



Ospedale
di Circolo
Fondazione
Macchi



Sistema Sanitario



Regione
Lombardia

PROCEDURA GESTIONE ACCESSIBILITA' PAZIENTE AMBULATORIALE- creazione e modifica agende

IOG

Rev. N. 0

Pagina 1 di 12

IOG			
Prima Stesura		Settembre 2015	
Data e Numero Revisione		0	
Sviluppo e Stesura		Direzioni Mediche, Coordinamento Strutture Ambulatoriali e Sistemi di Accesso	
Referente Sviluppo		Coordinamento Strutture Ambulatoriali	
Destinatari		Direttori di UUOO/ SSD Medici specialisti Personale infermieristico o assistenziali assegnato all'attività ambulatoriale Personale amministrativo di front office e di back office interessato dal processo	
<input checked="" type="checkbox"/>	Verifica	Settembre 2015	
	Coordinamento Strutture Ambulatoriali		
<input checked="" type="checkbox"/>	Approvazione	Settembre 2015	
	<i>Direzione sanitaria</i>		
	Entrata in vigore		
		Rif. Standard JCI	ACC.1
		Rif. Requisito Accreditamento	OGPRO 05



Ospedale
di Circolo
Fondazione
Macchi



Sistema Sanitario



Regione
Lombardia

PROCEDURA GESTIONE ACCESSIBILITA' PAZIENTE AMBULATORIALE- creazione e modifica agende

IOG

Rev. N. 0

Pagina 2 di 12

INDICE

1.	SCOPO	3
2.	CAMPO D'APPLICAZIONE	3
3.	SIGLE E DEFINIZIONI	3
4.	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'	4
	Modifica agende esistenti	4
	Attivazione di una nuova agenda	6
	Estratto DGR 1775/2011	9
5.	VERIFICA, APPROVAZIONE E DISTRIBUZIONE	10
7.	RIFERIMENTI	11

SCOPO

Scopo della presente procedura è definire le attività che regolano la programmazione necessaria per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali, in particolare la creazione e la modifica delle agende informatizzate.

Tali attività hanno lo scopo di favorire la più ampia accessibilità degli utenti che facciano richiesta di tali prestazioni, nel rispetto delle modalità di erogazione e dei tempi di attesa definiti dalle normative nazionali e regionali vigenti in materia.

CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutte le agende che regolano l'erogazione delle prestazioni afferenti l'attività ambulatoriale, presenti in azienda: sia per modificare quelle esistenti, sia per quelle di nuova attivazione, sia per le agende sottoposte a revisione sulla base di specifiche normative o direttive regionali.

SIGLE E DEFINIZIONI

UO = unità operative

SSD = strutture semplice dipartimentale

RU = risorse umane

MAC = macroattività ambulatoriale complessa

BIC = chirurgia a bassa complessità

PAC = pacchetti ambulatoriali complessi

PDT = percorso diagnostico terapeutico

U (Urgente), BV (Bollino Verde), B (Breve), D (Differibile), P (Programmata) e ON (area oncologica), CV (area Cardiovascolare), MI (area Materno Infantile), Ge (area Geriatrica)

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

Modifica Agende Esistenti

Elementi in ingresso

Nella definizione di una nuova agenda o nel processo che porta alla modifica di una agenda esistente, devono essere considerati come elementi in ingresso, i seguenti :

1. normative nazionali e regionali (monitoraggio tempi di attesa, classi di priorità, modifica dei regimi di erogazione)
2. obiettivi strategici aziendali, di ASL e/o regionali
3. diminuzione o incremento dell'attività specialistica in accordo ad esigenze cliniche e/o organizzative.
4. R.U. Specialistiche dedicate (anche in accordo con i requisiti di accreditamento previsti)
5. R.U. Assistenziali dedicate
6. disponibilità degli spazi destinati all'attività
7. disponibilità delle attrezzature sanitarie dedicate
8. livello di informatizzazione degli ambienti e dell'attività
9. livello di formazione operatori
10. calendario annuale di apertura degli ambulatori

Avvio del percorso di modifica

A seguito dell'evidenziarsi degli elementi in ingresso descritti al paragrafo precedente, con cadenza annuale ovvero al modificarsi di uno o più elementi in ingresso, può essere dato avvio al percorso di creazione/modifica delle agende da parte degli attori di seguito evidenziati:

- Direzione Strategica
- Direzione Medica di Presidio con il Coordinamento Ambulatoriale
- Direttore di U.O./SSD/Medico Specialista ambulatoriale

Gli attori sopra evidenziati, sulla base della valutazione preliminare, elaborano una proposta dettagliata delle ragioni che presuppongono la modifica di una agenda esistente.

Tale proposta deve essere sottoposta alla valutazione della Direzione Medica di Presidio con il Coordinamento Ambulatoriale.

Nel caso in cui fosse la Direzione Medica stessa con il Coordinamento Ambulatoriale a dover dare avvio alle modifiche previste, la fase di avvio e di valutazione/autorizzazione coincidono.

Valutazione della proposta e autorizzazione.

Una volta ricevuta la proposta, la Direzione Medica di Presidio con il Coordinamento Ambulatoriale, dà inizio alla valutazione in considerazione dell'Assetto ambulatoriale esistente e fermo restando quanto previsto dalla normativa e dalle disposizioni vigenti.

In questa fase la Direzione Medica di Presidio con il Coordinamento Ambulatoriale può chiedere una integrazione, chiarimenti, nonché delle variazioni della proposta in fase di recepimento.

Acquisite anche le eventuali integrazioni, la proposta viene sottoposta a verifica definitiva per la successiva autorizzazione.

Nel caso in cui fosse la Direzione Medica di Presidio con il Coordinamento Ambulatoriale a dover introdurre un elemento di modifica, prenderà contatto con il Direttore di U.O./SSD/Medico Specialista ambulatoriale, fornendo gli elementi utili perché lo stesso delinea una proposta coerente con l'organizzazione dell'attività dell'U.O. coinvolta, per la successiva valutazione ed autorizzazione.

Implementazione

Una volta autorizzata dalla Direzione Medica di Presidio con il Coordinamento Ambulatoriale la proposta di modifica viene trasmessa al personale amministrativo di back office per la conseguente modifica dell'agenda informatizzata.

Definito il nuovo assetto informatizzato delle agende, il risultato viene preliminarmente sottoposto al Direttore di U.O./SSD/Medico Specialista, per verifica..

Concluso questo passaggio, la Direzione Medica di Presidio con il Coordinamento Ambulatoriale, sulla base della portata delle modifiche necessarie o di altri elementi giudicati determinanti (es. numero pazienti già in attesa), definisce la data dell'entrata in vigore delle modifiche.

Sulla base di tali indicazioni il personale di back office rende definitivamente attive le modifiche concordate, rendendole visibili a tutti gli operatori dei CUP aziendali e dei canali previsti dal Call center Regionale (Numero Verde, Cittadino, Farmacie).

Nel caso di aperture/chiusure di sedi ambulatoriali o di aperture/chiusure di tipologie di attività presso una sede ambulatoriale, l'informazione viene inviata a cura della Direzione Medica di

Presidio con il Coordinamento Ambulatoriale all'ASL, nonché all'Ufficio stampa per essere pubblicata sul sito dell'Azienda ospedaliera.

Monitoraggio

L'efficacia della modifica apportata rientra nell'ordinaria attività di monitoraggio effettuata settimanalmente dal Coordinamento Ambulatoriale.

Sospensione o riapertura dell'attività

Stante il presupposto che ogni agenda viene programmata con una cadenza quinquennale e rinnovata ogni fine anno, richiamate le normative in materia di divieto di sospensione dell'attività di prenotazione delle prestazioni, sono concesse temporanee sospensioni dell'erogazione dell'attività (e non della relativa prenotazione), solo ed esclusivamente a seguito di proposta che ne dettagli le ragioni, formulata dal Direttore di U.O./SSD/Medico Specialista alla Direzione Medica di Presidio con il Coordinamento Ambulatoriale che, coerentemente con la procedura sopra rappresentata, è la sola che la valuta per l'eventuale successiva autorizzazione.

Attivazione di una nuova agenda

Elementi in ingresso

La definizione dei livelli essenziali di assistenza impegna i medici prescrittori ed eroganti a garantire a tutti i cittadini l'erogazione di prestazioni ambulatoriali entro tempi adeguati alle necessità cliniche prestando particolare attenzione ai criteri di appropriatezza, trasparenza e d'urgenza.

Il medico propone per l'erogazione delle singole prestazioni l'afferenza delle stesse ad un percorso diagnostico terapeutico per la gestione di alcune patologie, in particolare quelle cronico-degenerative.

Tale proposta permette di definire e decidere nel regime di erogazione di tipo "ambulatoriale" la modalità di presa in carico più corretta tra quelle in uso: MAC, BIC, PAC, Day service o singolo accesso.

Il medico specialista svolge un ruolo rilevante per la semplificazione degli accessi del percorso ambulatoriale del paziente alle strutture sanitarie ed per l'applicazione dei PDT esistenti.

Ai fini della proposta di attivazione di una nuova agenda sono validi i seguenti elementi in ingresso:

1. normative nazionali e regionali (monitoraggio tempi di attesa, classi di priorità, modifica dei regimi di erogazione)
2. obiettivi strategici aziendali, di ASL e/o regionali
3. attivazione di nuove UU OO
4. attività specialistica: introduzione di nuove metodiche in accordo con la Direzione Aziendale
5. R.U. Specialistiche dedicate (anche in accordo con i requisiti di accreditamento previsti)
6. R.U. Assistenziali dedicate
7. incremento degli spazi destinati all'attività
8. incremento della disponibilità delle attrezzature sanitarie dedicate
9. livello di formazione operatori

Avvio del percorso di attivazione nuova agenda

A seguito dell'evidenziarsi degli elementi in ingresso descritti al paragrafo precedente può essere dato avvio al percorso di creazione delle agende da parte degli attori di seguito evidenziati:

- Direzione Strategica
- Direzione Medica di Presidio con il Coordinamento Ambulatoriale
- Direttore di U.O./SSD/Medico Specialista
-

Gli attori sopra evidenziati elaborano una proposta dettagliata che includa i seguenti requisiti :

- Identificazione nel tariffario regionale attualmente vigente della tipologia di prestazione sanitaria con codice prestazione e quota rimborso regionale; conferma che la specialità abbinata alla prestazione nel tariffario regionale sia la specialità dell'unità operativa proponente.
- Specificazione criteri per la costruzione dell'agenda:
 - tempo necessario per prima visita/primo accesso e controllo
 - giorni della settimana e fasce orarie
 - numero prestazioni totale e per ciascuna classe di priorità per prestazioni ambulatoriali (BV, B, D, P) (cfr. estratto DGR più avanti)
 - identificazione degli operatori da abilitare all'uso dell'agenda
 - data inizio attività
 - tipologia di pubblicazione dell'agenda: a cup o riservata (ad uso dell'unità operativa)

- ipotetica identificazione spazi dedicati
- strumentazione necessaria
- organizzazione assistenza con personale di supporto
- percorsi logistici per il paziente

Tale proposta deve essere sottoposta alla valutazione della Direzione Medica di Presidio con il Coordinamento Ambulatoriale.

Nel caso in cui fosse la Direzione Medica stessa con il Coordinamento Ambulatoriale a dover dare avvio alla costituzione della nuova agenda, la fase di avvio e di valutazione/autorizzazione coincidono.

Valutazione della proposta e autorizzazione

Una volta ricevuta la proposta, la Direzione Medica di Presidio con il Coordinamento Ambulatoriale, dà inizio alla valutazione in considerazione dell'Assetto ambulatoriale esistente e fermo restando quanto previsto dalla normativa e dalle disposizioni vigenti.

In questa fase la Direzione Medica di Presidio con il Coordinamento Ambulatoriale può chiedere una integrazione, chiarimenti, nonché delle variazioni della proposta in fase di recepimento.

Acquisite anche le eventuali integrazioni, la proposta viene sottoposta a verifica definitiva per la successiva autorizzazione.

Nel caso in cui fosse la Direzione Medica di Presidio con il Coordinamento Ambulatoriale a dover dare avvio alla costituzione di una nuova agenda specialistica, prenderà contatto con il Direttore di U.O./SSD/Medico Specialista, fornendo gli elementi utili perché lo stesso delinea una proposta coerente con l'organizzazione dell'attività dell'U.O. coinvolta, per la successiva valutazione ed autorizzazione.

Implementazione

Una volta autorizzata dalla Direzione Medica di Presidio con il Coordinamento Ambulatoriale la proposta di attivazione di una nuova agenda, viene trasmessa al personale amministrativo di back office per la conseguente modifica dell'agenda elettronica.

Definito il nuovo assetto informatizzato delle agende, il risultato viene preliminarmente sottoposto al Direttore di U.O./SSD/Medico Specialista, per verifica..

Concluso questo passaggio, la Direzione Medica di Presidio con il Coordinamento Ambulatoriale definisce la data dell'entrata in vigore della nuova agenda.

Sulla base di tali indicazioni il personale di back office rende definitivamente attiva la nuova agenda, rendendola visibile a tutti gli operatori dei CUP aziendali e dei canali previsti dal Call center Regionale (Numero Verde, Cittadino, Farmacie).

L'informazione viene inviata a cura della Direzione Medica Direzione Medica di Presidio con il Coordinamento Ambulatoriale all'ASL, nonché all'Ufficio stampa per essere pubblicata sul sito dell'Azienda ospedaliera..

Monitoraggio

La nuova agenda viene sottoposta a monitoraggio con cadenza settimanale dalla Direzione Medica di Presidio con il Coordinamento Ambulatoriale.

Sospensione o riapertura dell'attività

Stante il presupposto che ogni agenda viene programmata con una cadenza quinquennale e rinnovata ogni fine anno, richiamate le normative in materia di divieto di sospensione dell'attività di prenotazione delle prestazioni, sono concesse temporanee sospensioni dell'erogazione dell'attività (e non della relativa prenotazione), solo ed esclusivamente a seguito di proposta che ne dettagli le ragioni, formulata dal Direttore di U.O./SSD/Medico Specialista alla Direzione Medica di Presidio con il Coordinamento Ambulatoriale che, coerentemente con la procedura sopra rappresentata, è la sola che la valuta per l'eventuale successiva autorizzazione.

Estratto DGR 1775/2011

Definizione Primo Accesso (Prima Visita e Primo Esame)

È l'accesso in cui il problema attuale viene affrontato per la prima volta e per il quale viene formulato un preciso quesito diagnostico accompagnato dalla dicitura "PRIMO ACCESSO" riportata sull'impegnativa.

Nel caso di un paziente noto con patologia cronica la riacutizzazione della stessa o l'insorgenza di un nuovo problema rappresenta un primo accesso.

Definizione visita e/o esame controllo

Visite e/o accertamenti diagnostici e strumentali successivi ad un inquadramento diagnostico già concluso (stabilizzazione di patologie, mantenimento del buon esito dell'intervento, evoluzione patologie croniche, valutare eventuale insorgenza di complicanze).

Classi di priorità prescrittiva riviste alla luce della DGR n. X/3993 del 04/08/2015

- Classe "U"(urgente): nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro le 72 ore;
- Classe "B" (breve): entro 10 giorni;
- Classe "D" (differibile): entro 30gg (visite) ed entro 60gg (prestazioni strumentali);
- Classe "P" (programmata): programmabile.

Nel caso in cui la classe di priorità non è compilata dal medico prescrittore si sottintende che la prestazione, per volontà esplicita dello stesso, ricada nella categoria "P".

Predisposizione organizzazione attività ambulatoriale in libera professione

DGR VIII/2308 del 2006 : "Nel caso in cui, a parità di condizioni organizzative, di personale e di domanda di prestazioni specialistiche, si verificano, attraverso rilevazioni periodiche, un superamento dei limiti regionali deliberati come Tempi Massimi di Attesa per l'erogazione delle stesse in attività istituzionale, la libera professione intramuraria riferita a quelle prestazioni critiche potrà essere temporaneamente ridotta o sospesa fino al ripristino delle condizioni conformi ai tempi deliberati".

VERIFICA, APPROVAZIONE E DISTRIBUZIONE

La presente ISTRUZIONE OPERATIVA , verificata dalla Direzione Medica e approvata dalla Direzione Sanitaria, è distribuita dalla Direzione Medica a tutte le UU.OO. e i Servizi aziendali interessati.

RIFERIMENTI

- DGR VI/42606 del 23 aprile 1999 “Aggiornamento delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell’ambito del SSR e relative tariffe”
- DDG sanità n. 32731 del 18/12/2000 “Approvazione linee guida per la corretta applicazione del nomenclatore tariffario. Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriali – d.g.r. n. VI/42606 del 23 aprile 1999”
- DPCM 29 dicembre 2001 “Definizione Livelli essenziali di assistenza”
- Accordo Conferenza Stato Regioni e Province Autonome del 14/02/2002 definisce i criteri di priorità per l’accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa”
- Decreto 18/05/2004 “Applicazione delle disposizioni di cui al comma 2 dell’art. 50 del D.L. 30/09/2003 n. 269, convertito con modificazioni dalla Legge 24/11/2003 n. 326 concernente la definizione dei modelli di ricettari medici standardizzati e di ricetta medica a lettura ottica”
- Legge n. 266 del 23/12/2005 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato” art. 1 comma 282 “Divieto all’Aziende sanitarie di sospendere le attività di prenotazioni delle prestazioni”
- DGR n. VIII/2308 del 2006 “Linee guida regionali per la predisposizione dei regolamenti aziendali che disciplinano l’attività libero professionale intramuraria”
- DGR n. VIII/2828 del 27/06/2006 “Recepimento e prima attuazione dello schema di intesa tra il Governo e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006/2008, di cui all’art. 1, comma 280 della legge 23/12/2005, n. 266”
- DGR n. 7856 del 30/07/2008 “Determinazioni in merito alla valutazione dell’appropriatezza d’uso dei farmaci, dispositivi biomedici e tecnologia diagnostica-terapeutiche al fine del loro impiego nell’ambito del SSR secondo gli indirizzi del PSSR e determinazioni conseguenti”
- DGR n. VIII/9014 del 20/02/2009 “Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento”
- DGR n. VIII/9173 del 30/03/2009 “ Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l’esercizio 2009 – III provvedimento”
- Legge regionale n. 33 del 30/12/2009 “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”
- DCR n. IX/0088 del 17/11/2010 “Piano Socio Sanitario regionale 2010/2014”



Ospedale
di Circolo
Fondazione
Macchi



Sistema Sanitario



Regione
Lombardia

PROCEDURA GESTIONE ACCESSIBILITA' PAZIENTE AMBULATORIALE- creazione e modifica agende

IOG

Rev. N. 0

Pagina 12 di 12

- Intesa Conferenza Stato e Regioni e Province Autonome del 29/04/2010 definisce le Linee Guida nazionali del sistema Cup
- Intesa Conferenza Stato e Regioni e Province Autonome del 28/10/2010 definisce il Piano Nazionale del governo delle lista di attesa per il triennio 2010-2012
- DGR 1775 del 24/05/2011 “ Recepimento del piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012
- DGR IX/ 4334 del 26/10/2012 “Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2013 e sua Circolare attuativa del 16/12/2012.
- DGR X/3993 del del 04/08/2015 “Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario regionale per l'esercizio 2015”.