

Deliberazione n° 78

del 28 luglio 2017

OGGETTO: *Regolamento liste di attesa –integrazione deliberazione Aziendale n.468 del 14.9.2016.*

IL DIRETTORE SANITARIO

Premesso che

con Deliberazione n.468 del 14 settembre 2016 è stato adottato il Regolamento Aziendale "Centralizzazione Liste di Attesa dei ricoveri di Area Chirurgica";

Considerato che

si è riscontrata la necessità di integrare la Deliberazione n.468 del 14.09.2016 sia con una regolamentazione del percorso informatizzato del paziente chirurgico programmato sia con l'introduzione di un procedimento per il rimborso di prestazioni eseguite in regime di pre-ospedalizzazione non seguite da ricovero;

Ritenuto

Necessario procedere secondo normativa vigente alla regolamentazione per ottenere il rimborso da parte dell'Assistito delle prestazioni sostenute dall'Azienda in regime di pre-ospedalizzazione, in caso di rinuncia al ricovero o rinvio per libera scelta dello stesso.

Ritenuto altresì di

Identificare tale valore, in via provvisoria, come somma delle tariffe delle prestazioni erogante desunte dal Nomenclatore Tariffario della Specialistica Ambulatoriale.

Attestata

la legittimità della presente proposta di deliberazione, che è conforme alla vigente normativa in materia;

PROPONE

di integrare la Deliberazione n.468 del 14.09.2016 con il regolamento del percorso informatizzato del paziente chirurgico programmato e con la Procedura per il rimborso di prestazioni eseguite in regime di pre-ospedalizzazione non seguite da ricovero, che costituiscono parte integrante di questa Deliberazione;

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott.ssa Antonietta Siciliano



Vista la suesposta proposta di deliberazione, si esprime parere favorevole

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Gaetano Gubitosa



IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante

nominato con D.G.R.C. n. 297 del 23.05.2017

impresso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n.212 del 30.05.2017

deliberazione D.G. n. 1 del 31.05.2017 – immissione in servizio

- Visto i pareri favorevoli resi sulla stessa dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo;

DELIBERA

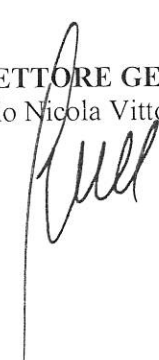
Per le causali in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte, di prendere atto della proposta di deliberazione che precede e, per l'effetto, di:

- integrare la Deliberazione n.468 del 14.09.2016 con il regolamento del percorso informatizzato del paziente chirurgico programmato e con la Procedura per il rimborso di prestazioni eseguite in regime di pre-ospedalizzazione non seguite da ricovero, che costituiscono parte integrante di questa Deliberazione;
- trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale, ai sensi di legge, nonché oltre al proponente al Direttore U.O.C. Gestione Economico Finanziaria, al Direttore U.O.C. Analisi e Monitoraggio Attività Sanitarie, al Direttore U.O.C. Controllo di Gestione, al Direttore U.O.C. Servizio Informatico Aziendale, ai Direttori di Dipartimento, al Direttore U.O.C. Affari Generali e Legali, al Responsabile U.O.S.D. Day Surgery, al Responsabile U.O.S. A.L.P.I., Qualità, Accreditamento Istituzionale, Liste di Attesa, al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Responsabile della Trasparenza.

Rendere la stessa immediatamente eseguibile, per l'urgenza.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante



IL RICOVERO IN AREA CHIRURGICA

PERCORSO INFORMATIZZATO

DEL PAZIENTE CHIRURGICO

PROGRAMMATO

INDICE

- **PARTE I:**
**I' INFORMATIZZAZIONE DEL PERCORSO DEL PAZIENTE
CHIRURGICO: IDEE GUIDA;**
- **PARTE II:**
PIANO DI RIORDINO DELLE ATTIVITA' AMBULATORIALI;
- **PARTE III:**
IL PERCORSO DI PRERICOVERO;
- **PARTE IV:**
**IL RICOVERO OSPEDALIERO E LA RIORGANIZZAZIONE DELLE
ATTIVITA' CHIRURGICHE;**

PARTE I:

IDEE GUIDA DEL PERCORSO DEL PAZIENTE CHIRURGICO: L' INFORMATIZZAZIONE;

L' Azienda Ospedaliera Sant' Anna e San Sebastiano di Caserta, si è dotata di uno specifico regolamento per la gestione informatica centralizzata della lista di attesa per il ricovero programmato in area chirurgica.

Viene di necessità a definirsi e quindi a normarsi l' intero percorso del paziente chirurgico ricoverato elettivamente nell' azienda ospedale.

La programmazione delle attività chirurgiche elettive, fondamentale strumento per il piano di efficientamento globale delle attività ospedaliere, prevede interventi riorganizzativi nelle varie fasi di contatto tra l'Assistito e l'Ospedale.

Ogni segmento del percorso per l'Assistito, viene attualmente marcato dal sistema informatico aziendale assicurando nuovi dati di analisi sulle attività assistenziali.

INFORMATIZZAZIONE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE:

Dalla riorganizzazione delle attività ambulatoriali origina l'implementazione della lista di attesa per il ricovero in ambito chirurgico.

Il programma di informatizzazione aziendale ha determinato la possibilità di una precisa "marcatura informatica" dell'intero percorso assistenziale del paziente chirurgico, integrando operativamente i differenti Sistemi Operativi Aziendali.

- **WIRGILIO (GESAN)** dedicato alle attività ambulatoriali, governa il segmento assistenziale dalla visita chirurgica fino al termine del pre-ricovero. Tutte le prestazioni assistenziali, rese nella fase del pre-ricovero, registrate e refertate sul sistema informatico, vengono convogliate, al momento del ricovero effettivo nel contenitore informatico di:
- **AREAS (ENGINEERING)** che segue il percorso ospedaliero, raccogliendo esami di laboratorio e strumentali fino al momento della dimissione ospedaliera e della chiusura della S.D.O.

Attivato poi il sistema informatico "Gestione Sale Operatorie" (Engineering) si ottiene :

- la **compilazione telematica** della lista operatoria,
- il **controllo informatizzato** delle attività della sala operatoria:

- ❖ Tempi Infermieristici,
- ❖ Tempi Anestesiologici,
- ❖ Tempi Chirurgici,



- ❖ Tempi di permanenza del paziente,
- le **informazioni relative** al consumo di :
 - ❖ Farmaci,
 - ❖ Devices Chirurgici,
 - ❖ Attrezzature e Tecnologie di sala operatoria.

Gli obiettivi aziendali di efficientamento ed ottimizzazione delle attività chirurgiche saranno soddisfatti con la raccolta dei dati su :

- livello di occupazione/saturazione delle sale operatorie,
- previsione di costo standard per singolo intervento chirurgico.

INDICAZIONI GENERALI:

Il percorso del paziente chirurgico in ambito ospedaliero è vincolato al rispetto di alcune precise indicazioni aziendali relativamente a:

▪ **APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE**

Indicata come obbligo di assicurare le risorse assistenziali necessarie alla cura del paziente.

In tale ambito occorre con precisione:

- ❖ Definire i bisogni assistenziali dei pazienti;
- ❖ Definire piattaforme assistenziali differenziate in base alla complessità degli interventi chirurgici da eseguirsi ed al rischio chirurgico del paziente.

▪ **OSPEDALE PER INTENSITA' DI CURA**

Si intende una risposta terapeutica che ha per principio la separazione dei percorsi di ricovero tra urgenza/emergenza e ricovero programmato.

Il Ricovero Chirurgico in Elezione comprende:

- ❖ Procedure Chirurgiche Ambulatoriali Complesse (Day Service Chirurgico),
- ❖ Procedure di Bassa e Media complessità Operativo/Assistenziale,
- ❖ Procedure di Alta Complessità Operativo/Assistenziale e di Alta Specializzazione,

▪ **IDENTIFICAZIONE DEI PERCORSI TERAPEUTICI E DEI SETTING ASSISTENZIALI**

Si intende utilizzare con modalità appropriate ed efficienti le "Piastre Chirurgiche" attualmente presenti in Ospedale:

- ❖ Complesso Operatorio 3° piano (Day Surgery)
(con annessa Area Assistenziale per il Ricovero Chirurgico a Ciclo Breve), dedicato a: Procedure Chirurgiche di Bassa e Media Complessità;
- ❖ Complesso Operatorio DEA 6° piano dedicato a: Procedure Chirurgiche di Alta Complessità;
- ❖ Complesso Operatorio Padiglione Cardiochirurgia dedicato a: Procedure Chirurgiche di Alta Specializzazione;

La sequenza logico/operativa prevede pertanto che una volta definiti i percorsi terapeutici separati per complessità operativo/assistenziali e identificate le differenti Piattaforme Assistenziali dedicate, si debba assegnare ad ogni singolo paziente il setting assistenziale più appropriato.

Vengono di fatto modificati i rapporti tra il personale interno (Specialisti/Chirurghi) che su ogni singolo paziente/procedura chirurgica apre una richiesta interna per l'utilizzo di una specifica Piattaforma Assistenziale.

Il concetto di appropriatezza assistenziale diventa quindi:

- ❖ Pre – requisito per la composizione della Lista di Attesa,
- ❖ Responsabilità diretta del Chirurgo proponente il ricovero,
- ❖ All'Ospedale resta in carico l'efficienza del Sistema Organizzativo/Operativo.

PARTE II: PIANO DI RIORDINO DELLE ATTIVITA' AMBULATORIALI

Premessa:

- La composizione della lista di attesa dell' area chirurgica ha come origine l' apertura della " cartella ambulatoriale" da cui successivamente si genera la " proposta di intervento chirurgico".
- Si rende, quindi, necessaria una rivisitazione delle attività ambulatoriali dell' area chirurgica per ridefinire la tipologia degli ambulatori chirurgici abilitati al "popolamento" della lista di attesa (ambulatori di impatto sulla lista di attesa chirurgica).

PARTE II A

Programma d' intervento:

Secondo indicazione aziendale si procede ad:

- 1) Identificare gli ambulatori specialistici abilitati alla composizione della " proposta chirurgica e quindi all'accesso alla lista di attesa".

In condivisione con i Direttori di Dipartimento e con i Direttori delle Unità Operative Chirurgiche si deve prevedere:

- ❖ Censimento degli ambulatori attivi, con identificazione dell' attività e della tipologia di prestazione erogata.
- ❖ Selezione degli Ambulatori Generali (I livello) e identificazione degli Ambulatori Specialistici (II livello), individuando le modalità di accesso alla prestazione da parte dell'Assistito.



- ❖ Abilitare per ogni Unità Operativa una stazione telematica di reparto per l'accesso alla lista di attesa (ambulatorio di programmazione chirurgica).

2) Dotare ogni Dirigente medico di login (profilazione) e di account personale per accedere ai sistemi informatici.

3) Regolamentare l'accesso agli Ambulatori Aziendali UNICAMENTE attraverso il sistema CUP;

4) Assicurare per ogni visita ambulatoriale l' apertura della "cartella ambulatoriale" per la raccolta dei necessari flussi informativi e la compiuta refertazione di ogni singola prestazione, sia per le attività sanitarie che per quelle contabili/amministrative, anche in considerazione del licenziato regolamento ALPI.

5) Valutare le risorse assistenziali da dedicare alle attività ambulatoriali definendo la possibilità di creare "ambulatori infermieristici" vigilati e tutorati da dirigenti medici.

6) Estendere il programma di "riorganizzazione delle attività ambulatoriali chirurgiche anche all' area medica, omogeneizzando procedure e percorsi diagnostici/terapeutici.

7) Aprire un tavolo di concertazione con la **Direzione Sanitaria dell' Azienda Sanitaria Locale** per definire separati campi di interesse e di azione e differenziando la offerta di prestazioni ed evitando l' inappropriata nell' erogazione dei servizi.

PARTE II B

La visita ambulatoriale:

- L' accesso degli Assistiti agli ambulatori istituzionali è regolato dal servizio CUP.

L' attesa per le varie prestazioni è attentamente monitorata per adattare la risposta aziendale alla domanda degli Assistiti.

- Ogni prestazione resa in regime ambulatoriale è doverosamente refertata sul sistema informatico sia per l' ovvio obbligo sanitario sia per una contabilizzazione amministrativa.

- L' inserimento del paziente in "lista di attesa chirurgica centralizzata" è condizionata alla corretta compilazione della " cartella ambulatoriale", che comprende le fondamentali informazioni clinico/anamnestiche necessarie ad indirizzare l'Assistito verso il percorso assistenziale maggiormente appropriato.
- si ritiene indispensabile informare, al momento della visita ambulatoriale, il paziente sulla tipologia di intervento proposto, le modalità organizzative predisposte per il pre-ricovero e il successivo ricovero, raccogliendo il consenso del paziente in opportuno modulo pre-stampato, che sarà poi inserito in cartella clinica.

PARTE II C **Indicazione della priorità di convocazione al
prericovero e controllo sulla appropriatezza del percorso
terapeutico/assistenziale:**

- Il conferimento dei criteri di priorità saranno esplicitati per singola branca specialistica, condivisi e validati dal Direttore dell' Unità Operativa che assumerà anche la eventuale responsabilità della convocazione anticipata dalla lista di attesa (modulo da inviare tramite PEC all'ufficio gestione liste di attesa).
- Lo specialista chirurgo provvederà quindi all' inserimento dell'Assistito nella lista di attesa per il pre-ricovero, individuando la specifica lista di attesa individuata dal progetto aziendale.
- Lo specialista chirurgo in caso di necessità clinica può inserire il paziente in lista di attesa con indicazione al ricovero immediato e diretto (senza pre-ospedalizzazione).
- La Direzione Sanitaria Aziendale vigilerà, attraverso la istituzione di uno specifico ufficio, sulla corretta applicazione della procedure, adottando tutte le misure ritenute più opportune nel caso di manifeste irregolarità operative.

PARTE II D

ADEMPIMENTI OPERATIVI – PRESCRIZIONI AZIENDALI

La Direzione Aziendale indica alcuni adempimenti operativi, direttamente collegati alla gestione informatizzata della lista di attesa dell'area chirurgica.

Tali provvedimenti, riguardano le varie fasi del percorso del paziente chirurgico, dalla visita ambulatoriale, alla convocazione per la preparazione all'intervento chirurgico (fase del pre-ricovero) fino alla immissione del paziente all'attesa per il ricovero e l'effettuazione dell'intervento chirurgico fino alla dimissione.

I vari segmenti del percorso/paziente sono marcati dal sistema informatico per consentire il controllo remoto della "filiera di presa in carico/paziente".

L'attivazione del sistema informatico "gestione sala operatoria" consentirà infine la effettiva valorizzazione del percorso chirurgico fornendo alla Direzione Aziendale dati sull'efficace utilizzo sala operatoria e sui costi/ricavi della "Piastra Produttiva" chirurgica.

Per ogni settore di attività verranno esplicitati sotto forma di "manuale operativo" gli adempimenti necessari al corretto utilizzo dal sistema informatico aziendale.

Manuale operativo:

1) La visita ambulatoriale:

La visita ambulatoriale, sia istituzionale che ALPI, rappresenta il primo contatto tra l'Ospedale, rappresentato dal chirurgo specialista, e l'Assistito.

L'ambulatorio rappresenta il luogo deputato alla raccolta di informazioni clinico/anamnestiche, alla prescrizione o esecuzione di indagini strumentali e di laboratorio, alle indicazioni terapeutiche di pertinenza medica e chirurgica e quindi all'inserimento eventuale del paziente nella lista di attesa per il ricovero.

La raccolta dei dati informativi del paziente è ottenuta grazie alla compilazione della "cartella clinica ambulatoriale" che diventa contenitore di storie cliniche e di indagini strumentali che vengono riversate nella cartella di ricovero ospedaliero al momento dell'effettiva ospedalizzazione dell'Assistito.

1 A) Obiettivo aziendale:

il sistema informatico aziendale raccoglie ogni attività sanitaria maturata sin dal primo accesso ambulatoriale con il paziente.

Sono oggetto di interesse:

- Referti, prescrizioni terapeutiche-certificazioni correlate alla patologia indicata,
- Esiti di test diagnostici,
- Procedure operative ambulatoriali,
- Inserimento paziente in lista di attesa per il ricovero ospedaliero,
- Valutazione e valorizzazione dell'attività ambulatoriale, per singolo professionista, e della conseguente e possibile attività libero/professionale.

2 A) Modalità operative:

L'accesso alla prestazione ambulatoriale avviene attraverso prenotazione al CUP aziendale;

- Il professionista medico apre per ogni accesso/paziente la "cartella clinica ambulatoriale";
- La corretta compilazione della cartella ambulatoriale permetta la raccolta dei dati clinico-anamnestici del paziente, le indicazioni terapeutiche e tutte le certificazioni del caso;
- La corretta compilazione della "cartella ambulatoriale" in ogni parte è presupposto essenziale per l'inserimento in "lista di attesa chirurgica".
- Il professionista medico nel redigere il documento informatico indicherà al servizio di pre-ospedalizzazione:
 - Anamnesi e obiettività cliniche,
 - Terapie mediche e stati patologici concomitanti,
 - Terapia chirurgica proposta e modalità di esecuzione dell'intervento operatorio (chirurgia open, endoscopica, laparoscopica, etc...) indicando il tipo di anestesia previsto e la durata presumibile dell'intervento chirurgico,
 - Eventuali necessità di particolari presidi, attrezzature e strumentario (onde evitare convocazioni al pre-ricovero di pazienti non operabili per problematiche organizzative);
 - Identificazione del rischio clinico e della complessità operativo/assistenziale e della presumibile durata del ricovero ospedaliero;
 - Indicazioni al servizio di pre-ospedalizzazione su esami e consulenze da eseguire;

Tests ed indagini pre-operatorie saranno preventivamente concordate con il medico anestesista referente di branca chirurgica che potrà essere coinvolto, già in fase di selezione del percorso, dal chirurgo specialista, per i casi clinici maggiormente complessi o per pazienti a maggiore rischio clinico.

- Il professionista medico ha inoltre facoltà di:
 - Inserire il paziente in lista di attesa indicando al Responsabile Gestione Liste di Attesa (da ora GLA) la necessità, per problemi clinici documentabili di procedere alla convocazione al “ricovero diretto”.
 - Richiedere al responsabile GLA la convocazione del paziente per la valutazione congiunta con il medico anestesista responsabile di branca.

3 A) Responsabilità e verifiche:

- Il professionista medico è direttamente responsabile delle attività ambulatoriali;
- Il Direttore dell'Unità Operativa d'appartenenza assume responsabilità di vigilanza e controllo sulla corretta attività sanitaria;
- La Direzione Sanitaria, con proprio delegato, controlla il corretto adempimento delle direttive aziendali con verifiche e controlli, intervenendo sulle eventuali irregolarità operative.

PARTE III: IL PERCORSO DI PRERICOVERO

Il servizio di pre-ospedalizzazione (attivato presso la UOC Day Surgery Polispecialistica e Chirurgia a Ricovero Breve) diventa la

"la cabina di regia "

per la :

- convocazione pazienti al pre-ricovero;
- esecuzione di test ed esami pre-operatori;
- valutazione anestesiológica fino alla eleggibilità definitiva all'intervento chirurgico;
- trasferimento dell'Assistito alla lista ricoveri;
- convocazione del paziente al ricovero e trasmissione documentazione clinica alla unità chirurgica di afferenza.

Convocazione paziente al pre-ricovero

Avviene ad opera dell'incaricato della Gestione Lista di Attesa (G.L.A.) con il programma informatizzato che rispetta l'ordine cronologico di inserimento e la priorità clinica assegnata dallo specialista chirurgo.

La convocazione del paziente, con contatto telefonico registrato, avviene dopo accordo con le unità operative chirurgiche che indicano con programmazione almeno sette giorni prima:

- ❖ disponibilità posto/letto (bed management);
- ❖ accessi di sala operatoria (surgical management);
- ❖ disponibilità di strumentario e devices chirurgici necessari all' intervento;

La necessità di garantire percorsi assistenziali finalizzati alla realizzazione dell'atto chirurgico, rende necessaria ed indispensabile

la stretta collaborazione tra unità operative chirurgiche e servizio pre-ospedalizzazione.

L' accesso di pre-ricovero

Nel pre-ricovero si eseguono solo ed esclusivamente esami clinico/diagnostici preliminari necessari ed indispensabili per procedere in sicurezza all'intervento chirurgico.

La richiesta di esami la effettua lo specialista chirurgo secondo protocolli condivisi con il medico/anestesista referente di branca, sin dalla apertura della cartella clinica "ambulatoriale".

- I pazienti classificati a rischio clinico medio/basso potranno ricevere in un unico accesso ospedaliero:
 - esami ematochimici
 - ECG e valutazione cardiologica
 - consulenza anestesiologicala di conferma arruolabilità
- I pazienti classificati come a rischio clinico elevato o da sottoporre a procedure operatorie "complesse" potrebbero essere sottoposti a più accessi (non più di due) necessari alle valutazioni clinico/strumentale prima del giudizio di arruolabilità del medico/anestesista.
- Il medico anestesista referente di branca è quindi coinvolto nella condivisione dei protocolli operativi-assistenziali sia nella fase di eleggibilità, che nella definitiva arruolabilità e preparazione al percorso chirurgico; così come nell'indirizzare la terapia post-operatoria (protocolli E.R.A.S.).
- La precisa e puntuale collaborazione tra chirurgo specialista e medico/anestesista referente di branca, è assolutamente necessaria per la "presa in carico" congiunta dell'Assistito sin dal momento della proposta di intervento chirurgico.

gestione informatica centralizzata della lista di attesa per il ricovero programmato in area chirurgica.

➤ Inserimento paziente in lista di attesa:

- Differenziazione delle liste di attesa secondo procedure chirurgiche omogenee stabilite dalle singole unità operative;
- Codifica unica, in campo obbligato, secondo i **codici ministeriali**, della patologia riscontrata e della **procedura chirurgica proposta**;
- Identificazione di liste di attesa differenziate per **complessità assistenziali** per la convocazione dei pazienti a seconda della disponibilità di "posti letto" (bed management) e sulla disponibilità degli spazi operatori (surgical management);

Dalla "cartella clinica ambulatoriale" si evince:

- ❖ individuazione precisa, in campo obbligatorio, della origine della visita specialistica, (indicando, nel caso di consulenza interna, il riferimento alla cartella clinica);
- ❖ La codifica unica, in campo obbligato, secondo i **codici ministeriali**, della patologia riscontrata e della **procedura chirurgica proposta**;
- ❖ Indicazione sullo stato di salute del paziente, terapie mediche, stati patologici concomitanti, fino a definire il rischio clinico e la complessità operativa/assistenziale della procedura proposta.
- ❖ **Rischio clinico inserito in campo obbligatorio previsto dal programma;**



- ❖ Indicazione della priorità secondo classificazione del piano nazionale. Il conferimento dei criteri di priorità saranno esplicitati per singola branca specialistica saranno condivisi e validati dal Direttore della unità operativa che assume la eventuale responsabilità dell'estrazione anticipate del paziente dalla lista di attesa;
- ❖ Segnalazione dei pazienti che scelgono il percorso chirurgico intramoenia, che verranno estrapolati dalla lista previa PEC;
- ❖ Segnalazione dei pazienti con patologie oncologiche che hanno percorsi clinico/assistenziali privilegiati nell'attesa;
- ❖ Convocazione anticipata, previa comunicazione PEC, dei pazienti in lista a seguito di aggravamento certificato delle condizioni cliniche;

Il dirigente medico che inserisce in lista un paziente, se la particolare procedura chirurgica è legata a tempi stabiliti, o richiede particolari devices, deve inserire nel campo preordinato del sistema informatico il periodo nel quale il paziente deve essere convocato per il prericovero, onde evitare di convocare pazienti non ancora pronti per l'intervento chirurgico;

➤ Convocazione al prericovero:

- La convocazione con telefonata registrata, avviene in base ai criteri di **attesa**/paziente in considerazione del codice di priorità attribuito dal medico, il programma informatico ordinerà quindi i pazienti in lista in base alle priorità e al tempo di attesa.
- Il dirigente medico non può, in nessun caso, procedere direttamente (o tramite suo delegato), alla convocazione del paziente. La convocazione del paziente al prericovero o al ricovero diretto nelle unità operative deve avvenire , solo ed esclusivamente, da parte dell'incaricato G.L.A. prevedendo un blocco della convocazione pazienti da parte dei reparti.
- La convocazione al prericovero avverrà scorrendo le varie liste di attesa a seconda delle possibilità assistenziali.



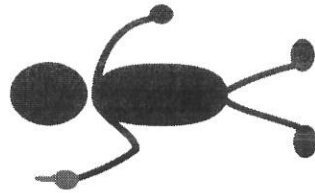
- Convocazione anticipata, previa comunicazione PEC, dei pazienti in lista a seguito di aggravamento certificato delle condizioni cliniche.
- Previsione eventuale nella GLA di un codice di priorità assoluta alla convocazione in caso di aggravamento repentino, (il ricovero in urgenza sarà invece ordinato dal pronto soccorso).
- **Il servizio** di preospedalizzazione sospenderà automaticamente la convocazione dei pazienti nei casi in cui presso l'unità operativa siano già in giacenza 15 cartelle di prericovero con esito positivo al ricovero, sarà utile prevedere un sistema di **allert** raggiunto tale numero.
- Il personale sanitario delle varie U.O. sarà informato sulla possibilità di seguire un percorso nel prericovero sul sistema informatizzato, la documentazione cartacea sarà consegnata solo al momento dell' effettivo episodio di ricovero

Si deve tendere all' integrazione operativa tra l'incaricato, CUP e il Servizio di Pre-Ospedalizzazione della Uosd Day Surgery, costituendo una **"centrale operativa"** che assicuri una corretta gestione della lista di attesa, l'assegnazione appropriata del setting assistenziale fino al momento della presa in carico del paziente/utente da parte della Azienda Ospedaliera (fase di preospedalizzazione);

Il responsabile del "servizio di preospedalizzazione" è il referente per la corretta esecuzione del programma operativo aziendale ed in particolare per la composizione , e scorrimento della lista di attesa e la Direzione Sanitaria assume la vigilanza e il controllo della corretta applicazione delle procedure aziendali esplicitate in regolamento.



PERCORSO AMBULATORIALE DEL PAZIENTE CHIRURGICO



CUP



AMBULATORI



VISITA MEDICA



APERTURA CARTELLA AMBULATORIALE



REFERTO – PRESCRIZIONE
PROCEDURA OPERATIVA
PROCEDURA DIAGNOSTICA



PROPOSTA CHIRURGICA

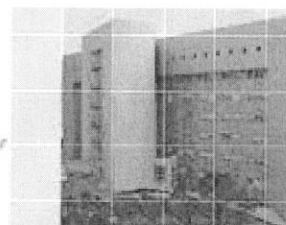


-INSERIMENTO IN LISTA DI ATTESA
-INDICAZIONI AL SERVIZIO DI PREOSPEDALIZZAZIONE





**Azienda Ospedaliera
di Caserta**
"Sant'Anna e San Sebastiano"
di rilievo nazionale e di alta specializzazione



Rev. 00
Luglio 2017

**PROCEDURA PER IL RIMBORSO DI PRESTAZIONI ESEGUITE IN REGIME DI
PREOSPEDALIZZAZIONE NON SEGUITE DA RICOVERO**

La presente Procedura disciplina, le modalità per ottenere il rimborso da parte dell'utente delle prestazioni sostenute dall'Azienda in regime di pre-ospedalizzazione, in caso di rinuncia al ricovero o rinvio per libera scelta dell'utente stesso.

In tali casi, infatti, le singole indagini diagnostiche e le visite specialistiche effettuate, ove ritenute non più utili ai fini della valutazione preoperatoria, saranno rimborsate, per l'intero valore tariffario, da parte dell'utente.

Tale valore sarà identificato, in via provvisoria, come somma delle tariffe delle prestazioni erogate desunte dal Nomenclatore Tariffario della Specialistica Ambulatoriale.

Il percorso di accesso alla pre-ospedalizzazione sarà regolamentato come segue:

All'atto della convocazione del paziente per l'espletamento del pre-ricovero, sarà fornito dal personale preposto una adeguata informativa sulla modalità del rimborso delle prestazioni eseguite in pre -ospedalizzazione e sulle relative tariffe di rimborso (Allegato A), ottenendo da questi consenso scritto alla corresponsione del pagamento nei casi di rinuncia o rinvio del ricovero per propria scelta;

Al momento dell'espressione da parte del paziente della volontà di rinuncia o di rinvio del ricovero per propria libera scelta, il Responsabile della Gestione Liste di Attesa, attraverso telefonata registrata all'utente raccoglie tale dichiarazione e provvederà a trasmettere alla U.O.C. Affari Generali e Legali tutta la documentazione necessaria per procedere al recupero delle somme relative alle prestazioni eseguite in regime di pre-ospedalizzazione;

Stessa modalità operativa, sarà attuata anche nel caso in cui il paziente non sia rintracciabile dai recapiti telefoni forniti a questa A.O.R.N..

Nei casi in cui durante le procedure di pre-ospedalizzazione, si rilevano stati patologici tali da non consentire una pronta esecuzione dell'intervento chirurgico, il paziente sarà inserito, previo consenso, nel percorso ambulatoriale per la definizione delle problematiche cliniche emerse.

In caso di rinuncia a tale percorso assistenziale proposto, il paziente sarà tenuto al rimborso delle prestazioni già eseguite.

Il limite temporale per ritenere non più utili le indagini eseguite in pre-ospedalizzazione è di 90 giorni

Il responsabile Gestione Liste di Attesa, avrà cura di consegnare alla U.O.C. Affari Generali e Legali la seguente documentazione:

- L'informativa, debitamente controfirmata dal paziente, sulla disciplina del rimborso delle prestazioni eseguite in pre-ospedalizzazione e sulle relative tariffe di rimborso (Modulo A);
- L'attestazione riportante il contatto telefonico con l'utente (ora, data e numero telefonico) e l'elenco delle prestazioni eseguite comprensive dell'importo economico da richiedere all'utente (Modulo B).

Solo una volta effettuato il pagamento di quanto dovuto, il paziente avrà diritto alla consegna dei referti relativi agli esami eseguiti.

Si rappresenta che, nei casi in cui il paziente, a seguito di pre-ospedalizzazione, sia ricoverato, ma, per giustificati motivi (inoperabilità o rifiuto dell'intervento), non dovesse essere sottoposto all'intervento chirurgico, sarà cura del medico di reparto che compila la SDO, inserire come codice di diagnosi principale

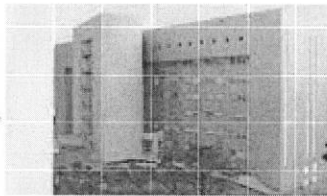
ICD9CM il più appropriato dei seguenti:

V64.1 Intervento chirurgico o altra procedura non eseguiti per controindicazione;

V64.2 Intervento chirurgico o altra procedura non eseguiti per decisione del paziente;

V64.3 Procedura non eseguita per altre ragioni.

A handwritten mark or signature, possibly the letter 'A', located in the bottom right corner of the page.



**PROCEDIMENTO PER IL RIMBORSO DI PRESTAZIONI ESEGUITE IN
REGIME DI PREOSPEDALIZZAZIONE NON SEGUITE DA RICOVERO**

MODULO A
**INFORMATIVA E CONSENSO IN MATERIA DI RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI
ESEGUITE IN PREOSPEDALIZZAZIONE**

Al Responsabile Gestione Liste di Attesa _____

Il sottoscritto _____

nato a _____ Il ____/____/____ e residente in _____

_____ via _____

Dichiara

1. di essere stato debitamente informato che, nel caso in cui, per propria libera scelta, rinunciassi al ricovero programmato o decidessi di rinviarlo di oltre 90 giorni dall'esecuzione delle indagini in pre-ospedalizzazione, sarò tenuto al pagamento dell'intera tariffa di rimborso delle singole prestazioni ricevute;
2. di essere stato debitamente informato che, il costo da corrispondere sarà calcolato come somma delle tariffe delle prestazioni ricevute in pre-ospedalizzazione desunte dal Nomenclatore Tariffario della Specialistica Ambulatoriale.

Il sottoscritto, pertanto,

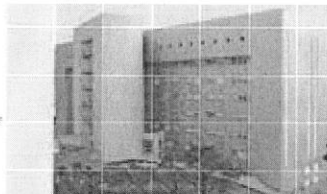
Esprime

il proprio libero e informato consenso a:

corrispondere[†] all'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta, l'intera tariffa di rimborso delle singole prestazioni ricevute, nel caso in cui, per propria libera scelta, rinunciassi al ricovero programmato ovvero decidessi di rinviarlo di oltre 90 giorni dall'esecuzione delle indagini in pre-ospedalizzazione.

Luogo e data

Firma _____



**PROCEDIMENTO PER IL RIMBORSO DI PRESTAZIONI ESEGUITE IN
REGIME DI PREOSPEDALIZZAZIONE NON SEGUITE DA RICOVERO**

MODULO B

Al Direttore U.O.C. Affari Generali e Legali

Il sottoscritto- Responsabile Gestione Liste comunica di aver aperto la procedura per il rimborso di prestazioni eseguite in regime di pre-ospedalizzazione nei confronti del paziente _____

_____ nato a _____ il _____ e residente in _____

via _____

sottoposto ad esami di pre-ospedalizzazione in data _____

per la branca specialistica di _____

Dichiara

di aver raccolto la rinuncia al ricovero programmato o al rinvio del ricovero per oltre 90 giorni per volontà espressa dal paziente come da contatto/i telefonico/i registrato/i avvenuto/i in data _____

Elenco prestazioni eseguite con relativo importo economico secondo Nomenclatore Tariffario Prestazioni Ambulatoriali.

Luogo e data

Firma _____

