Rev	Causa della modifica	Parti modificate		
0	Prima emissione per aggiornamento generale procedure ex DCA 469/2017			
1	Revisione generale			
2	Tempi d'attesa	3.2	**Elaborata da**	RQ - Dott.ssa Mirella Barbara Miccoli
			Verificata da	DS - Dott.ssa Maria Luisa Sacchetti
			Emessa da	Presidente - Dott.ssa Gina Proietti

GESTIONE LISTE ATTESA

1 PREMESSA 2

2 SCOPO 2

3 CRITERI DI ELEGGIBILITÀ E LISTE DI ATTESA 2

3.1 ELEGGIBILITÀ 2

3.1.1 SERVIZI AMBULATORIALE E DOMICILIARE 2

3.1.2 RICHIESTA TRATTAMENTO E INSERIMENTO IN LISTA DI ATTESA 3

3.2 TEMPI DI ATTESA 4

3.2.1 RIPARTIZIONE RICHIESTE DEL SERVIZIO ADULTI 5

3.2.1.1 *Lista Servizio Ambulatoriale Adulti* 5

3.2.1.2 *Lista Servizio Ambulatoriale Adulti Cadiologico* 5

3.2.1.3 *Lista Servizio Ambulatoriale Adulti* Vascolare/Oncologico 5

3.2.1.4 *Lista Servizio Domiciliare Adulti* 6

3.2.2 RIPARTIZIONE RICHIESTE DEL SERVIZIO ETA' EVOLUTIVA 6

3.2.2.1 *Lista Servizio Età Evolutiva* 6

1 PREMESSA

La C.A.R. offre trattamenti riabilitativi sia in regime ambulatoriale sia domiciliare a pazienti in età adulta o evolutiva, portatori di esiti di malattie del sistema nervoso centrale e periferico (siano essi prevalentemente motori, sensitivi, del linguaggio o cognitivi), di quello osteoarticolare, cardiovascolare, oncologico, psicomotorio o respiratorio.
La presa carico di nuovi pazienti è condizionata da tre fattori che concorrono allo smaltimento della lista d'attesa con pari rilevanza:
1. gli spazi lavorativi disponibili;
2. le ore uomo lavorative spalmabili su tali spazi;
3. la complessità dei pazienti in carico i quali, per il "raggiungimento della massima autonomia possibile" prevista dalla normativa vigente, necessitano spesso di più di un ciclo riabilitativo a periodicità variabile e/o di prolungare il ciclo riabilitativo in corso (proroghe).
L'esperienza pluriennale del Centro ha mostrato che adottare il solo criterio temporale (data di presentazione della richiesta di trattamento) per lo smaltimento della lista d'attesa, non garantisce la presa in carico riabilitativa nei tempi indicati dalle linee guida Nazionali (LGN) ed Internazionali (LGI), tempi individuati dalle evidenze scientifiche come necessari per garantire al paziente il raggiungimento la massima autonomia possibile e la minima disabilità e, di conseguenza, ridurre al minimo la spesa del SSR/SSN.

2 SCOPO

Scopo della presente procedura è delineare le modalità e i criteri di gestione delle richieste di trattamento riabilitativo (ambulatoriale o domiciliare) utili a garantire la presa in carico dei pazienti che ne fanno richiesta quanto più possibile aderenti alle indicazioni dalle LGN.

3 CRITERI DI ELEGGIBILITÀ E LISTE DI ATTESA

3.1 ELEGGIBILITÀ

3.1.1 SERVIZI AMBULATORIALE E DOMICILIARE

Possono accedere ai Servizi C.A.R. in accreditamento tutti i cittadini, residenti nel territorio della Regione Lazio (siano essi comunitari o extracomunitari, purché provvisti di permesso di soggiorno) in condizioni di disabilità temporanea o permanente anche se in assenza di riconoscimento INPS della invalidità.

L'accesso non è consentito a coloro che usufruiscono, durante lo stesso arco temporale, di attività riabilitative per la stessa disabilità presso altre strutture accreditate.

L'utente o chi ne fa le veci può presentare il modulo di "Richiesta di Trattamento Riabilitativo" (Mod. 72A.05) debitamente compilato direttamente al Personale di Accettazione (PACC) presente in Sede oppure attraverso l'invio della stessa per e-mail all'indirizzo ufficioprenotazioni@riabilitazionecar.it. Tale richiesta sarà rilevata dal PACC che la inoltra/consegna ai Coordinatori, corredate di tutti i moduli allegati documenti e certificazioni

dettagliate nella Procedura Gestionale "La Cartella Clinico-Riabilitativa Integrata" (PG 75E) (vedi anche punto 2.1.2)

3.1.2 RICHIESTA TRATTAMENTO E INSERIMENTO IN LISTA DI ATTESA

Per richiedere il trattamento riabilitativo è necessaria una documentazione diversa nei due Servizi Ambulatoriale e Domiciliare:

- per il Servizio Ambulatoriale occorre che l'utente sia munito di prescrizione rilasciata da:
  - Medico di Struttura Sanitaria pubblica, specialista per la disabilità per la quale viene fatta domanda di trattamento (neurologo, neuropsichiatra infantile, ortopedico, fisiatra, chirurgo vascolare, cardiologo, oncologo)

oppure

  - Medico Privato Specialista della disabilità per la quale viene fatta domanda di trattamento allegata alla richiesta del Medico o Pediatra di Base per Valutazione Specialistica;

- per il Servizio Domiciliare occorre che l'utente sia munito di una autorizzazione rilasciata da:
  - Unità Valutativa Multidimensionale (UVM) della ASL di appartenenza dell'adulto;
  - Servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età Evolutiva (TSMREE) della ASL di appartenenza del minore.

Nel caso in cui il paziente sia un minore o un adulto con tutela, il genitore/tutore che fa richiesta, deve inoltre allegare in copia:

- un documento di riconoscimento valido.

Nel caso in cui l'utente deleghi una seconda persona a presentare la richiesta, quest'ultima deve:

- compilare "Autocertificazione per delega utente adulto" della persona delegata (Mod. 72A.04);
- presentare un documento di riconoscimento valido del delegato.

Nel caso in cui l'utente sia un minore il genitore/tutore che fa richiesta, deve anche:

- compilare "Autocertificazione per i genitori richiedenti trattamento riabilitativo" (Mod. 72A.03);
- presentare un documento di riconoscimento in corso di validità.

Al momento della presentazione della domanda di trattamento vengono rilevati e individuati i dati che costituiscono "Indice di Priorità Richiesta Trattamento" (IPRT). In base al valore che viene rilevato da questo indice, la domanda di trattamento viene inserita dai Coord. nella lista di attesa del Servizio specifico del trattamento richiesto, rispettando l'ordine di priorità rilevato.

I parametri che concorrono al punteggio IPRT sono:

- data di nascita:
  - età < 60 aa (punt.=3)
  - da 60 a 70 aa (punt.=2)
  - età > 70 aa (punt.=1)
- insorgenza disabilità oggetto della richiesta:
  - < 6 mesi (punteggio=3)
  - da 6 a 12 mesi (punteggio=2)
  - > 12 mesi (punteggio=1)
- precedenti trattamenti riabilitativi per la disabilità indicata:
  - NO (punteggio=3)
  - SI (punteggio=1) (in questo caso verrà specificata la data conclusione trattamento precedentemente effettuato per la disabilità indicata).

La rilevazione dei dati e la somma dei loro punteggi, darà l'Indice di Priorità che andrà da un minimo di 3 a un massimo di 9.

Nei casi in cui si rilevino condizioni di non eleggibilità e ammissibilità al trattamento (vedi Procedura Gestionale "Eleggibilità e ammissione pazienti Adulti e dell'Età Evolutiva" (PG. 72B), è compito del Coordinatore, o in sua vece del Referente del Servizio:

- darne notizia all'utente (o al tutore);
- spostare la scheda nella lista delle schede archiviate.

Ogni Coordinatore, in collaborazione con i Referenti dei Servizi:

- programma la Visita Medica di inquadramento generale tenendo conto del tipo di trattamento richiesto e dell'IPRT, considerando come "urgente" un IPRT ≥ 6;

- programma l'ordine di ammissione dei pazienti confermati idonei alla presa in carico dal medico in base ai "criteri di priorità di eleggibilità per la presa in carico" (IPPC) rilevati dal medico durante la visita, specifici per ogni Servizio ("Indice Priorità Ambulatoriale – Adulti" Mod. 72A.40, "Indice Priorità Ambulatoriale – Adulti Cardiologico" Mod. 72A.50, "Indice Priorità Domiciliare – Adulti" Mod. 72A.60, "Indice Priorità Età Evolutiva – Adulti" Mod. 72A.70, "Indice Priorità Ambulatoriale – Adulti Vascolare/Oncologico" Mod. 72A.80), tra cui:

- data di prenotazione;
- data di insorgenza della patologia;
- gravità e complessità del quadro clinico, ingravescenza o degenerazione;
- comorbilità con altre patologie;
- primo intervento riabilitativo;
- età del paziente.

3.2 TEMPI DI ATTESA

Le Richieste di Trattamento accolte vanno a comporre la lista d'attesa informatizzata che viene ordinata e monitorata quotidianamente dai Coord. e dai Referenti.

Le Richieste di Trattamento degli Adulti vengono assemblate seguendo l'indice di priorità di richiesta trattamento, indice che viene elaborato automaticamente dal SG-4H in base ai dati e agli elementi riportati sulla scheda di prenotazione.

3.2.1 RIPARTIZIONE RICHIESTE DEL SERVIZIO ADULTI

La lista di attesa del Servizio Ambulatoriale per pazienti Adulti è suddivisa tra gli ambiti di pertinenza del Servizio:

- neuromotorio;
- ortopedico;
- logopedico;
- neuro cognitivo;
- cardiologico;
- vascolare-oncologico.

La lista d'attesa del Servizio Domiciliare per pazienti adulti è suddivisa in:

- zone territoriali in cui la C.A.R. ha disponibilità di operatori per effettuare i trattamenti a domicilio dell'Utente richiedente.

3.2.1.1 LISTA SERVIZIO AMBULATORIALE ADULTI

In regime di accreditamento con il SSN, il tempo medio di attesa per la presa in carico dei pazienti urgenti è di circa 15 giorni; può arrivare (o superare) i 7 mesi per i trattamenti di mantenimento.

3.2.1.2 LISTA SERVIZIO AMBULATORIALE ADULTI CARDIOLOGICO

In regime di accreditamento con il SSN il tempo di attesa medio per la presa in carico è di 2 mesi circa per urgenze (come aver avuto un evento acuto recente) mentre per le richieste di trattamento di mantenimento l'attesa è di circa 9 mesi.

3.2.1.3 LISTA SERVIZIO AMBULATORIALE ADULTI VASCOLARE/ONCOLOGICO

In regime di accreditamento con il SSN il tempo medio di attesa per la presa in carico è di 1 mese per le urgenze mentre per i trattamenti di mantenimento è di circa 6 mesi, è ridotto a 1 mese.

3.2.1.4 LISTA SERVIZIO DOMICILIARE ADULTI

In regime di accreditamento con il SSN il tempo medio di attesa per la presa in carico delle urgenze è di 1 mese mentre per i trattamenti di mantenimento è di circa 4 mesi.

3.2.2 RIPARTIZIONE RICHIESTE DEL SERVIZIO ETA' EVOLUTIVA

Le Richiesta di Trattamento dell'Età Evolutiva sono suddivise in:

- minori di età compresa tra 0 e 18 mesi;
- minori di età > 18 mesi in ordine temporale della domanda di richiesta trattamento.

La lista d'attesa è suddivisa nei settori di pertinenza nel Servizio:

- neuromotorio;
- psicomotorio e logopedico.

Poiché le caratteristiche del bambino e la possibilità di accogliere la richiesta sono, appunto, evolutive questa lista è soggetta ad aggiornamento periodico, attraverso contatti telefonici con le famiglie da parte del Coordinatore/referente in collaborazione con il Neuropsichiatra Infantile e, solo se necessario, con il Direttore Sanitario, per valutare il persistere delle condizioni registrate sulla richiesta di trattamento.

Nel Servizio dell'Età Evolutiva si tiene conto anche della eventuale:

- segnalazione da parte dei Servizi Sociali;
- fratello/sorella già assistito dal Centro C.A.R.

3.2.2.1 LISTA SERVIZIO ETA' EVOLUTIVA

L'aumento della domanda di riabilitazione in Età Evolutiva, in particolare per alcune patologie, ha reso finora difficile stimare con precisione i tempi di attesa dei minori di età superiore ai 18 mesi e affetti da patologie croniche. In ogni caso il servizio Età Evolutiva del Centro C.A.R., in accordo con la ASL RM1, condivide la propria lista d'attesa con il TMSREE.

- Per i minori tra 0 e 18 mesi, il tempo medio di attesa è di 3 mesi.
- Per le urgenze e i post-chirurgici, l'attesa è ridotta a un massimo di 15 giorni.