

Regione Emilia-Romagna



SEMPLIFICARE PER CURARE MEGLIO

Guida alla riorganizzazione dell'accesso
alle prestazioni specialistiche ambulatoriali

Meno burocrazia, più salute

Da uno sportello all'altro. Da un medico all'altro. Perdere tempo in code per prenotare visite ed esami. Anche in campo sanitario la burocrazia inutile è nemica dei cittadini, ma anche dei medici.

Con la delibera n. 2142 del 28 novembre 2000 («Semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali»), la Giunta della Regione Emilia-Romagna ha cercato di organizzare, con il consenso delle principali organizzazioni sindacali dei medici, un nuovo sistema per rendere più semplice l'accesso dei cittadini alle visite specialistiche.

L'obiettivo della delibera è stato quello di elaborare nuovi modelli di richiesta/referto e certificazioni, e soprattutto nuovi percorsi organizzativi, per evitare all'utente la spola tra medico di medicina generale e specialista ospedaliero e territoriale.

Il concetto è semplice: quando lo specialista richiede nuovi esami, non è più necessaria la trascrizione da parte del medico di famiglia (MMG). Il cittadino può rivolgersi direttamente al Centro unico di prenotazione (CUP) con il nuovo modulo compilato dallo specialista, il quale solo a diagnosi terminata stilerà un referto per il medico di medicina generale.

Insieme potranno inoltre concordare i passi successivi, che possono comprendere l'invio della persona assistita al day hospital, al ricovero ospedaliero, o a un programma di follow up anche annuale con un'unica prenotazione presso il CUP.

Per ottenere questa semplificazione dei percorsi a favore del cittadino è necessario però modificare abitudini e schemi della pubblica amministrazione. Anche i medici e il personale sanitario, da parte loro, devono ridefinire ruoli e relazioni reciproche a vantaggio dei loro assistiti.

Le idee chiave

- Far girare le informazioni e non le persone
- Semplificare l'accesso agli ambulatori specialistici
- Ridurre il carico burocratico del lavoro dei medici
- Aumentare l'appropriatezza delle prestazioni

Vai a pagina

- 2 UNA VISIONE D'INSIEME DEL NUOVO SISTEMA
- 4 GLI IMPEGNI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE
- 5 GLI IMPEGNI DEL MEDICO SPECIALISTA
- 6 GLI IMPEGNI CHE SI DEVE ASSUMERE L'AZIENDA SANITARIA
- 7 LE REGOLE DEL DAY SERVICE E DEL RICOVERO
- 8 IL FOLLOW UP
- 9 I NUOVI MODULI DI RICHIESTA/REFERTO
- 11 LE NUOVE ESENZIONI
- 14 I CERTIFICATI DI ASSENZA E DI PROGnosi PER RIPOSO DAL LAVORO
- 16 L'ANAMNESI PER L'USO DI MEZZI DI CONTRASTO

PROGETTO

Regione Emilia-Romagna, Assessorato alla Sanità

REALIZZAZIONE

Zadig srl via Calzecchi 10, 20133 Milano

Testi: Luca Carra, Agnese Codignola

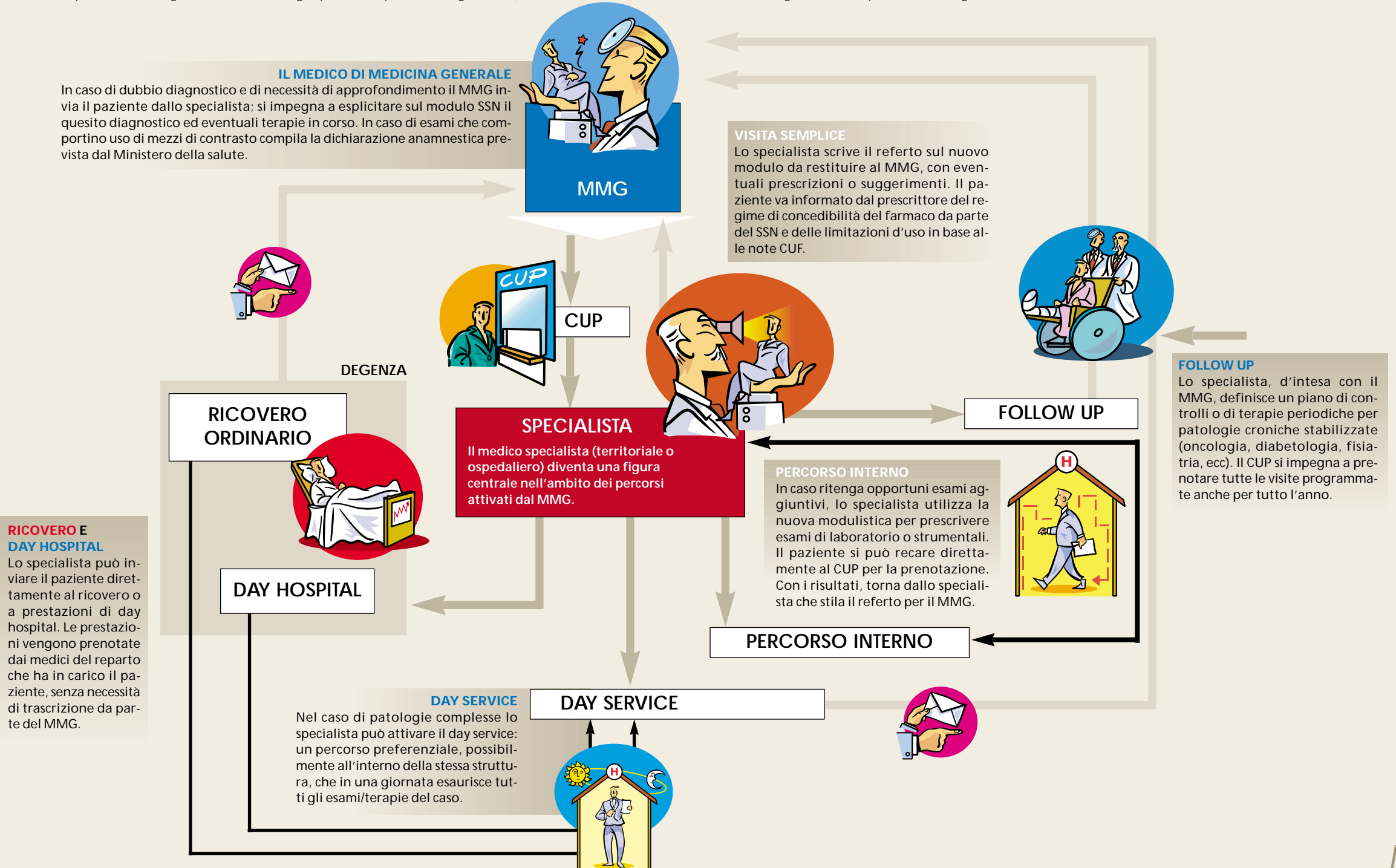
Disegni: Stefano Fabbri

Grafica: Laboratorio srl, Milano

Il nuovo sistema organizzativo

La principale novità del nuovo sistema organizzativo consiste nel chiedere al medico specialista ambulatoriale, alla struttura di prenotazione e in genere amministrativa, di prendere in gestione diretta il paziente inviatogli dal medico di famiglia per tutto il percorso diagnostico (in alcuni casi terapeutico).

Solo alla fine dell'iter la persona torna con il referto (o la lettera di dimissione in caso di ricovero) dal suo medico di medicina generale. Sarà lui, infine, a interpretare gli eventuali suggerimenti terapeutici del collega.



Cosa cambia per il medico di medicina generale

Nell'inviare il paziente allo specialista il medico di medicina generale si impegna a:

- ✓ esplicitare sul ricettario SSN il quesito diagnostico ed eventuali terapie in corso per favorire il lavoro del collega
- ✓ compilare la dichiarazione anamnestica in caso di esami che comportino uso di mezzi di contrasto
- ✓ richiedere solo in caso di reale necessità la visita urgente da parte dello specialista



La visita

Al fine di facilitare le fasi successive, a differenza di prima la ricetta deve contenere anche il quesito clinico e la descrizione delle terapie in atto. Questa fase si ritiene conclusa con il referto e i suggerimenti e le considerazioni dello specialista.

Gli esami di laboratorio

Anche in questo caso, la richiesta deve riportare la motivazione clinica per i test prescritti; la prestazione si ritiene conclusa con la consegna dei referti.

Gli esami strumentali

La richiesta deve essere giustificata da un'ipotesi di diagnosi e completata dalla trascrizione delle terapie in atto. Se è previsto l'uso di mezzi di contrasto, la ricetta dovrà rispettare le indicazioni specifiche del Ministero della salute (vedi a pagina 16). Questa fase termina con la consegna del referto.

Le prestazioni terapeutiche

La motivazione clinica deve essere accompagnata da tutta la documentazione utile (raccolta dal paziente) e da una proposta di cura. Il rifiuto eventuale della prestazione richiesta dovrà essere giustificato per iscritto.

Cosa cambia per lo specialista

Lo specialista ha in gestione diretta il paziente fino alla diagnosi e, se del caso, programma una visita successiva.

Si impegna a:

- ✓ compilare i nuovi ricettari e scheda referto
- ✓ seguire il paziente negli eventuali percorsi di day service o follow up
- ✓ redigere la certificazione per l'assenza dal lavoro e quella prognostica



Inoltre:

- ✓ Se il paziente è giunto con la richiesta di diagnosi strumentali o radiologiche, lo specialista deve compilare il referto come prima, con la differenza che può aggiungere suggerimenti per gli approfondimenti successivi.
- ✓ Rientra tra i compiti dello specialista informare il paziente sui farmaci che prescrive. In particolare, dovrà chiarire se il prodotto è o meno concesso dal Servizio sanitario nazionale e se il suo uso prevede limitazioni secondo le note CUF, e quali.
- ✓ Lo specialista che opera in una struttura che effettua prestazioni terapeutiche o riabilitative compie quanto richiesto dopo una valutazione del materiale clinico che il paziente ha portato con sé; alla fine predispone un referto. In caso al paziente non venga offerta la prestazione lo specialista è tenuto a fornire una motivazione scritta.
- ✓ È importante ricordare che ogni passaggio intermedio deve concludersi con la compilazione di un referto che faciliti le fasi successive e che, alla fine dell'iter, lo specialista dovrà stilare una sintesi di quanto ha fatto insieme a eventuali suggerimenti e osservazioni.

Gli impegni dell'azienda sanitaria e del Centro unico di prenotazione

Tassello fondamentale per la riuscita del progetto è la struttura amministrativa, che deve essere disponibile ad accogliere le novità e ad adeguare a esse, se necessario, le proprie procedure. Ecco come:

☉ predisporre la nuova modulistica e renderla disponibile agli ambulatori, su carta o direttamente al computer in formato digitale

☉ il personale della struttura deve controllare, nei casi in cui esiste la possibilità di un allargamento, che le esenzioni originarie siano state attribuite in modo corretto. Quindi deve segnalare allo specialista l'eventualità che tali esenzioni possano essere modificate

☉ spetta alla struttura distinguere, nelle prestazioni richieste dal medico, quelle esenti da quelle prive di esenzione. Il nuovo modello infatti, conserva la limitazione di otto prestazioni come numero massimo per ogni ricetta, ma non distingue tra esenti e non esenti

☉ è compito della struttura attivare il day service e predisporre le relative cartelle ambulatoriali (vedi a pagina 7)

☉ è delegata alla struttura anche la gestione delle fasi pre e post ricovero (vedi a pagina 7)

Inoltre:

✓ le Casse devono poter attribuire automaticamente le esenzioni

✓ i Punti di Accoglienza (PdA) sono essenziali per il buon funzionamento del sistema. Essi devono orientare gli utenti verso gli ambulatori, stampare la modulistica, tenere l'agenda degli appuntamenti



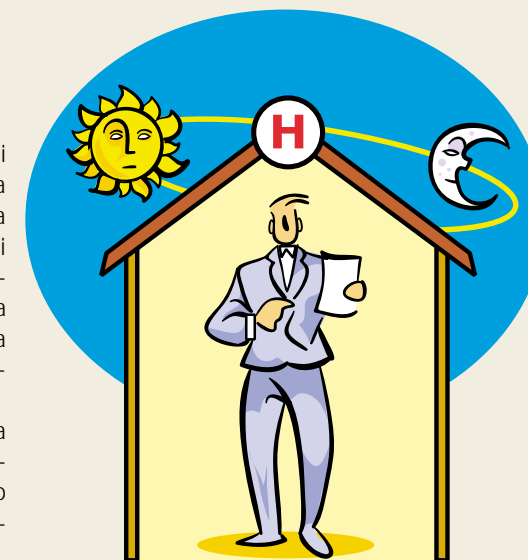
IL RUOLO DEL CUP

Il CUP *attiva concretamente l'accesso* del malato al percorso diagnostico e terapeutico e alle novità introdotte. Per questo il suo ruolo è fondamentale. Il CUP, oltre a rendere possibili le prenotazioni secondo un programma che può estendersi ai 12 mesi successivi, deve *compilare quella parte di ricetta che rimarrà invariata* anche nei passaggi successivi e che contiene i dati sanitari e anagrafici del malato (vedi a pagina 10). Inoltre deve *attestare*, secondo quanto riportato dal MMG, le eventuali *esenzioni* per patologia o invalidità.

Il day service

Il day service è un modo per consentire a chi deve sottoporsi ad accertamenti diversi, a volte complessi, di eseguire tutto ciò di cui ha bisogno in un'unica giornata, senza bisogno di essere ricoverato né in day hospital né in degenza ordinaria. La sua attivazione è delegata allo specialista, che deve anche comunicare la sua decisione al MMG, specificando il programma ipotizzato.

Il day service comporta la compilazione di una cartella ambulatoriale e si conclude con una lettera di dimissione (analoga a quella stilata dopo un ricovero ordinario) in cui lo specialista risponde al quesito formulato dal MMG.



Il ricovero

La gestione delle richieste di prestazioni che precedono e seguono un ricovero ospedaliero è affidata alla struttura; esse fanno parte della tariffa del relativo DRG (quindi sono esenti da ticket).

In particolare:

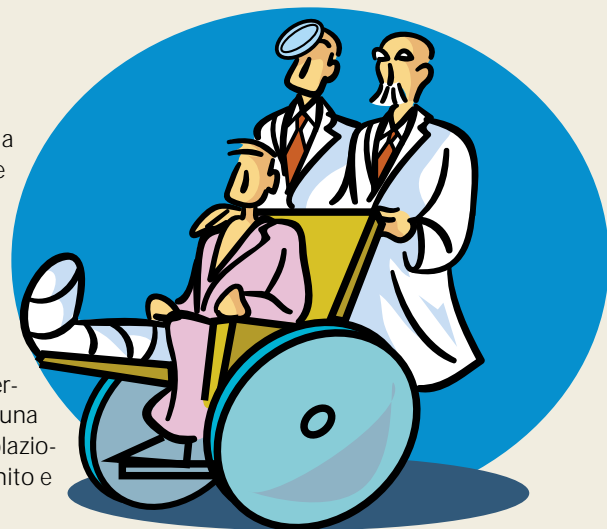
☉ tutte le prestazioni finalizzate a un ricovero programmato sono a carico dell'ospedale stesso e devono essere fatte sugli appositi moduli predisposti

☉ tutte le prestazioni finalizzate al completamento del percorso diagnostico e terapeutico previste per il periodo successivo alla dimissione in un arco di tempo non superiore a un mese sono a carico dell'ospedale (nello specifico del reparto di dimissione)



Il follow up

Dopo che è stata completata una prima fase di diagnosi e cura può accadere che il malato debba sottoporsi a visite di controllo o, in caso di patologie croniche, a un vero e proprio programma di monitoraggio e terapia in un arco di tempo più o meno lungo. Per ottimizzare sia l'assistenza ai pazienti sia il lavoro dei medici, è previsto che i MMG e gli specialisti agiscano di concerto nella gestione del follow up, che diventa una procedura codificata nelle sue diverse articolazioni, secondo un programma temporale definito e condiviso.



In particolare:

Lo specialista propone al MMG un programma personalizzato di controlli (che comprenda, in una sequenza definita, la rivalutazione clinica specialistica, gli accertamenti strumentali e di laboratorio e così via), in generale di durata non superiore a un anno

il MMG, se condivide tale programma, ritorna in possesso della piena responsabilità del paziente e redige tutte le richieste relative ai successivi 12 mesi, indicando per ciascun controllo (sia esso costituito da una visita, da esami di laboratorio o strumentali) la data prevista nel corso

dell'anno. Per evitare confusioni, è stato deciso che ogni ricetta contenga gli accertamenti di un'unica branca: per esempio, il MMG farà una ricetta per gli esami del sangue, una per le visite, una per gli esami radiologici e così via. Ogni ricetta dovrà inoltre recare la scritta: follow up

il CUP dovrà accogliere la richiesta ed effettuare al momento le prenotazioni rispettando i termini temporali indicati nell'arco dei 12 mesi; in questo modo il paziente non sarà costretto a tornare più volte per proseguire il suo programma di follow up

L'anamnesi per l'uso di mezzi di contrasto

Per fornire un quadro il più possibile completo allo specialista, e in accordo con quanto segnalato in un'apposita nota ministeriale (prot. 900 VI/11 AG/6542 del 17.9.1997), il medico di medicina generale deve riportare i dati anamnestici riguardanti eventuali condizioni del proprio assistito che potrebbero scatenare reazioni di intolleranza o allergia ai mezzi di contrasto. Per una migliore e più completa conoscenza del paziente, la segnalazione deve essere fatta dal MMG anche nel caso in cui sia uno specialista a prescrivere esami con mezzi di contrasto. Spetta invece allo specialista radiologo indicare che tipo di mezzo di contrasto è stato utilizzato (ionico, non ionico, paramagnetico) per quale esame.



LA DICHIARAZIONE ANAMNESTICA PER L'USO DEI MEZZI DI CONTRASTO

Dichiarazione anamnestica del MMG che attesta o meno la presenza di condizioni patologiche che possono favorire l'insorgenza di reazioni collaterali di tipo medio-grave in seguito all'introduzione del mezzo di contrasto

Si certifica che:

Il sig./sig.ra _____

Data di nascita _____

presenta i seguenti particolari anamnestici:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| - precedenti reazioni avverse successive alla somministrazione di mezzi di contrasto | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| - altre precedenti reazioni allergiche | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| <i>- presenza di condizioni patologiche che possono favorire l'insorgenza di reazioni collaterali di tipo medio-grave in seguito all'introduzione di un mezzo di contrasto e quali</i> | | |
| una grave insufficienza renale | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| una grave insufficienza epatica | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| una grave insufficienza cardiaca | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| una paraproteinemia di Waldstrom | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| un mieloma multiplo | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |

In presenza di pazienti a rischio per malattie epatiche, cardiache o renali, oppure nel sospetto clinico di una qualsiasi patologia mielomatosa o qualora sia previsto l'uso di mezzi di contrasto iperosmolarionici, è indicato procedere ai seguenti accertamenti: creatinemia, glicemia, elettroforesi delle sieroproteine (rapporto kappa/lambda) o determinazione della proteinuria di Bence Jones, delle transaminasi e della bilirubina.

si allega copia delle indagini eseguite

Firmato
il Medico di Medicina generale

La modifica delle esenzioni

Può accadere, nei casi riportati nelle tabelle presenti in queste pagine, che durante gli approfondimenti emerga la necessità di ampliare o modificare l'indicazione con la quale il paziente è stato inviato dal MMG. Spetta poi allo specialista, una volta fatte le valutazioni del caso, modificare l'esenzione sul ricettario nuovo, avendo cura di trascrivere tutte le indicazioni aggiuntive e i relativi codici, comprese le possibili malattie collegate alla principale. Il controllo della situazione precedente e della correttezza delle modifiche **non spetta a lui ma alla struttura**, così come a quest'ultima è delegata la separazione tra prestazioni esenti e non esenti, nonché il calcolo dei ticket.

INDICAZIONE AGGIUNTIVA DA RIPORTARE NELLA RICETTA	CODICE	DESCRIZIONE	ESENZIONE COLLEGATA E CODICE	INDAGINI ESENTI E CODICI
trattamento anticoagulante in corso	002	malattie cardiovascolari	—	tempo di protrombina (PT, 90.75.4); PT parziale (PTT, 90.76.1); prelievo di sangue venoso (91.49.2)
NON è stata effettuata una RM cerebrale durante l'anno	011	demenze	—	
	038	morbo di Parkinson e altre malattie extrapiramidali		
NON sono state effettuate né una RM cerebrale né una TC cerebrale durante l'anno	029	malattia di Alzheimer	—	
trattamento antipsicotico in corso	011	demenze	psicosi (044)	dosaggio di: acido valproico (90.03.4); amitriptilina (90.07.4); barbiturici (90.09.3); benzodiazepine (90.09.4); carbamazepina (90.12.3); desipramina (90.17.4); imipramina (90.28.3); litio (90.32.2); nortriptilina (90.34.3); prelievo di sangue venoso (91.49.2); visita psichiatrica di controllo (94.12.1)
	029	malattia di Alzheimer	psicosi (044)	
trattamento farmacologico ipocolesterolemizzante in corso	025	ipercolesterolemia familiare omozigote ed eterozigote di tipo IIa e IIIb, ipercolesterolemia primitiva poligenica, ipercolesterolemia familiare combinata, iperlipoproteinemia di tipo III	—	alanina aminotransferasi (ALT o GPT, S/U, 90.04.5), aspartato aminotransferasi (AST o GOT, S, 90.09.2), gamma glutamil transpeptidasi (gamma GT, S/U, 90.25.5), lattato deidrogenasi (LDH, S/F, 90.29.2), creatin chinasi (CPK o CK, 90.15.4), plasmaferesi terapeutica (LDL aferesi selettiva, 99.71)
in caso di Hb < 8 g/dl	033	difetti della coagulazione	—	

INDICAZIONE AGGIUNTIVA DA RIPORTARE NELLA RICETTA	CODICE	DESCRIZIONE	ESENZIONE COLLEGATA E CODICE	INDAGINI ESENTI E CODICI
necessità di trattamento dialitico extraperitoneale	023	insufficienza renale cronica	—	anamnesi e valutazione complessive: stesura del piano di emodialisi o di dialisi peritoneale (89.03); creazione di una fistola cutaneo-peritoneale e inserzione di un catetere permanente per la dialisi (54.93); dialisi peritoneale automatizzata (CCPD, 54.98.1); dialisi peritoneale continua (CAPD, 54.98.2); revisione del catetere peritoneale, cambio del set di connessione, sostituzione di parti del catetere (97.29.1)
necessità di trattamento dialitico extracorporeo	023	insufficienza renale cronica	—	anamnesi e valutazione complessive: stesura del piano di emodialisi o di dialisi peritoneale (89.03); cateterismo venoso per dialisi renale, singolo o doppio (38.95); emodialisi in acetato o in bicarbonato (39.95.1); emodialisi in acetato o in bicarbonato ad assistenza limitata (39.95.2); emodialisi in acetato o in bicarbonato domiciliare (39.95.3); emodialisi in bicarbonato e membrane molto biocompatibili (39.95.4); emodiafiltrazione, emodiafiltrazione con membrane a permeabilità elevata, biofiltrazione senza acetato, biofiltrazione (39.95.5); emodiafiltrazione ad assistenza limitata, biofiltrazione senza acetato, biofiltrazione, emodiafiltrazione con membrane a permeabilità elevata (39.95.6); emodiafiltrazione con membrane a permeabilità elevata e molto biocompatibili (39.95.7); emofiltrazione (39.95.8); emodialisi-emofiltrazione a tecnica mista (39.95.9); valutazione del ricirco o della fistola artero-venosa (39.99.1); virus dell'epatite B: Ab HbcAg (91.17.5), Ab HbeAg (91.18.2), Ab HbsAg (91.18.3), Ab HbeAg (91.18.4), Ab HbsAg (91.18.5), DNA polimerasi (91.19.2); virus dell'epatite C: analisi quantitativa di HCV RNA (91.19.3), anticorpi (91.19.5), immunoblotting (saggio di conferma, 91.20.1); virus dell'epatite delta: anticorpi (91.20.3) e antigene HDVAg (91.20.5)

INDICAZIONE AGGIUNTIVA DA RIPORTARE NELLA RICETTA	CODICE	DESCRIZIONE	ESENZIONE COLLEGATA E CODICE	INDAGINI ESENTI E CODICI
presenza di complicanza cardiaca	025	ipercolesterolemia familiare omozigote ed eterozigote di tipo IIa e IIIb; ipercolesterolemia primitiva poligenica; ipercolesterolemia familiare combinata; iperlipoproteinemia di tipo III	—	elettrocardiogramma (89.52); ecocardiografia (88.72.1); test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile (89.41) esclusa la prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1); oppure test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro (89.43) esclusa la prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1); eco-colorDoppler dei tronchi sovraaortici a riposo o dopo prova fisica o farmacologica (88.73.5); ecografia dei grossi vasi addominali, dell'aorta e dei linfonodi paravasali (88.76.2); eco-colorDopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, arteriosa o venosa a riposo o dopo prova fisica o farmacologica (88.77.2)
miastenia grave generalizzata o fulminante, refrattaria ad altre forme di trattamento	034	miastenia grave	—	plasmaferesi terapeutica (99.71)
inizio del trattamento con interferone	016	epatite cronica attiva	—	tireotropina (TSH, 90.42.1), tiroxina libera (FT4, 90.42.3), triiodotironina libera (FT3, 90.43.3), anticorpi anti antigeni nucleari estraibili (ENA, 90.47.3), anticorpi antimicrosomi epatici e renali (LKMA, 90.51.5), anticorpi antimitocondri (AMA, 90.52.1), anticorpi antimuscolo liscio (ASMA, 90.52.2)
monitoraggio	015	disturbi del sistema immunitario: immunodeficienze congenite e acquisite determinanti gravi difetti delle difese immunitarie con infezioni recidivanti (escluso infezioni da HIV)	—	—
	018	fibrosi cistica	—	—
	020	infezione da HIV	—	—
	040	neonati prematuri, immaturi, a termine con ricovero in terapia intensiva neonatale limitatamente ai primi tre anni di vita	—	—
	041	neuromielite ottica	—	—
	046	sclerosi multipla	—	—
	048	tumori maligni	—	—
	051	gravi deficit fisici, sensoriali e neuropsichici	—	—
053	trapianto di cornea	—	—	—

I certificati di assenza e prognosi per riposo dal lavoro



E' stato previsto che la certificazione per l'assenza dal lavoro e quella prognostica facciano parte di un modello unico, dal quale si staccherà la parte richiesta dal paziente. Il modello contiene tutte le informazioni necessarie per l'INPS ai fini dell'erogazione dell'indennità di malattia (circolare dell'INPS numero 99, del 13/05/1996). Viene compilata dal MMG o dallo specialista.

Azienda	Ambulatorio di
(logo)	
CERTIFICAZIONI	
----- ✂ ----- ✂ ----- ✂ ----- ✂ -----	
azienda (logo) ambulatorio di	azienda (logo) ambulatorio di
certificazione giustificativa di assenza	certificazione prognostica
si certifica che il/la sig./sig.ra	si certifica che il/la sig./sig.ra
_____	_____
(cognome e nome)	(cognome e nome)
è stato/a presente presso la nostra struttura	è stato/a presente presso la nostra struttura per i seguenti motivi:
il giorno _____	il giorno _____
dalle ore _____	<input type="checkbox"/> intervento chirurgico ambulatoriale a seguito del quale è indicato il riposo per giorni () S.C. IN LETTERE IN CIFRE
alle ore _____	<input type="checkbox"/> accertamenti diagnostici complessi a seguito dei quali è indicato il riposo per giorni () S.C. IN LETTERE IN CIFRE
per una visita medica e/o accertamenti diagnostici non complessi	
in fede il medico che ha effettuato la prestazione	in fede il medico che ha effettuato la prestazione
_____	_____
(timbro e firma)	(timbro e firma)
	<i>il presente certificato può essere presentato in copia al datore di lavoro</i>

strappare lungo la linea tratteggiata la certificazione che interessa

Con la delibera n. 2142 del 28 novembre 2000 («Semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali»), la Giunta della Regione Emilia-Romagna ha cominciato a organizzare, con il consenso delle principali organizzazioni sindacali dei medici, un nuovo sistema per rendere più semplice l'accesso dei cittadini alle visite specialistiche.

Il successo di questa iniziativa dipende anche dalla condivisione delle nuove regole da parte dei medici, nonché dalla preparazione della macchina amministrativa che dovrà fornire l'adeguato supporto agli ambulatori.

Questa guida, rivolta ai medici di medicina generale e agli specialisti, vuole illustrare nel dettaglio le caratteristiche del nuovo sistema di semplificazione.