

**LINEE GUIDA PER LE AGENDE DI PRENOTAZIONE DEI RICOVERI NEI
REPARTI DI ACUZIE – RIABILITAZIONE - LUNGODEGENZA DELLE CASE
DI CURA PRIVATE AD INDIRIZZO NEURO-PSICHIATRICO**

La revisione della rete delle case di cura private ad indirizzo neuro-psichiatrico, così come recepita in sede di accordo del 17 marzo 2008, determina importanti innovazioni nel sistema dell'offerta assistenziale per la gestione della fase acuta, subacuta e cronica del disagio psichico, del disturbo mentale e delle dipendenze patologiche.

L'ampliamento dell'offerta dell'accoglienza richiede pertanto, da parte dell'organizzazione sanitaria, che vi sia una snella integrazione dei dimessi dai reparti di acuzie con l'attività di post-acuzie e lungodegenza.

In questo contesto i Dipartimenti di salute mentale svolgono un ruolo cardine nel percorso dei servizi di psichiatria, effettuando la valutazione e la presa in carico dei pazienti e curando la continuità di assistenza nei casi più complessi.

Tale articolazione organizzativa necessita, al fine di assicurare l'efficacia degli interventi, di un sistema che garantisca equità e trasparenza nell'accesso alle Case di cura private provvisoriamente/definitivamente accreditate, mediante la messa a regime di agende di prenotazione informatizzate.

Tale procedura contribuisce ad armonizzarsi nel contesto sin'ora disegnato sul territorio regionale in materia di liste di attesa, avviato con D.G.R. 14-10073 del 28.7.2003 ed integrato con successivi provvedimenti che giungono a definire il "Piano Regionale di contenimento dei tempi di attesa".

Di seguito viene richiamata la regolamentazione per l'accesso alle liste di attesa per ricoveri programmati prevista con D.D. n. 101 del 24.4.2007 integrata e modificata per le patologie in evidenza.

Al fine di garantire continuità tra i diversi livelli di assistenza si ritiene che le case di cura provvisoriamente/definitivamente accreditate debbano procedere quindi a:

1. DEFINIRE LE MODALITÀ DI GESTIONE E DI ACCESSO DELLE LISTE DI ATTESA PER RICOVERI PROGRAMMATI, CON PARTICOLARE ATTENZIONE ALLA NORMATIVA IN MATERIA DI REGISTRI DI RICOVERO E DI RISPETTO DELLA PRIVACY.

In primo luogo costituisce requisito irrinunciabile di un sistema di gestione delle liste di attesa l'ordine cronologico di presentazione della richiesta.

Il registro delle prenotazioni dovrà essere tenuto in osservanza delle normative vigenti in particolare dall'art. 3, comma 8, della Legge 724/1994, sia che esso sia gestito in forma cartacea, sia che esso si connoti come sistema di prenotazione informatizzata.

La gestione cartacea dovrà comunque essere quanto prima affiancata da analoga gestione su registro informatizzato.

(L'art. 3, comma 8, ai fini della trasparenza impone alle strutture sanitarie l'istituzione del registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri, attraverso il quale, con la salvaguardia della riservatezza delle persone, ad ogni cittadino avente interesse possono essere fornite informazioni relativamente alle prenotazioni e ai relativi tempi di attesa.)

CONTENUTI E PROCEDURA

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

- a) richiedono la prenotazione (così come definiti nel provvedimento di riferimento D.G.R. 33-8425 del 17.3.2008)
- b) inseriscono i dati nel registro
- c) hanno accesso ai dati

Tra i soggetti che possono avere accesso ai dati sono previsti gli incaricati: dalle strutture di ricovero e dalle strutture del DSM, dalle Commissioni di Vigilanza territorialmente competenti, della Regione Piemonte, che hanno il compito di vigilare e verificare sul rispetto dei principi di equità, trasparenza, efficienza.

I percorsi e la documentazione relativa all'attività di prenotazione per le prestazioni erogate in regime di ricovero (fase intensiva e di supporto all'emergenza), riabilitazione e lungodegenza, dovranno essere sempre chiaramente distinguibili con lista di attesa separata.

VIGILANZA

La Direzione Sanitaria dell'ASL deve garantire un'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.

2. DEFINIRE GLI STANDARD RELATIVAMENTE A:

TEMPI E MODALITÀ DELLA COMUNICAZIONE AL PAZIENTE DELLA DATA O DEL PERIODO DEL RICOVERO.

Ogni struttura dovrà dotarsi di strumenti di informazione per gli utenti, dovrà esplicitare i passaggi e gli interlocutori che intervengono nel processo che va dalla richiesta di esecuzione del ricovero alla sua effettuazione, passando attraverso le fasi intermedie di prenotazione, permanenza in lista e chiamata dalla lista.

Il modo più adeguato per dare attuazione a tali requisiti consiste nell'utilizzo di sistemi informatizzati, nei quali siano implementate funzioni di management automatico delle liste di attesa.

Al fine di permettere una corretta rilevazione della tempistica e per garantire sempre all'utente un'informazione trasparente e corretta qualunque siano i tempi di attesa, le liste di prenotazione non dovranno mai essere chiuse.

Nel caso si verifichino eventi non prevedibili, tali da non consentire la individuazione della data di ricovero, le liste dovranno comunque essere tenute attive con la registrazione in ordine cronologico di tutti i pazienti che necessitano di ricovero: non appena sarà possibile la ripresa della calendarizzazione verrà data comunicazione ai soggetti interessati.

3. ADOTTARE I CRITERI CHE DETERMINANO L'ORDINE DI CHIAMATA DEI PAZIENTI IN COERENZA CON LE INDICAZIONI DEL PRESENTE DOCUMENTO.

La selezione dei pazienti con patologie psichiatriche attraverso criteri di priorità cliniche risulta di difficile regolazione a causa delle patologie trattate pertanto è previsto, come sopra citato, l'inserimento in agenda secondo l'ordine cronologico di presentazione.

Per i casi di ricovero in riabilitazione (cod. 56) costituisce priorità il trasferimento interno del paziente dall'area di acuzie della stessa struttura oltre che i pazienti provenienti da DEA, dagli SPDC e dalle strutture del DSM in modo da poter assicurare ai pazienti la continuità terapeutica ed assistenziale attuata sulla base di un progetto riabilitativo individuale.

4. PREDISPORRE ED ATTUARE UN PIANO DI ADEGUAMENTO DEI PROPRI REGISTRI INFORMATIZZATI, AL FINE DI RENDERE LE INFORMAZIONI DA ESSI ACCESSIBILI COMPLETE ED ORGANIZZATE SECONDO LE NUOVE MODALITÀ INTRODOTTE.

Relativamente ai dati da inserire nelle agende di prenotazione, si riporta di seguito un elenco di informazioni articolato in due parti: la prima inerente al paziente e la seconda contenente altre voci utili sotto il profilo gestionale. Sono inoltre indicati i campi obbligatori e quelli utili.

Informazioni inerenti al paziente	Rilevanza
a) Nome cognome del paziente	Obbligatorio
b) Codice paziente (fiscale)	Utile
c) Sesso	Obbligatorio
d) Data nascita	Utile
e) Residenza	Utile
f) Numero telefono del paziente	Obbligatorio
g) Persona da informare (nome e telefono)	Obbligatorio
h) Diagnosi o sospetto diagnostico	Obbligatorio
j) Note cliniche particolari	Utile
Informazioni gestionali	Rilevanza
k) Nome del medico prescrittore	Obbligatorio
l) Tipo di percorso previsto	Utile
m) Data inserimento del paziente nell'agenda di prenotazione	Obbligatorio
n) Data prevista per il ricovero	Obbligatorio
o) Data reale del ricovero	Obbligatorio
p) Motivi eventuale esclusione/cancellazione, anticipazione o spostamento nella lista	Obbligatorio
q) Modalità di accesso (DEA, SPDC, MMG, trasferimento interno da acuzie a post-acuzie, ecc.)	Utile

Si riportano di seguito alcune ulteriori note esplicative riferite ai suddetti campi:

La data di inserimento del paziente in agenda è quella in cui i medici prescrittori si rivolgono alla struttura per la prenotazione del ricovero necessario.

A tale proposito, è opportuno ricordare che può accadere che, specie nei casi in cui i tempi di attesa siano lunghi, il paziente non venga inserito in agenda, ma solo in una forma di "pre-lista" di candidati, mentre l'inserimento in agenda avviene solo al momento in cui si rende disponibile un posto letto. Considerato che lo scopo della rilevazione è quello di avere, in quadro preciso del tempo che intercorre tra l'identificazione del bisogno di ricovero e l'effettuazione dello stesso, la procedura della "pre-lista" non è ammissibile.

Anche la data prevista per il ricovero può essere indicata inizialmente in modo approssimativo o come periodo orientativo in cui si prevede di poter ricoverare il paziente.

Se le date dei campi n) ed o) sono diverse, ciò dovrà essere sinteticamente motivato nel campo p), dove andrà anche motivata la eventuale cancellazione (per risoluzione del problema, mancata presentazione, esigenze personali del paziente, variazione del quadro clinico, decesso ecc.).

Le eventuali rinunce o sospensioni da parte dei pazienti portano ad influenzare sia la determinazione della durata delle attese che l'ordine di accesso dei pazienti disponibili: è pertanto necessario ricondurre ad una condizione di leggibilità questi fenomeni riservando sul registro un campo specifico per l'aggiunta di note scritte.

E' necessario che le modalità di accesso alle prenotazioni siano chiaramente definite in un documento ufficiale della struttura in modo che sia prevista l'attribuzione di score progressivo - per ogni singolo caso - che deve essere annotato sul registro di prenotazione.