delle strutture ospedaliere, un idoneo locale, fornito di utenza telefonica, e di facile accessibilità ed individuazione per gli ammalati , parenti ed il personale, come sede del Tribunale per i diritti del malato e si consentirà al TDM di usufruire, all'interno delle varie strutture sanitarie, di spazi e bacheche riservati all'informazione ed alle segnalazioni degli ammalati, dei loro parenti e del personale.

L'Amministrazione riconoscerà la **CARTA PER I DIRITTI DEL MALATO**



Il Direttore Generale si impegna ad adeguare tendenzialmente nei limiti della fattibilità, l'organizzazione dei servizi sanitari come da indicatori di qualità secondo la normativa vigente:

- Attesa per il ricovero inferiore a 15 gg..
- Attesa per prestazioni diagnostiche e specialistiche inferiore a 15 gg..
- Presenza di sale d'attesa nei reparti e negli ambulatori.
- Abbattimento delle barriere architettoniche.
- Tutela dei minori nelle strutture sanitarie.
- Massima riduzione dei posti letto per stanza di degenza.
- Stanze a pagamento.
- Dotazione nei bagni di tutti gli strumenti necessari: carta igienica, specchio, attaccapanni, acqua calda, sapone, mensole, sistemi di chiusura e pulizia dei medesimi almeno due volte al giorno.
- Assenza di letti in luoghi impropri ed assenza di barelle nei corridoi.
- Identificabilità del personale mediante cartellino di riconoscimento leggibile.
- Dotazione telefonica mobile per gli allettati, telefoni pubblici funzionanti nei reparti e negli ambulatori.
- Presenza di personale infermieristico e medico secondo quanto stabilito dalle leggi vigenti
- Ottimizzazione dei tempi di attesa negli ambulatori e negli uffici U.S.L.
- Apertura pomeridiana di ambulatori ed uffici.
- Presenza di un ufficio informazione aperto almeno 6 ore al giorno.
- Interventi tesi a garantire , compatibilmente con le risorse umane e finanziarie disponibili, livelli di assistenza a degenti non autosufficienti.
- Rilascio della cartella clinica all'atto delle dimissioni e comunque non oltre 10 gg.
- Diritto ad un Piano di Evacuazione:
- Presenza di una segnaletica informativa all'interno e all'esterno delle strutture sanitarie.

Il TDM in collaborazione con l'Azienda Sanitaria indirà annualmente una conferenza dei servizi sanitari.

Il Direttore Generale si impegna a condurre un'azione di lotta agli sprechi di risorse umane, tecniche e finanziari, tenendo conto anche delle rilevazioni ed indicazioni del T.D.M., per il superamento di eventuali discordie, irrazionalità.



PROTOCOLLO D'INTESA
Tra
ASL n. 5 di MONTALBANO JONICO (MT)
E
L'OSSERVATORIO PERMANENTE DEI BISOGNI SOCIO-SANITARI E DELLE
CONDIZIONI DELLE PERSONE ANZIANE.

Riconosciuta l'esigenza di sottoporre ad un costante monitoraggio i servizi sanitari e sociali destinati alle persone anziane ed ai cittadini, affinché sia possibile accrescere progressivamente la qualità e soddisfare nel modo più completo le aspettative dell'utenza;

Considerato che la normativa nazionale e regionale sollecitano un impegno congiunto tra le istituzioni e le associazioni di cittadini che, a diverso titolo, sono chiamate a programmare e realizzare piani di intervento mirati sui settori socio-assistenziale e sanitari;

Considerato inoltre, l'urgenza di realizzare, nell'attuale sistema socio-sanitario, progetti finalizzati alla salute ed al benessere degli anziani e dei cittadini all'interno dello scenario che prevede nuove relazioni in stretta connessione con le politiche locali di sviluppo;

Su proposta dell'URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico):

L'ASL n° 5 di Montalbano Jonico rappresentato dal Direttore Generale Dott. Pietro QUINTO e l'Osservatorio Permanente dei Bisogni e delle Condizioni delle Persone Anziane;

CONVENGONO

di sottoscrivere un **PROTOCOLLO D'INTESA** con l'**obiettivo** di

- seguire le attività sanitarie e sociali rivolte all'utenza, verificarne l'efficacia e proporre iniziative atte a migliorarle,
- fornire elementi utili per valutare l'efficacia delle politiche sociali messe in pratica dagli Enti Locali e dal Terzo Settore;
- fornire elementi di conoscenza metodica delle impostazioni e delle modificazioni che intervengono nell'organizzazione e gestione dei servizi, sia pubblici che privati;
- svolgere analisi mirate alla conoscenza di specifici fenomeni sociali.

FINALITA' DA CONSEGUIRE

- 1- Realizzare un flusso informativo costante sui fenomeni sociali del territorio dell'ASL n. 5;
- 2- Utilizzare le informazioni dell'Osservatorio con finalità di controllo strategico per programmare gli interventi realizzati dall'ASL n. 5 e valutare l'efficacia;
- 3- Realizzare una base dati facilmente accessibile da parte dei soggetti utilizzatori;
- 4-Sviluppare sul territorio dell'ASL in collaborazione con gli EE.LL. soggetti privati ed associativi non profit, una nuova progettualità all'interno di percorsi socio-assistenziali destinati alla generalità dei cittadini e in particolare alle persone anziane, sulla base dell'attuale cultura dell'integrazione.

ELABORARE, attraverso la presente intesa, un piano di attività comune basato su una fattiva collaborazione che consenta di promuovere significativi interventi volti a sostenere la realizzazione di progetti integrati finalizzati alla educazione alla salute e alla ricerca di strategie di contrasto al maltrattamento e all'abuso sugli anziani;

FAVORIRE la creazione, tra i vari soggetti competenti, di un sistema di informazione, di formazione e di osservazione permanente in grado di supportare le azioni di sostegno e sviluppo che con la presente intesa si intende promuovere e realizzare ai diversi livelli.



INDIVIDUARE i seguenti ambiti di intervento quale prioritari per la realizzazione di progetti che faranno riferimento alla presente intesa:

TUTELA DEI DIRITTI delle persone anziane e degli utenti, EDUCAZIONE ALLA SALUTE, con particolare riferimento alla prevenzione delle malattie invalidanti.

FORMALIZZARE con singole deliberazione e convenzioni operative i progetti e le attività che si intenderà attivare alla luce della presente intesa.

IMPEGNARE l'ASL n. 5 a contribuire alla realizzazione dei progetti relativi ai suddetti ambiti di intervento, secondo le proprie competenze e nei limiti delle proprie risorse.

PROMUOVERE e sostenere, tramite protocolli decentrati iniziative volte a valorizzare soggetti pubblici e privati no profit che sviluppino la sussidiarietà.

Infine l'Osservatorio si pone lo scopo di seguire le attività sociali rivolte agli anziani, verificarne l'efficacia e proporre iniziative atte a migliorarle, dedicando attenzione particolare:

- ai servizi comunali resi dal servizio sociale,
- all'assistenza domiciliare e sanitaria,
- alla facilitazione dell'accesso alle prestazioni,
- ai programmi comunali per l'incremento della qualità dei servizi.

Si conviene altresì, che l'Osservatorio svolga la sua attività riunendosi almeno una volta al mese, che dell'Osservatorio facciano parte:

- **1** rappresentante **SPI-CGIL**, 1 rappresentante **FNP-CISL**, 1 rappresentante **UILP- UIL**, per le organizzazioni sindacali,
- rappresentanti dell'Amministrazione della **ASL n 5**
- **1** rappresentante delle Associazioni del volontariato , **Tribunale per i Diritti del Malato**.



PROTOCOLLO PER L'ACCETTAZIONE DEI RICOVERI ORDINARI PROGRAMMATI PRESSO IL PRESIDIO OSPEDALIERO DI POLICORO

Il ricovero ordinario programmato viene eseguito nei reparti di degenza per patologie non urgenti. Il tempo che intercorre tra la prenotazione ed il ricovero varia a seconda del reparto di destinazione, anche in funzione delle eventuali urgenze che si possono verificare.

PROGRAMMAZIONE DEL RICOVERO

Il ricovero non urgente in regime di degenza ordinaria viene disposto e programmato dal medico del reparto, sotto la diretta responsabilità dei direttori o dei responsabili di Unità Operativa, previo controllo della disponibilità di posti letto liberi, al fine di garantire il ricovero per i casi urgenti, e verifica dell'appropriatezza del ricovero, secondo due modalità:

1. direttamente

2. su proposta

- di un medico ospedaliero non appartenente al reparto
- del medico di famiglia
- di uno specialista
- di qualsiasi medico libero-professionista

In tal caso il medico proponente contatta telefonicamente il medico del reparto per verificarne l'opportunità e i tempi.

Il medico di reparto potrà ritenere necessario sottoporre il paziente a visita specialistica ambulatoriale al fine di:

- verificare la effettiva necessità del ricovero programmato in regime di degenza;
- accertare il possibile rinvio del ricovero;
- indicare il ricorso a forme alternative di assistenza ospedaliera (Day hospital, prestazioni ambulatoriali).

Una volta accertata la disponibilità di posto letto e la necessità del ricovero in regime di urgenza, il medico di reparto comunica al medico proponente, direttamente al paziente o a un suo familiare, il giorno stabilito per l'accesso in ospedale.

Il giorno precedente al ricovero

Il personale infermieristico del reparto contatta telefonicamente il paziente per confermare la disponibilità del posto letto.

E' opportuno raccomandare il paziente di portare con se tutti gli esami e gli accertamenti diagnostici già eseguiti ed eventuali cartelle cliniche di ricoveri precedenti che possano avere relazioni con la patologia in atto, le confezioni o le documentazioni dei farmaci assunti a domicilio.



ACCETTAZIONE DEL RICOVERO IN REPARTO

Il giorno fissato per il ricovero

- Il paziente si presenta al reparto dalle ore 8,00 alle ore 9,00;
- riceve il modulo per l'accettazione compilato da un medico del reparto
- provvede quindi, direttamente o tramite un suo familiare, alla registrazione del ricovero presso l'ufficio accettazione amministrativa;
- si raccomanda di evitare assolutamente i ricoveri nei giorni prefestivi e festivi.

L'accettazione dei neonati, delle partorienti, dei pazienti da sottoporre ad inserimento di pacemaker o cardioversione elettica potrà avvenire in qualsiasi momento della giornata.

In tal caso la registrazione del ricovero sarà effettuata presso il Pronto Soccorso attraverso il modulo di accettazione del ricovero compilato dal medico del Reparto di Pediatria o di Ostetricia.

I ricoveri presso il reparto di Psichiatria dovranno essere considerati urgenti e quindi effettuati dal Pronto Soccorso, in presenza dello psichiatra reperibile, salvo quei casi per i quali la U.O. disporrà il ricovero programmato e per cui quindi sarà compilato dal medico del reparto stesso, il modello di accettazione.

ACCETTAZIONE AMMINISTRATIVA DEI RICOVERI ORDINARI PROGRAMMATI

L'ufficio **Accettazione Amministrativa** è ubicato nell'ingresso principale dell'Ospedale, in contiguità dell'URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico).

E' aperto al pubblico per la registrazione dei ricoveri programmati dalle ore 8,00 alle ore 10,30 dei giorni feriali.

Per consentire l'accettazione del ricovero è necessario che il paziente presenti i seguenti documenti:

- il modulo rilasciato e compilato dal medico del reparto che accetta e programma il ricovero stesso.
- La tessera sanitaria rilasciata dall'Unità Sanitaria Locale;
- Il codice fiscale.

Nella giornata prevista per il ricovero si potrà accedere al reparto con due modalità:

1. se si è già in possesso del modulo per il ricovero programmato ci si può presentare all'ufficio **Accettazione Amministrativa** per il rilascio della cartella clinica che dovrà essere consegnata in reparto.
2. se sprovvisti del citato modulo di ricovero programmato, ci si deve presentare in reparto per il suo rilascio e, quindi recarsi di persona o tramite eventuali accompagnatori, **all'Ufficio Amministrativo Ricoveri.**

L'ufficio Amministrativo provvederà quindi a registrare il ricovero e a rilasciare la documentazione da consegnare in reparto.

Raggruppamenti Omogenei di Attesa (RAO)

Per poter ridurre i tempi di attesa e migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari, l'Azienda Sanitaria ha deciso di individuare, attivare e fornire per alcune prestazioni, tempi di attesa differenziati denominati "**Raggruppamenti di Attesa Omogenea (RAO)**".

Il progetto viene applicato alle prestazioni strumentali appartenenti alla branca " Diagnostica per immagini: radiologia diagnostica " erogate dalle UU. OO. di Radiologia e di Cardiologia dell'Ospedale di Policoro

Il progetto prevede il pieno coinvolgimento dei MMG e Pediatri di libera scelta sulla logica della priorità nell'accesso alle prestazioni specialistiche attraverso la formazione delle liste differenziate concordate fra i Medici di medicina generale e il Medico specialista.



Di seguito si riportano i percorsi RAO relativi alle seguenti prestazioni di radiologia:

- Tomografia Assiale Computerizzata TAC
- Ecografia
- Ecografia muscolo scheletrica
- Radiologia Tradizionale (Rx Torace)

Per l'esame di TAC dell'Ospedale di Policoro vengono individuate 3 tipologie:

- Urgente: invio in P.S.
- Tipo A: Tempo di attesa massimo 10 giorni
- Tipo B: Pazienti programmati con tempi di attesa massimo di 10 giorni

Per l'esame di ecografia dell'Ospedale di Policoro vengono individuate 3 tipologie:

- Urgente: invio in P.S.
- Tipo A : Tempo di attesa massimo 10 giorni
- Tipo B : Pazienti programmati con tempi di attesa massimo di 10 giorni

Per l'esame di ecografia dell'Ospedale di Policoro vengono individuate 3 tipologie:

- Urgente: invio in P.S.
- Tipo A : Tempo di attesa massimo 10 giorni
- Tipo B : Pazienti programmati con tempi di attesa massimo di 10 giorni

Per l'esame di radiologia tradizionale dell'Ospedale di Policoro vengono individuate 3 tipologie:

- Urgente: invio in P.S.
- Tipo A : Tempo di attesa massimo 10 giorni
- Tipo B : Pazienti programmati con tempi di attesa massimo di 10 giorni

Di seguito si riportano i percorsi RAO relativi alle seguenti prestazioni di cardiologia:

- ecocolordopplergrafia cardiaca
- Ecodoppler tronchi sovra aortici
- Doppler arterioso arti inferiori
- Doppler venoso arti inferiori

Per le prestazioni di ecocolordopplergrafia cardiaca vengono individuate 3 tipologie di RAO:

- Urgente: invio in P.S.
- Tipo A : Tempo di attesa massimo 10 giorni
- Tipo B : Pazienti programmati con tempi di attesa massimo di 10 giorni

Per le prestazioni di Ecodoppler tronchi sovra aortici vengono individuate 3 tipologie di RAO:

- Urgente: invio in P.S.
- Tipo A : Tempo di attesa massimo 10 giorni
- Tipo B : Pazienti programmati con tempi di attesa massimo di 10 giorni

Per le prestazioni di doppler arterioso arti inferiori vengono individuate 3 tipologie di RAO:

- Urgente: invio in P.S.
- Tipo A : Tempo di attesa massimo 10 giorni
- Tipo B : Pazienti programmati con tempi di attesa massimo di 10 giorni



Per le prestazioni di doppler venoso arti inferiori vengono individuate 3 tipologie di RAO:

- Urgente: invio in P.S.
- Tipo A : Tempo di attesa massimo 10 giorni
- Tipo B : Pazienti programmati con tempi di attesa massimo di 10 giorni

Procedura di accesso ai RAO

Per l'accesso alle prestazioni comprese nei RAO si articola nelle seguenti fasi:

1. definizione di appositi calendari per le diverse tipologie di RAO e precisamente un calendario per la prenotazione dei pazienti di tipo A (Tempo di attesa massimo 10 gg.)
2. il servizio URP di Policoro provvede alla prenotazione dei pazienti di tipo A presso l'ospedale di Policoro, dopo aver informato gli specialisti radiologici che provvederanno alla valutazione di congruità rispetto a quanto sopra concordato.
3. l'accesso del paziente e/o del medico alla prenotazione dei raggruppamenti individuati, va effettuato telefonicamente all'ufficio URP (tel. n. 0835/986333) dalle ore 10,00 alle ore 12,00 dal lunedì al venerdì, oppure accedendo all'ufficio.
4. applicazione da parte dei MMG di modalità prescrittive dei RAO che indicano sulla ricetta regionale di prescrizione, la prestazione strumentale di Radiologia da effettuare, in accordo al protocollo, specificando la categoria di appartenenza del paziente di tipo A.
5. l'Azienda effettuerà il monitoraggio del numero e della tipologia delle prestazioni erogate a pazienti tipo A, con l'obiettivo di rilevare la percentuale di richieste di prestazioni strumentali radiologiche che risultino difformi da quelle individuate nelle tabelle sopra indicate.



L'ATTIVITA' DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRICA

Il Medico di Medicina Generale e Pediatrica è una figura centrale nell'assistenza sanitaria. L'obiettivo dell'assistenza di medicina generale e pediatrica è la tutela della salute del cittadino e tale obiettivo viene perseguito sia attraverso interventi diretti, sia integrando risorse operative che la A.U.S.L. devolve all'assistenza di base. Gli interventi che fanno parte delle attività che il medico attua in prima persona (Convenzione Nazionale Unica), sono le seguenti (prestazioni di medicina individuale, prevenzione, diagnosi e cura): - visita medica, ambulatoriale e domiciliare;- prestazioni di particolare impegno professionale;- prescrizioni farmaci;- proposte di ricovero ospedaliero;- prestazioni di carattere certificativo e medico-legale

Mezzi e strumenti dell'assistenza primaria

Il Medico di medicina generale ed il pediatra di base è una figura centrale nell'assistenza sanitaria. L'obiettivo dell'assistenza di medicina generale e pediatrica è la tutela della salute del cittadino e tale obiettivo viene perseguito sia attraverso interventi diretti, sia integrando risorse operative che la A.U.S.L. devolve all'assistenza di base. Gli interventi che fanno parte delle attività che il medico attua in prima persona (Convenzione Nazionale Unica), sono le seguenti (prestazioni di medicina individuale, prevenzione, diagnosi e cura): - visita medica, ambulatoriale e domiciliare;- prestazioni di particolare impegno professionale;- prescrizioni farmaci;- proposte di ricovero ospedaliero;- prestazioni di carattere certificativo e medico-legale.

Mezzi e strumenti dell'assistenza primaria

Il Medico di medicina generale ed il pediatra di base si avvale di risorse umane e strumentali assegnate alla rete dei servizi territoriali della A.U.S.L. con la quale articola campagne programmate di educazione sanitaria, di prevenzione primaria e sensibilizzazione dei propri assistiti a progetti di prevenzione finalizzati dell'A.S.L. (screening vari). Inoltre individua tra le sue attività forme di assistenza domiciliare (programmata a non deambulabili, integrata nelle residenze sanitarie assistenziali) in cui il medico, pur mantenendo la sua specifica responsabilità giuridica sulla salute dell'utente, utilizza gli altri servizi sanitari di base propri della medicina di comunità (servizio infermieristico territoriale, servizio di riabilitazione domiciliare, servizio sociale).

L'assistenza si articola nel seguente modo:

- assistenza domiciliare nei confronti degli utenti non trasportabili;
- - assistenza nei confronti di utenti ospiti in residenze protette;
- assistenza domiciliare integrata;
- accesso facoltativo in ospedale in fase di accettazione, degenza o dimissione del proprio assistito.

Diritti e garanzia del servizio

L'assistenza di Medicina Generale è garantita nell'ambito di residenza dei cittadini dalle ore 8 alle ore 20 nei giorni feriali e dalle ore 8 alle ore 10 nei giorni prefestivi. Le chiamate urgenti recepite devono essere soddisfatte nel più breve tempo possibile

Il rapporto tra l'assistito e il Medico di Medicina Generale o il Medico Specialista Pediatra è fondato sulla fiducia. L'assistito esercita il suo diritto di scelta individuando il proprio medico tra quelli operanti nell'ambito territoriale dell'A.U.S.L. in cui è residente. Se per validi motivi l'assistito intende scegliere un medico di un ambito territoriale diverso da quello dell'A.U.S.L. in cui risiede, può inoltrare richiesta



al Comitato Consultivo della A.U.S.L.. Non è prevista l'assistenza da parte del Medico di Medicina Generale durante l'espletamento del Servizio Militare.

L' A.U.S.L. assicura il rispetto del numero massimo di assistiti per medico stabilito dalla convenzione.

Per i bambini fino a 6 anni è obbligatoria la scelta del Pediatra. Per i bambini da 6 a 14 è possibile scegliere tra il Pediatra ed il Medico di Medicina Generale.

Attività ambulatoriale

L'attività medica viene prestata nello studio del medico o a domicilio dell'assistito, avuto riguardo della non trasferibilità dell'ammalato. Ogni medico è tenuto a comunicare all'Azienda U.S.L. l'orario di apertura del proprio studio, che deve essere esposto all'ingresso dell'ambulatorio. Lo studio deve essere aperto almeno 5 giorni alla settimana e l'orario di apertura deve essere correlato al numero degli assistiti in carico, al fine di assicurare un efficace ed efficiente assistenza.

Le visite domiciliari di norma vanno richieste entro le ore 10, e in tal caso il medico è tenuto ad effettuarle in giornata. Le visite richieste dopo tale ora possono essere effettuate entro le ore 12 del giorno successivo.

Nella giornata del Sabato il medico può non svolgere attività ambulatoriale, ma è tenuto ad effettuare le visite domiciliari richieste entro le ore 10 o quelle richieste il giorno precedente e non ancora effettuate.

Certificazioni

Il medico rilascia gratuitamente i seguenti certificati:

- 1) certificato di malattia ;
- 2) certificato di riammissione nelle scuole materne, dell'obbligo e secondarie superiori;
- 3) certificato di idoneità sportiva non agonistica per le attività sportive scolastiche.

Sono invece a pagamento i seguenti certificati:

- 4) certificato di buona salute
- 5) certificato ad uso assicurativo
- 6) certificato di guarigione degli addetti alle industrie alimentari
- 7) richiesta di invalidità
- 8) certificati ad uso personale

Visite occasionali

E' garantita l'assistenza medico generica ai cittadini presenti in Azienda U.S.L. diversa da quella di residenza anagrafica. L'onorario è a carico dell'assistito secondo tariffe, prefissate dall'Accordo Collettivo per la Medicina Generale, pari a € 15,49 per le visite in ambulatorio e € 25,82 per quelle domiciliari.



REGOLAMENTO PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI FRA MEDICI DI MEDICINA GENERALE PEDIATRI DI LIBERA SCELTA E MEDICI OSPEDALIERI.

1. Ricoveri ospedalieri

1.1 I reparti di diagnosi e cura provvederanno ad individuare fasce orarie giornaliere, garantendo la presenza dei sanitari in essi operanti, onde favorire l'accesso dei medici curanti negli ambienti di ricovero al fine dell'ottenimento della necessaria unitarietà del percorso assistenziale. Tali fasce orarie saranno portate a conoscenza dei medici di famiglia da parte della Direzione dei presidi ospedalieri.

1.2 La dimissione del paziente, nel caso in cui si renda necessaria l'attivazione di forme di assistenza domiciliare, dovrà essere concordata con il medico di famiglia al fine di evitare interruzioni nel percorso assistenziale. A tale scopo il medico di famiglia attiverà la proposta di assistenza domiciliare definendo con il responsabile del distretto gli interventi di natura infermieristica e/o riabilitativa da porre in essere una volta che il paziente sia stato dimesso dalla struttura ospedaliera.

1.3 All'atto della dimissione, nel caso in cui si ritenga utile prescrivere ulteriori indagini diagnostiche o si voglia programmare una successiva visita di controllo, dette prescrizioni saranno formulate su ricettario regionale. Sempre all'atto della dimissione dovrà essere compilata una esauriente relazione, indirizzata al medico curante, nella quale siano esplicitati il percorso diagnostico-terapeutico seguito in corso di ricovero, gli eventuali suggerimenti terapeutici ed ogni informazione ritenuta utile per il prosieguo. In detta relazione dovrà essere riportato il consiglio terapeutico attraverso la indicazione della molecola farmacologica ed il relativo dosaggio da somministrare al paziente, nonché le necessarie indicazioni circa l'erogabilità delle prestazioni da parte del SSN così come previsto dall'art. 15-decies del D.Lvo 229/

99.¹ I medici ospedalieri e delle altre strutture di ricovero e cura del Servizio sanitario nazionale, pubbliche o accreditate, quando prescrivono o consigliano medicinali o accertamenti diagnostici a pazienti all'atto della dimissione o in occasione di visite ambulatoriali, sono tenuti a specificare i farmaci e le prestazioni erogabili con onere a carico del Servizio sanitario nazionale. Il predetto obbligo si estende anche ai medici specialisti che abbiano comunque titolo per prescrivere medicinali e accertamenti diagnostici a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

2. Visite specialistiche

2.1 Prima visita e visita successiva: La prima è quella in cui il problema del paziente viene affrontato per la prima volta ed in cui viene predisposta una documentazione scritta (cartella clinica o scheda); analogamente sono considerate prime visite quelle effettuate nei confronti dei pazienti noti, affetti da malattie croniche, che presentino una fase di riacutizzazione tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva e un riaggiustamento della terapia. La visita successiva o di controllo rappresenta la visita in cui un problema già noto viene rivalutato e la documentazione scritta esistente viene aggiornata o modificata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita. Nell'ipotesi che il paziente si presenti nell'ambulatorio di un ospedale per la prima visita e nell'ambulatorio di un altro ospedale per il controllo, queste visite sono entrambe prime visite, anche se riguardano lo stesso problema. Viceversa, se nell'ambito dello stesso ambulatorio, un paziente viene visitato per lo stesso problema da due medici diversi in tempi diversi, non si possono considerare due prime visite (la cartella clinica/scheda è già presente).

2.2 Nel caso di visite specialistiche, effettuate sia in ambiente ospedaliero che nei poliambulatori distrettuali, lo specialista, ospedaliero o ambulatoriale convenzionato, ove ritenga necessarie ulteriori indagini per poter fornire adeguata risposta al quesito diagnostico formulato dal medico curante, compilerà le relative richieste sul ricettario regionale.

2.3 Fermo restando che anche in occasione delle visite specialistiche deve essere rispettato l'art. 15-decies del D.Lvo 229/99 (vedi nota 1), lo specialista provvederà a richiedere direttamente sull'apposito



ricettario regionale tutte le prestazioni da eseguire entro 30 giorni dalla consulenza effettuata, ivi comprese eventuali visite di controllo.

2.4 Una volta pervenuti alla diagnosi di certezza, il paziente potrà essere rimandato al medico curante accompagnando una relazione, a questi indirizzata, nella quale sia indicata la diagnosi, gli eventuali suggerimenti terapeutici (indicando il principio attivo e la relativa posologia) ed ogni altra informazione ritenuta utile per il proseguimento della cura.

3. Prescrizioni farmaceutiche

Le prescrizioni di farmaci è regolamentata dalla DGR n. 1660 del 31-07-2001 con la quale la Regione Basilicata ha individuato le misure per il contenimento e la razionalizzazione della spesa farmaceutica, i cui contenuti vengono di seguito integralmente riportati:

1) in via provvisoria e temporanea la prescrizione dei farmaci, con oneri a carico del S.S.N., in favore dei cittadini viene riservata esclusivamente ai Medici di Medicina Generale ed ai Pediatri di libera scelta che sono tenuti a verificare il tempo che intercorre tra le diverse prescrizioni per evitare la ripetizione delle stesse con sovrapposizione dei periodi di trattamento;

2) i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di libera scelta sono impegnati, pur nel rispetto del principio di scienza e coscienza, ad effettuare prescrizioni utilizzando, per classi terapeutiche omogenee, i farmaci e le relative confezioni economicamente più convenienti per il S.S.R.;

3) la prescrizione di specialità medicinali e di prodotti galenici erogati dal Servizio Sanitario Nazionale viene limitata al numero massimo di un pezzo per ricetta, fatta eccezione per i prodotti a base di antibiotici in confezione monodose, di medicinali somministrabili esclusivamente per fleboclisi e di prodotti galenici preconfezionati multiprescrivibili, per i quali la prescrizione è confermata ad un numero massimo di sei pezzi per ricetta;

4) per i soggetti affetti da patologia cronica il numero dei pezzi per ricetta è limitato ad un massimo di tre;

5) le farmacie convenzionate con il S.S.R. non possono spedire ricette contenenti un numero di confezioni superiori a quelle indicate nei precedenti punti 3 e 4; l'inosservanza di tale norma comporterà l'applicazione di quanto previsto dall'art.4, comma 10, del D.P.R. 8.7.1998, n. 371;

6) gli specialisti delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, qualora necessario, devono predisporre l'apposito "consiglio terapeutico", su carta intestata della struttura in cui operano, debitamente firmato, contenente i farmaci concedibili dal S.S.N. per la successiva prescrizione da parte del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, indicando il solo principio attivo. Tale procedura deve essere seguita anche in caso di dimissione ospedaliera. Non sono ammesse modalità diverse di prescrizione di farmaci;

7) all'atto della dimissione ospedaliera di cittadini residenti nella Regione Basilicata, laddove sia prevista la continuazione del programma terapeutico già intrapreso che contenga farmaci di cui all'allegato 2 del D.M. del 22.12.2000, la struttura pubblica di ricovero, per il tramite delle farmacie ospedaliere, provvederà alla fornitura diretta di tali farmaci al paziente per la somministrazione a domicilio per il periodo corrispondente alla copertura terapeutica per la fase acuta dell'episodio di cura;

8) per i ricoveri in regime di day hospital medico e chirurgico la struttura pubblica di ricovero provvederà alla somministrazione diretta dei farmaci per il periodo strettamente connesso al ciclo di cura programmato;

9) l'Azienda Sanitaria USL provvederà, per le prestazioni di Assistenza Domiciliare, alla somministrazione diretta dei farmaci di cui all'allegato 2 del D.M. del 22.12.2000, per l'intero ciclo di cura programmato ovvero per l'intero Piano Individuale Terapeutico (P.I.T.);

10) l'Azienda sanitaria USL provvederà alla dispensazione diretta dei farmaci per i trattamenti richiesti dagli ospiti delle Residenze protette, delle R.S.A. e degli Ospedali di Comunità;

11) i Medici di continuità assistenziali provvederanno a prescrivere i medicinali con il ricettario del S.S.R. esclusivamente per i trattamenti di urgenza e non potranno prescrivere approfondimenti diagnostici; l'Azienda sanitaria USL è tenuta a verificare la presente disposizione anche a mezzo di



indagini a campione e qualora ne rilevasse difformità di comportamenti provvederà ad irrogare la conseguente sanzione mediante l'addebito del costo anomalo indotto;

12) i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie U.S.L., ai sensi dell'art.31 della legge 23.12.1978, n.833, e dell'art.1, comma 4 del D.L. 20.6.1996, n. 323, convertito dalla Legge 8.8.1996, n.425, devono curare l'informazione e l'aggiornamento del medico prescrittore con particolare riguardo ai provvedimenti della Commissione Unica del Farmaco (C.U.F.) relativamente alle limitazioni di prescrivibilità del farmaco a carico del S.S.N. e sono tenuti ad organizzare specifici incontri in tutti i distretti di propria competenza con i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, con i farmacisti convenzionati con il S.S.R. competenti per territorio, al fine di affrontare la problematica del farmaco ed individuare adeguate forme per il contenimento, razionalizzazione della spesa e per l'avvio di interventi di sensibilizzazione del cittadino sul problema del farmaco;

13) in attesa di attivare il nuovo sistema informativo regionale nel settore farmaceutico con il quale sarà possibile acquistare mensilmente tutti i dati relativi alle prescrizioni dei singoli medici e di attivare, altresì, un sistema di comparazione e di raffronto dei dati a livello nazionale, i Direttori Generali delle Aziende sanitarie U.S.L. sono tenuti ad effettuare controlli a campione tesi a verificare la corretta prescrizione da parte dei medici convenzionati con il sistema sanitario regionale ed in caso di presenza di anomalie ad assumere adeguati atti tesi alla eliminazione di atteggiamenti di uso improprio del farmaco;

14) i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie U.S.L. sono tenuti, con cadenza trimestrale, a relazionare alla Giunta Regionale sulle iniziative intraprese per il rispetto di quanto previsto nei precedenti punti 12 e 13;

15) la Giunta regionale si riserva la possibilità, successivamente alla verifica dei risultati di contenimento della spesa farmaceutica a seguito dell'attivazione delle norme previste dal presente provvedimento, di autorizzare i farmacisti convenzionati con il S.S.R., per i farmaci scaduti di brevetto (cosiddetti farmaci generici), alla sostituzione del farmaco prescritto dal medico con farmaco generico a più basso costo;

16) il Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale emanerà, ove necessario, ulteriori indirizzi applicativi delle presenti disposizioni;

17) le norme previste dal presente regolamento hanno vigenza dal 1 agosto 2001.

4. Prestazioni pre e post ricovero programmato

L'art. 1, comma 9, della legge 662/96 prevede che le prestazioni strettamente correlate al ricovero programmato, preventivamente erogate al paziente dalla medesima struttura che esegue il ricovero stesso, sono remunerate dalla tariffa onnicomprensiva relativa al ricovero e non sono soggette alla partecipazione della spesa da parte del cittadino. I relativi referti devono essere allegati alla cartella clinica che costituisce il diario del ricovero. Appare utile rammentare tale disposizione di legge in quanto la costante applicazione potrebbe tradursi in un aumento dell'efficienza dei reparti ospedalieri con una riduzione dei tempi di ricovero. E' ovvio che in questi casi le richieste dovranno essere effettuate utilizzando i moduli che vengono ordinariamente impiegati in costanza di ricovero, gli esami dovranno essere eseguiti presso la struttura che eseguirà il ricovero e i referti dovranno essere consegnati direttamente al reparto che ha proposto l'esecuzione degli esami per poter diventare parte integrante della cartella clinica. Appare superfluo rappresentare la necessità, ove si decida di adottare tali procedure, di esplicitare al paziente che gli esami sono finalizzati al ricovero programmato e che, ove il paziente non dia seguito al ricovero programmato per cause da lui dipendenti, lo stesso non potrà essere portato a conoscenza dei risultati delle indagini eseguite se non dopo aver regolarizzato il pagamento della quota di partecipazione che avrebbe dovuto versare nel caso in cui gli esami fossero stati eseguiti in regime ambulatoriale esterno. Per quanto concerne le prestazioni post ricovero individuate dal medico di reparto come strettamente necessarie alla definizione diagnostica-terapeutica della patologia trattata in regime di ricovero, quali ulteriori indagini strumentali, la richiesta deve essere effettuata dal sanitario a mezzo di appositi moduli, suggerendo al paziente a provvedere in loco alla



prenotazione delle prestazioni richieste. In caso di prestazioni effettuati direttamente dal servizio (rimozione punti, medicazioni, rimozione gesso ecc....) il sanitario provvederà ad indicare al paziente la data di effettuazione della prestazione.

5. Compiti del medico di medicina generale

5.1 La richiesta del medico di medicina generale deve chiaramente indicare se trattasi di prima visita o di visita successiva alla prima (visita di controllo).

5.2 La richiesta di consulenza specialistica per prima visita deve contenere oltre al quesito diagnostico una breve sintesi anamnestica della sospetta patologia, eventualmente utilizzando una apposita e condivisamodulistica, nonché altra documentazione clinica già in possesso del paziente

5.3 In caso di ricovero ospedaliero in regime ordinario o di day Hospital il medico provvederà a compilare l'apposita scheda di accesso in ospedale, mentre se il ricovero è autonomamente deciso dal paziente o da suoi familiari, è impegno del medico trasmettere i dati clinici, se richiesti dal medico di reparto, via telefono, fax o e-mail.

Il presente documento ha validità a tempo indeterminato, fatte salve diverse disposizioni aziendali, regionali e nazionali.



ATTIVAZIONE DELLE PROCEDURE PER LA DISTRIBUZIONE DIRETTA DEI FARMACI AI PAZIENTI PRESSO LE STRUTTURE OSPEDALIERE DI POLICORO - TINCHI - STIGLIANO

Ai pazienti ricoverati all'atto della dimissione saranno erogati direttamente i farmaci inclusi nel Prontuario Farmaceutico Ospedaliero attualmente in vigore.

Sarà possibile prescrivere una quantità di farmaci corrispondenti al quantitativo minimo necessario per assicurare al paziente la continuità della terapia.

I farmaci prescrivibili sono quelli della fascia A e, ove sia la necessità di garantire la continuità terapeutica, di fascia H.

Viene sottolineato l'obbligo del medico prescrittore di indicare, ove presenti, le note CUF e di attenersi strettamente alle limitazioni previste dalle stesse, precisando che qualora il farmaco venga prescritto per una patologia non prevista dalla nota CUF, il medesimo automaticamente diventa farmaco di fascia C non erogabile dal S.S.N.

La distribuzione diretta sarà garantita solo ai pazienti residenti in Basilicata.

Per i dirigenti residenti fuori regione, il medico ospedaliero si limiterà alla trascrizione della terapia consigliata sul cartellino di dimissione.

Dopo la prescrizione del proprio medico curante i cittadini non residenti continueranno a ritirare i farmaci presso le farmacie territoriali.

Per le richieste dovrà essere utilizzato un modello che dovrà essere compilato in ogni sua parte.

Queste dovranno pervenire **dalle ore 12 alle ore 13,30** nei giorni feriali presso le farmacie dei tre Presidi Ospedalieri, dove avverrà la distribuzione diretta al paziente o ad un suo delegato dalle ore **12,00 alle ore 14,00**.

Per quanto concerne i pazienti degenti presso le Unità Operative UTIC e Medicina, i farmaci non disponibili presso le farmacie territoriali, previa ricetta del medico di base.

La Direzione e la Farmacia si impegnano, in tempi brevi a verificare con l'ufficio Economato la possibilità del loro acquisto prima della stesura del nuovo Prontuario.



PROTOCOLLO PER LE DIMISSIONI PROTETTE

I pazienti che necessitano ancora di alta intensità di assistenza sanitaria, in dimissioni dai vari reparti ospedalieri, devono essere trasferiti sa domicilio, fatte salve diversa volontà dei pazienti e/o dei familiari.

Finalità

La dimissione protetta deve assicurare la continuità assistenziale fra **Ospedale** e **Territorio** consentendo o un parziale recupero di autonomia o, per i pazienti in fase terminale, una migliore qualità di vita residua.

Deve inoltre assicurare l'integrazione operativa fra i servizi territoriali ed ospedalieri nella presa in carico del paziente.

Destinatari

Pazienti ricoverati di qualsiasi età che, concluso l'iter diagnostico e terapeutico ospedaliero, hanno perso temporaneamente o stabilmente la loro autonomia che richiedono interventi assistenziali sanitari complessi a medio o a lungo termine effettuabili a domicilio.

Hanno priorità di accesso, i pazienti con le seguenti patologie:

- malattie cronic-degenerative
- malattie acute temporaneamente invalidanti
- malattie che richiedono nutrizioni artificiali
- malattie oncologiche in fase avanzata
- malattie HIV correlate in fase avanzata

Modalità Operative

Il medico di Reparto ospedaliero definita l'eleggibilità del paziente per la dimissione protetta ne informa la famiglia valutandone la disponibilità ad accogliere il paziente a domicilio.

In caso positivo contatta il Responsabile del Distretto di 2° livello di appartenenza del paziente per l'attivazione dell'Assistenza Domiciliare.

Il Distretto dovrà essere informato almeno tre giorni lavorativi prima della prevista dimissione e questa non dovrà comunque avvenire nei giorni festivi o prefestivi.

La segnalazione del caso da parte del caposala dovrà essere effettuata utilizzando la scheda di dimissione protetta.

Il Responsabile del Distretto dispone la valutazione che sarà effettuata dal case manager, eletto fra i componenti dell'UVM insieme al caposala ed al medico di reparto.

Il Case manager prima della dimissione e previo appuntamento con il medico di reparto e il caposala, si recherà presso l'U.O. che ne fanno richiesta al fine di predisporre la presa in carico e di concordare la tipologia assistenziale più congrua ai bisogni del paziente (ADI, ADP, ADS) e di formulare il PIT.

Il responsabile del Distretto acquisita, da parte del case manager la suddetta valutazione, contatta il MMG perché attivi, attraverso la compilazione dell'apposita modulistica, la presa in carico del paziente. Qualora dalla valutazione emergano bisogni complessi ed integrati tali da richiedere l'attivazione dell'ADI, il Responsabile del Distretto, concordando con il MMG, disporrà la VMD a domicilio.

Responsabilità

Il medico di reparto, definita l'eleggibilità del paziente per l'attivazione della Dimissione Protetta, ne informa la famiglia e valuta la disponibilità della stessa ad accogliere il paziente a domicilio.



In caso positivo, il medico di reparto contatta il Distretto, almeno tre giorni lavorativi prima della data presunta di dimissione; questa non dovrà comunque avvenire in giorni festivi o prefestivi.

Il caposala, in caso di accoglienza a domicilio, compila la scheda di dimissione protetta e la inoltra al Distretto tramite fax.

Il medico di medicina generale e di pediatra di libera scelta, informato dal Responsabile del Distretto della Dimissione del proprio assistito, assicura la propria disponibilità compilando l'apposita modulistica (ADI, ADP, ADS).

Il Responsabile del Distretto ricevuta la segnalazione del reparto ospedaliero dispone la valutazione da parte del case manager.

Definita l'eleggibilità del caso, acquisito il PIT e contattato il MMG o il Pediatra di libera scelta, per l'attivazione dell'assistenza, trasmette in copia, l'intera documentazione del caso al Centro di Coordinamento.

Il Responsabile del Centro di Coordinamento riceve e custodisce tutta la documentazione relativa alla presa in carico del paziente,

Il Responsabile del Centro convoca i componenti del Centro ogni qualvolta ne ravvisi la necessità.



REGOLAMENTAZIONE DELL'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER SOGGETTI TOTALMENTE ESENTI.

I soggetti che prenotano prestazioni specialistiche di cui necessitano, prima di accedere, nel giorno stabilito dalla prenotazione, all'ambulatorio specialistico, devono necessariamente passare dallo sportello CUP per ottenere il rilascio di una ricevuta di pagamento che nei casi di soggetti totalmente esenti risulta essere pari a zero.

Appare chiaro come tale procedura costringa alcuni pazienti, a volte anziani o soggetti affetti da patologie debilitanti, o loro parenti a sottoporsi a lunghe ed estenuanti file nonostante lo stato di completa esenzione.

Per quanto sopra detto questa Azienda ritiene, pertanto, di dover necessariamente procedere ad una riorganizzazione delle modalità di riscossione del ticket agli sportelli CUP delle strutture ospedaliere, dove si registrano lunghi tempi di attesa, ridisegnando il percorso che il cittadino esente deve seguire nella fase di accesso all'ambulatorio specialistico. In particolare si stabilisce che per il cittadino che presenti una condizione che da diritto all'esenzione totale vanno applicate le seguenti regole:

1. Il paziente totalmente esente può accedere direttamente all'ambulatorio specialistico che deve erogare la/le prestazione/i, munito della ricetta di prescrizione e dell'eventuale ricevuta attestante l'effettuazione della prenotazione da presentare al personale sanitario dell'ambulatorio;
2. nel caso in cui il paziente sia sprovvisto del foglio di prenotazione, in quanto la stessa è stata effettuata telefonicamente, il personale sanitario dell'ambulatorio provvederà a controllare sul modello riepilogativo delle prenotazioni giornaliere, trasmesso il giorno prima ai singoli ambulatori dagli operatori CUP, l'esistenza del nominativo riportato sulla ricetta che da diritto all'effettuazione della prestazione;
3. una volta accertato il diritto all'effettuazione della prestazione, il personale sanitario provvederà alla verifica delle condizioni che danno diritto all'esenzione per poi consentire al paziente la sottoscrizione dell'apposito modello, che si allega alla presente, di dichiarazione della categoria di esenzione di appartenenza.
4. La ricetta di prescrizione, insieme all'eventuale foglio di prenotazione ed al modello di dichiarazione debitamente sottoscritto, dovranno essere trasmessi il giorno successivo agli sportelli CUP dell'ospedale di appartenenza per la definitiva registrazione
5. nel caso in cui il nominativo del paziente che accede all'ambulatorio non risulti nell'elenco giornaliero dei prenotati, il personale sanitario dovrà procedere ad un approfondimento della situazione ed eventualmente decidere sulla necessità di effettuare ugualmente la prestazione con la compilazione da parte del dirigente medico in servizio dell'apposito modello di forzatura che dovrà allegarsi alla ricetta.
6. Qualora i pazienti non prenotati risultino non esenti devono prima passare dagli sportelli CUP per la prenotazione e il versamento della relativa quota di partecipazione alla spesa, mentre i pazienti totalmente esenti non vanno inviati al CUP per la prenotazione, ma si procederà allo stesso modo dei pazienti totalmente esenti in possesso di prenotazione.



REGOLAMENTAZIONE DELL'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER SOGGETTI PORTATORI DI HANDICAPS.

I soggetti che prenotano prestazioni specialistiche di cui necessitano, prima di accedere all'ambulatorio specialistico, devono necessariamente passare dallo sportello CUP .

Appare chiaro come tale procedura costringa pazienti, portatori di handicaps, o loro parenti a sottoporsi a lunghe ed estenuanti file.

Per quanto sopra detto questa Azienda ritiene, pertanto, di dover necessariamente procedere ad una riorganizzazione delle modalità di riscossione del ticket agli sportelli CUP delle strutture ospedaliere e distrettuali, dove si registrano lunghi tempi di attesa, ridisegnando il percorso che il cittadino deve percorrere.

A tal proposito va fatto un distinguo tra i cittadini portatori di handicaps che presenti una condizione che da diritto all'esenzione totale e i cittadini sempre portatori di handicaps che non ha diritto all'esenzione.

Pere i primi vanno applicate le seguenti regole esente:

- si può accedere direttamente all'ambulatorio specialistico che deve erogare la/le prestazione/i, con la ricetta di prescrizione e dell'eventuale ricevuta attestante l'effettuazione della prenotazione da presentare al personale sanitario dell'ambulatorio;
- nel caso in cui si è sprovvisti del foglio di prenotazione, in quanto la stessa è stata effettuata telefonicamente, il personale sanitario dell'ambulatorio provvederà a controllare sul modello riepilogativo delle prenotazioni giornaliere, trasmesso il giorno prima ai singoli ambulatori dagli operatori CUP, l'esistenza del nominativo riportato sulla ricetta che da diritto all'effettuazione della prestazione;
- una volta accertato il diritto all'effettuazione della prestazione, il personale sanitario provvederà alla verifica delle condizioni che danno diritto all'esenzione per poi consentire al paziente la sottoscrizione dell'apposito modello, che si allega alla presente, di dichiarazione della categoria di esenzione di appartenenza;
- la ricetta di prescrizione, insieme all'eventuale foglio di prenotazione ed al modello di dichiarazione debitamente sottoscritto, dovranno essere trasmessi il giorno successivo agli sportelli CUP dell'ospedale di appartenenza per la definitiva registrazione;
- nel caso in cui il nominativo del paziente che accede all'ambulatorio non risulti nell'elenco giornaliero dei prenotati, il personale sanitario dovrà procedere ad un approfondimento della situazione ed eventualmente decidere sulla necessità di effettuare ugualmente la prestazione con la compilazione da parte del dirigente medico in servizio dell'apposito modello di forzatura che dovrà allegarsi alla ricetta;

I pazienti totalmente esenti non vanno inviati al CUP per la prenotazione, ma si procederà allo stesso modo dei pazienti totalmente esenti in possesso di prenotazione.

Qualora i pazienti risultino non esenti devono prima passare dagli sportelli CUP per la prenotazione e il versamento della relativa quota di partecipazione alla spesa, in tal caso, per evitare estenuanti file , **si stabilisce che per ogni due utenti, va data la possibilità al cittadino portatore di handicaps di espletare le procedure.**

Qualora i pazienti risultino non esenti devono prima passare dagli sportelli CUP per la prenotazione e il versamento della relativa quota di partecipazione alla spesa, in tal caso, per evitare estenuanti file , **si stabilisce che per ogni due utenti, va data la possibilità al cittadino portatore di handicaps di espletare le procedure.**

