



Progetto Mattone "Tempi di attesa"

Linee guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili

Versione del 4 maggio 2005

Premessa

Le “Linee guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili” fanno parte di un più ampio documento contenente le proposte metodologiche per la rilevazione sistematica dei tempi di attesa e per la gestione dell’accesso alle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero programmato.

Il documento è stato prodotto dal Gruppo di Lavoro Ristretto del Mattone “Tempi di attesa, nell’ambito del progetto “I Mattoni del nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale”, promosso dal Ministero della Salute e dalla Conferenza Stato-Regioni.

Al Gruppo di Lavoro Ristretto del Mattone “Tempi di attesa”, partecipano i referenti di:

- ⇒ Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (Coordinamento)
- ⇒ Ministero della Salute
- ⇒ P.A. di Trento
- ⇒ Regione Emilia-Romagna
- ⇒ Regione Lombardia
- ⇒ Regione Puglia
- ⇒ Regione Toscana

Il documento è stato presentato ai referenti di tutte le Regioni e P.A. in data 11 maggio 2005 e successivamente recepito dalla Cabina di Regia in data 23 giugno 2005.

Attualmente è in corso una sperimentazione in alcune regioni, alla cui conclusione ne verrà predisposta la versione finale.

Linee guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili

Si riportano qui di seguito delle linee guida atte a supportare le aziende sanitarie ed ospedaliere nella progettazione e gestione delle Agende di prenotazione dei ricoveri programmabili

La Direzione Aziendale deve definire una procedura generale per la gestione dei registri di ricovero (Agende di prenotazione dei ricoveri programmabili), che può prevedere variazioni, comunque esplicitate ed approvate, per adeguamento alle specificità dei presidi, dipartimenti o UO.

La procedura deve prevedere criteri espliciti per la definizione delle priorità di accesso, coerenti con le indicazioni nazionali e regionali in merito.

Si sottolinea che il sistema di monitoraggio dei tempi di attesa "ex-post" si basa sulla presenza nella SDO di due informazioni: a) la data di inserimento del paziente nella agenda di prenotazione, b) la classe di priorità del paziente. Il primo campo era già stato in precedenza previsto (e già esistente in alcune regioni), mentre il secondo rappresenta una novità, per altro coerente con quanto deciso nell'Accordo 11 luglio 2002.

Contenuti e procedura

La procedura per la gestione delle agende di prenotazione dei ricoveri deve definire quali sono i soggetti che:

- a) possono richiedere una prenotazione
- b) decidono l'inserimento nell'agenda di prenotazione
- c) inseriscono materialmente i dati
- d) possono consultare le agende, a quali scopi, come, quando, quanto (quali campi)

Tra i soggetti che possono avere accesso ai dati saranno ovviamente sempre previsti gli incaricati delle direzioni sanitarie e delle regioni, che hanno il compito di vigilare e

Mattone "Tempi d'attesa"

verificare sul rispetto dei principi di equità, trasparenza, efficienza ecc., compresi gli aspetti applicativi delle priorità di accesso.

La esplicitazione di procedure e riferimenti permetterà inoltre all'utente di esercitare un maggiore controllo sull'iter seguito dalla propria richiesta di ricovero oltre che di collaborare in modo più fattivo con le strutture, ad esempio segnalando per tempo eventuali rinunce.

La procedura deve indicare dove è conservata l'agenda e sotto la responsabilità di chi, in particolare relativamente a: gestione quotidiana, inserimento dati, conservazione, tutela accesso e riservatezza.

La Direzione Sanitaria di presidio deve garantire una attività di vigilanza continua, in particolare relativamente all'utilizzo corretto, trasparente ed appropriato delle agende; tale attività di vigilanza deve avvenire con precise responsabilità e modalità operative.

Devono essere definite le procedure e le responsabilità sul controllo della qualità dei dati, con particolare riferimento alla congruenza delle classi di priorità assegnate ai pazienti e dei tempi di effettiva erogazione. Vanno periodicamente valutate la sensibilità e la specificità dei criteri utilizzati per l'attribuzione alle diverse classi di priorità. Le informazioni derivate dalle attività di verifica devono essere periodicamente portate a conoscenza dei prescrittori e dei decisori.

È opportuno ricordare che il DPCM 19/5/1995 (punto 4.3) prevede la possibilità di svolgere azioni di controllo sulle agende di prenotazione anche da parte di soggetti esterni, in particolare i MMG. Pertanto, la configurazione delle agende, siano essi su supporto cartaceo od informatico, deve prevedere la possibilità dello svolgimento di questi controlli nel rispetto della normativa sulla privacy, ovvero rendendo verificabili i dati inerenti i criteri e le date di prenotazione, senza però rendere accessibili i dati di identificazione del paziente.

Relativamente ai dati da inserire, si riporta un elenco di campi articolato in due parti, la prima inerente al paziente, e la seconda contenente altre voci utili sotto il profilo gestionale. Per ogni campo è stato riportato un giudizio di rilevanza, distinguendo tra quelli considerati essenziali e quelli ritenuti potenzialmente utili. Alcuni dei campi sotto elencati sono già presenti nella SDO: per la compilazione di questi si dovranno seguire le stesse regole utilizzate in quella scheda. Si riportano di seguito alcune ulteriori note esplicative per gli altri campi.

Mattoni "Tempi d'attesa"

Campi dati inerenti al paziente	Rilevanza
<i>a) Nome cognome del paziente</i>	<i>Essenziale</i>
<i>b) Codice paziente (fiscale)</i>	<i>Essenziale</i>
<i>c) Sesso</i>	<i>Essenziale</i>
<i>d) Data nascita</i>	<i>Utile</i>
<i>e) Residenza</i>	<i>Utile</i>
<i>f) Numero telefono del paziente</i>	<i>Essenziale</i>
<i>g) Persona da informare (nome e telefono)</i>	<i>Essenziale</i>
<i>h) Diagnosi o sospetto diagnostico</i>	<i>Essenziale</i>
<i>i) Classe di priorità</i>	<i>Essenziale</i>
<i>j) Note cliniche particolari</i>	<i>Utile</i>
Informazioni gestionali	Rilevanza
<i>k) Nome del medico prescrittore</i>	<i>Utile</i>
<i>l) Tipo di percorso/intervento previsto (diagnostico, terapeutico, chirurgico ecc.)</i>	<i>Utile</i>
<i>m) Data di prescrizione della richiesta da parte del prescrittore</i>	<i>Essenziale</i>
<i>n) Data inserimento del paziente nella agenda di prenotazione</i>	<i>Essenziale</i>
<i>o) Data prevista per il ricovero</i>	<i>Essenziale</i>
<i>p) Data reale del ricovero</i>	<i>Essenziale</i>
<i>q) Motivi eventuale esclusione/cancellazione, anticipazione o spostamento nella lista</i>	<i>Essenziale</i>
<i>r) Modalità di accesso (visita in ambulatorio divisionale, prescrizione di specialista esterno, visita al PS, visita privata ecc.)</i>	<i>Utile</i>

Come previsto dal D.L. 269 del 30/9/2003, il codice paziente, anche al fine di favorire l'integrazione delle informazioni, dovrebbe essere il codice fiscale. Ove le agende siano informatizzate ed accessibili in rete, si potranno realizzare verifiche e rilevazioni in tempo reale, ma anche, con l'utilizzo del codice paziente, la rilevazione semiautomatica dei dati necessari al monitoraggio.

Oltre ai dati identificativi del paziente, la registrazione del sesso risulta importante non solo a scopi di elaborazioni statistiche, ma anche per la necessità di gestione del reparto, specie quando nomi stranieri non permettono l'identificazione del genere. Il numero di telefono del paziente o della persona da informare sono essenziali per una buona gestione delle liste, sia per lo svolgimento delle eventuali attività di controllo o pulizia, sia per informazioni su spostamenti o problemi organizzativi.

Il campo "Classe di priorità" va compilato in coerenza con le indicazioni nazionali sulle classi di priorità. Il dato qui inserito sarà poi trasferito nel corrispondente campo della SDO, non appena questo sarà inserito in tale scheda.

Rispetto ai dati riportati nella seconda parte, sono necessarie alcune precisazioni. Il nome del prescrittore è riferito al medico (MMG, specialista ambulatoriale esterno ecc.) che ha firmato la richiesta a seguito della quale il paziente è stato preso in carico dalla struttura, che è solitamente diverso da quello che è preposto alla accettazione della richiesta ed all'inserimento del paziente nella agenda (specialista del reparto ospedaliero). La data da inserire al campo m) è quindi quella contenuta nella richiesta (proposta) di ricovero.

Per data di inserimento del paziente nella agenda (campo n) si deve invece intendere la data in cui il soggetto previsto dalla struttura (di solito lo specialista del reparto) conferma la necessità di ricovero e provvede all'inserimento del paziente nella agenda di prenotazione.

A tale proposito, è però opportuno ricordare che può accadere che, specie in casi in cui i tempi di attesa siano lunghi, stabilita la necessità di ricovero per un paziente, in una prima fase egli non venga materialmente inserito in una agenda, ma solo in una qualche forma di "pre-lista" di candidati all'intervento, e venga invece inserito nella agenda solo al momento in cui si renda con precisione disponibile un posto letto o una seduta operatoria. Dato che lo scopo della rilevazione è quello di avere un quadro

preciso del tempo che intercorre tra la convalida del bisogno di ricovero e la realizzazione dello stesso, è evidente che il dato da inserire nel sistema di rilevazione (campo n) è quello relativo al momento della conferma del riconoscimento del bisogno da parte dello specialista della struttura, e non già quello, meramente organizzativo, relativo al momento della attribuzione precisa di una data per il ricovero. Questa data, relativa alla identificazione del bisogno (momento della convalida dello specialista), è anche quella che dovrà essere utilizzata per la compilazione del campo "data di prenotazione", previsto nel nuovo modello della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), che progressivamente tutte le regioni provvederanno a rendere operativa. Le procedure applicative dovranno precisare chi e come sarà chiamato ad inserire questo dato nella SDO. E' evidente che questo è un passaggio centrale per la gestione delle agende e per tutte le attività di gestione, verifica e valutazione sulle liste ed i tempi di attesa per i ricoveri, e richiede pertanto una particolare precisione ed affidabilità delle procedure e dei dati.

Un ulteriore caso da considerare è rappresentato dalla richiesta di ricovero che viene spesso compilata dal MMG subito prima del ricovero, per finalità principalmente amministrative, ma dopo che tutto il percorso di valutazione e approvazione della necessità di ricovero è già stato svolto. La data di tale richiesta non ha nessun nesso con il tempo di attesa reale ed il percorso di accesso, e pertanto non deve essere considerata pertinente.

Anche la data prevista per il ricovero (campo o) può essere indicata inizialmente in modo approssimativo, o come periodo orientativo in cui si prevede di poter ricoverare il paziente. Le procedure aziendali dovranno precisare le modalità di compilazione di questo campo, anche perché una sua attenta lettura potrebbe fornire informazioni utili a chi deve occuparsi della programmazione delle attività, poiché differenze frequenti e significative rispetto alla data reale del ricovero possono essere espressione di forti difficoltà gestionali. La data prevista può essere definita con una modalità implicita (stima dello specialista) o, preferibilmente, usando criteri espliciti, quali il tempo medio di attesa per quel tipo di ricovero con quella classe di priorità nei precedenti sei mesi.

La data reale del ricovero viene precisata nel campo p), già esistente oggi nelle SDO. Se le date dei campi o) ed p) sono diverse, ciò dovrà essere sinteticamente motivato nel campo q), dove andrà anche motivata la eventuale cancellazione (per

Mattone "Tempi d'attesa"

risoluzione del problema, mancata presentazione, esigenze personali del paziente, variazione del quadro clinico, decesso ecc.).