



ORGANIZZAZIONE 3

di un Servizio di Endoscopia Digestiva

Accoglienza del paziente e prenotazione dell'esame endoscopico

Enrico Ricci



RECORDATI



il libro bianco dell'endoscopista

PROGETTARE, REALIZZARE

ORGANIZZARE e

GESTIRE

**un Servizio
di Endoscopia Digestiva**

Felice Cosentino

Giorgio Battaglia

Enrico Ricci

Accoglienza del paziente e prenotazione dell'esame endoscopico

Enrico Ricci





in questo *fascicolo*
di **ORGANIZZAZIONE**



Introduzione.....	5
Prenotazione: CUP, Unità operativa o mista.....	6
Accettazione e verifica della conformità della richiesta e del paziente.....	15
Prenotazione di fronte a richiesta non conforme.....	16
Come identificare una richiesta non conforme.....	16
Come gestire le richieste non conformi	17
Prenotazioni in emergenza-urgenza	18



© 2003 AREA QUALITÀ® S.r.l.
Via Comelico, 3 - 20135 MILANO
E-mail: info@areaqualita.it
Tutti i diritti riservati

Questo fascicolo è stato stampato dalla tipografia
Vigrafica di Monza nel mese di maggio 2003
Impaginazione: il Bozzetto - Milano



Accoglienza del paziente e prenotazione dell'esame endoscopico

Enrico Ricci

Direttore dell'U.O. Complessa di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Ospedale G.B. Morgagni di Forlì

INTRODUZIONE

Un Servizio di Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva deve rispondere istituzionalmente a tutte le richieste di indagini endoscopiche compatibilmente con le potenzialità professionali e organizzative e secondo modalità preferibilmente riportate in procedure specifiche.

La richiesta di un esame endoscopico può essere paragonata ad un vero e proprio contratto che deve essere stipulato tra il richiedente e il medico che eseguirà l'indagine.

Il modulo di richiesta degli esami endoscopici costituirà il documento contrattuale. Tali moduli variano a seconda che si tratti di una prestazione da erogare ad un paziente ambulatoriale o ricoverato.

Nel primo caso, infatti, il modulo sarà costituito dal formulario del Servizio Sanitario Nazionale o dal ricettario personale del medico richiedente e nel secondo da un modulo ad uso interno dell'Azienda dove il paziente è ricoverato.

Le informazioni relative al contratto dovrebbero anch'esse essere diffuse e formalizzate in apposita procedura. I soggetti coinvolti sono i pazienti ed i medici afferenti a quella struttura.

Tutte le informazioni necessarie per la richiesta di un esame endoscopico e la relativa preparazione dovrebbero essere riportate in un foglio informativo, elaborato dal personale del Servizio di Endoscopia digestiva ed inviato ai medici di Medicina generale del territorio e ai reparti ospedalieri dell'Azienda.

Il foglio informativo dovrebbe essere inoltre messo a disposizione di tutti i clienti che si presentano al Servizio per richiedere un esame endoscopico ed eventualmente essere riportato anche nel sito web dell'Azienda ospedaliera ed essere disponibile anche per l'invio via posta elettronica a fronte di specifiche richieste.

Per i pazienti che necessitano di una prestazione endoscopica da erogarsi con ricovero ospedaliero dovrebbero essere previsti ulteriori e specifici strumenti informativi.

Queste istruzioni hanno lo scopo di fornire ai medici richiedenti gli strumenti per poter richiedere con appropriatezza una indagine endoscopica, riportando sulla richiesta oltre alla tipologia dell'indagine, anche la indicazione clinica.

Richieste nelle quali venga omessa l'indicazione o particolari condizioni cliniche del paziente non dovrebbero pertanto essere accettate.

La carta dei Servizi dell'Unità endoscopica deve contenere le informazioni generali rivolte ai Clienti e dovrebbe essere disponibile, a richiesta, presso l'Ufficio Informazioni aziendale e la segreteria dell'Unità.

Il contratto "richiesta di esame endoscopico" dovrà essere valutato ed elaborato nelle varie fasi dell'accoglienza del paziente e potrà essere modificato in seguito a:

- **Rilevazione di non conformità della richiesta di esame e/o del paziente.**
- **Rilevazione di non conformità tali da impedire l'erogazione della prestazione richiesta.**
- **Rilevazione di particolari necessità cliniche del paziente.**

In tali casi dovrà essere comunicata al Cliente la modifica apportata al contratto, prima che venga richiesto il consenso informato del paziente.

PRENOTAZIONE: CUP, UNITÀ OPERATIVA O MISTA

Le modalità di prenotazione di un esame endoscopico, di seguito descritte, si riferiranno prevalentemente ai cosiddetti sistemi di "open access", nei quali una indagine endoscopica può essere richiesta anche da un medico generico, senza una visita specialistica preliminare effettuata dai medici dell'Unità operativa nella quale la prestazione verrà poi erogata.

Questa è infatti la modalità più diffusa, che ha dimostrato di garantire i risultati migliori, in

quanto, laddove sperimentata, la visita specialistica preliminare ha comportato solo un aggravio in termini di risorse senza costituire un filtro efficace.

Le variabili da prendere in considerazione in questi casi sono costituite oltre che dai sistemi di filtro, dal bacino d'utenza del Servizio di endoscopia, dalla tipologia e dal volume delle attività, dalle modalità di accesso e dalle risorse disponibili, come sintetizzato nello schema.



In particolare dovrà essere valutata la situazione organizzativa e gestionale dell'Unità operativa nei confronti della tipologia e dei volumi di attività, che dovranno essere rimodulati in base alle necessità locali.

Le problematiche da affrontare saranno infatti notevolmente diverse se il Servizio di Endoscopia digestiva dovrà affrontare il governo della domanda per una quota rilevante di inappropriata delle richieste o il controllo delle "fughe" di pazienti verso altre unità operative del territorio.

Le procedure della prenotazione potranno infine essere gestite direttamente dal personale dell'unità operativa, affidate al Centro unico di prenotazione aziendale (CUP) o prevedere un approccio "misto" con la prenotazione CUP per alcune tipologie di pazienti ambulatoriali e con la gestione di una agenda da parte dell'Unità operativa per i pazienti ricoverati.

I vantaggi e gli svantaggi delle due principali modalità di prenotazione sono riportati nello schema sotto rappresentato [Ferrari A., Garrioli A., www.sied.it mod.].

MODALITÀ DI PRENOTAZIONE



CUP

sistema **NON** vincolato da Istruzione Operativa
MA
vincolato da un numero di posti fisso nell'ambito di un rigido sistema computerizzato di prenotazione
NON gestito dal Personale di Servizio



UNITÀ OPERATIVA

sistema gestito dal Personale del Servizio e vincolato da Istruzione Operativa
MA
modulabile in rapporto al volume e alla tipologia delle richieste

Il vantaggio principale della prenotazione centralizzata presso il CUP aziendale è quello di rendere disponibile per i pazienti l'accesso presso tutti gli sportelli aziendali di prenotazione, che in alcune realtà sono anche decentrati sul territorio presso le farmacie o gli ambulatori di Medicina generale.

Il sistema è alquanto rigido, poiché è vincolato da un numero di posti fisso, predeterminato e modificabile con difficoltà per far fronte a nuove esigenze.

Sul piano dell'efficienza può comportare poi il problema di una occupazione in eccesso delle liste di prenotazione da parte di pazienti che non comunicano la disdetta dell'esame [Ghezzi L., www.sied.it].

Il sistema di prenotazione gestito direttamente dall'Unità operativa non può offrire questa opportunità, ma gode di una maggiore flessibilità, poiché è facilmente modulabile in rapporto alla variabilità delle richieste.

La prenotazione presso l'Unità operativa consente inoltre al personale di front office (amministrativo o paramedico) di ricorrere alla consultazione di un medico dell'Unità operativa in ogni caso di richieste dubbie o non conformi.

Presso l'Unità operativa di Forlì abbiamo adottato un sistema misto che prevede la prenotazione CUP per le endoscopie diagnostiche di primo accesso e la prenotazione diretta presso la segreteria dell'Unità operativa per i pazienti con problemi clinici particolari, quali la scoa-

golazione e la grave insufficienza cardio-respiratoria, i pazienti in età pediatrica e quelli da sottoporre a endoscopie operative.

Le prescrizioni che scaturiscono dall'attività specialistica gastroenterologica ambulatoriale vengono infine gestite direttamente dall'agenda dell'Unità operativa.

Una indagine condotta dalle sezioni SIED del Veneto, Trentino Alto-Adige e Friuli Venezia Giulia sull'appropriatezza della colonscopia ha dimostrato che il 40 % dei centri di endoscopia riteneva l'accesso diretto una soluzione ottimale e che il 44 % effettuava una valutazione preventiva delle richieste [Monica F., www.sied.it].

La appropriatezza delle indicazioni è inversamente proporzionale alla lunghezza della lista di attesa ordinaria [Casetti T., www.sied.it].

Se il tempo d'attesa è eccessivamente lungo, pazienti con indicazioni appropriate possono non essere inviati all'indagine endoscopica [Cestroni A., www.sied.it] o essere sottoposti in alternativa a indagini radiografiche non appropriate [Casetti T., www.sied.it].

Il gruppo dell'Ospedale Maria Vittoria di Torino, nell'ambito di un progetto di miglioramento, ha valutato l'appropriatezza delle indicazioni alla gastroscopia e alla pancolonscopia diagnostica in rapporto alle modalità di prenotazione (da parte del CUP o dell'Unità operativa).

Sia per la gastroscopia che per la colonscopia la percentuale delle indagini negative, stratificate in base alle indicazioni, è stata percentualmente inferiore nei pazienti prenotati direttamente dal personale dell'Unità operativa rispetto a quelli prenotati tramite CUP (TABELLE 1 e 2).

TAB. 1: ANNO 2000 - EGDS TOTALI = 3.065

INDICAZIONI	% su Totale esami	% indagini neg. su Totale esami	% indagini neg. CUP su Tot. neg.	% indagini neg. P.D.* su Tot. neg.
Epigastralgie	63.48	21.86	95.40	4.60
Pirosi	10.07	14	100	0
Dispepsia	6.52	24.60	100	0
Sospetta ulcera	5.35	23.60	100	0
Anemizzazione	5.42	8.90	40	60
Disfagia	2.53	7.60	10	0
Sospetto k gastrico	0.24	0	-	-

da: Ferrari A., Garripoli A., www.sied.it (mod.)

* P.D. = prenotazione diretta

TAB. 2: ANNO 2000 - COLONSCOPIE TOTALI = 1.140

INDICAZIONI	% su Totale esami	% indagini neg. su Totale esami	% indagini neg. CUP su Tot. neg.	% indagini neg. P.D.* su Tot. neg.
Rettorragia	29.46	10.35	95.45	4.54
Dolori addominali	23.37	36.09	73.77	26.22
Hb feci +	8.43	16.30	80	20
Anemizzazione	7.05	13.72	28.57	71.40
Stipsi	6.70	22.45	90.90	9.10
Sospetto k colon	5.80	4.80	50	50
Alvo alternante	5.25	34.21	100	0

da: Ferrari A., Garripoli A., www.sied.it (mod.)

* P.D. = prenotazione diretta

Il Servizio di Endoscopia dell'Istituto Europeo di Oncologia [Crosta C., www.sied.it] ha affidato alla gestione CUP la prenotazione dei primi accessi e dei controlli, ponendosi il problema della gestione dei pazienti da sottoporre a test di screening, per i quali non appaiono sufficientemente definite le modalità più appropriate di prenotazione.

I pazienti interni, del Day Hospital e quelli inseriti in protocolli di studio o che necessitano di una endoscopia urgente vengono gestiti direttamente dall'agenda dell'Unità operativa.

Gli strumenti di intervento possono essere interni o esterni all'Unità operativa e sono costituiti dalla verifica della conferma degli appuntamenti per le mancate disdette, dall'overbooking e dagli interventi sui medici di Medicina generale per la definizione di linee guida condivise sull'appropriatezza delle richieste.

Gli incontri con i Medici di medicina generale e le loro associazioni sono sicuramente strategici, poiché un progetto che non sia condiviso non porterà alcun risultato concreto, ma è necessario prevedere sin dalla fase di implementazione strumenti di verifica.

Tali incontri sono stati inseriti nel progetto regionale del Friuli Venezia Giulia [Cannizzaro R., Benedetti E., De Pretis G., Carrella M., www.sied.it] che ha ottenuto il supporto dell'Agenzia regionale della sanità, e nel progetto del gruppo di Ravenna che ha dimostrato che alla loro interruzione il numero delle richieste inappropriate subiva un rapido incremento [Casetti T., www.sied.it].

Il gruppo di Ferrara ha ottenuto buoni risultati inserendo nel gruppo di progetto il Comitato consultivo misto, al fine di ottenere il coinvolgimento anche dei cittadini [Matarese V.G., www.sied.it].

COME RAZIONALIZZARE GLI ACCESSI AGLI ESAMI DI ENDOSCOPIA

liste di attesa differenziate

gestione CUP (monitoraggio quindicinale dei tempi d'attesa)

- primi accessi
- controlli (gestione CUP)
- screening (gestione CUP)?

gestione servizio di endoscopia

- urgenze differibili
- day hospital
- interni
- protocolli di studio

strumenti di intervento

interni alla struttura

- verifica conferma appuntamenti
- overbooking
- extraproductività

esterni alla struttura

- interventi sui MMG (appropriatezza delle richieste)
- CPU centralizzato (ASL)

da: Crosta C., www.sied.it (mod.)

In un servizio "open access" l'aumento dell'offerta solitamente non porta, se non per un breve effetto transitorio, alla riduzione delle liste di attesa.

Negli ultimi anni '90 sono stati definiti dei percorsi d'accesso prioritario agli esami clinico strumentali, fondati non più su semplicistici criteri temporali d'arrivo della richiesta, bensì su precisi modelli di domanda differenziata per tipologia di bisogno e d'urgenza clinica.

È nato così il *concetto di RAO* (**R**aggruppamento di **A**ttesa **O**mogeneo).

Le prime esperienze al riguardo sono state maturate nel mondo anglosassone ed in particolare in Nuova Zelanda, Canada, Australia [Ministry of health Guideline Index, New Zealand 2002; *Real-time priority scoring system must be used for prioritisation on waiting lists*. MBI, 318: 1699,1999].

I R.A.O. vanno elaborati collegialmente da specialisti, medici di famiglia e medici ospedalieri.

L'U.O. Multizonale di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva di Rovereto ha pianificato un programma d'applicazione dei codici RAO per la prenotazione della gastroscopia e della colonscopia, prima limitato ai pazienti ospedalizzati, poi esteso ai pazienti esterni [Meggio A., Mariotti G., Gentilizi M., Armelao F., Manfrini R., Tasini E., Miori G. and de Pretis G.: *Effectiveness of clinical priority criteria (RAO) in diagnosing digestive disease of clinical relevance: a preliminary report: Abstract book XI Congresso nazionale delle Malattie digestive*, P181, pag. 99, 2003].

Dopo aver individuato un gruppo interdisciplinare composto da medici specialisti (MS),

da medici di medicina generale (MMG), da medici "facilitatori" e dal direttore sanitario, sono state elaborate le cosiddette "parole chiave" che, inserite in "griglie sintomatologiche" individuano i gruppi di tempi d'attesa massimi accettabili così suddivisi:

- **RAO urgente** → entro 24 ore
- **RAO B** → entro 10 giorni
- **RAO C** → entro 40 giorni
- **RAO E** → da 1 g senza limite massimo
- **RAO P** → programmabile

Questi gruppi di priorità erano stati elaborati tenendo conto sia dei criteri d'*appropriatezza* delle linee guida ASGE sia del concetto "d'attesa clinicamente accettabile" volto a definire, attraverso dati di letteratura e di esperienze personali, tempi "massimi d'attesa tali da non compromettere la prognosi".

Le scelte dei limiti temporali sono state individuate collegialmente con altre discipline, come ad esempio la radiologia e la cardiologia, in modo da agevolare il compito al medico di medicina generale.

In altre parole i limiti temporali delle diverse categorie di RAO erano gli stessi anche in branche specialistiche diverse [Mariotti G., *Tempi d'attesa e priorità in sanità. La selezione della domanda come strategia di qualità*. Milano, Franco Angeli 1999].

La fase applicativa del programma ha visto la prescrizione degli "esami traccianti" (gastroscopia e colonscopia) e la effettuazione di "audit" per la revisione dei risultati e il confronto con gli standard concordati.

Tale revisione è stata quindi presentata, con riunioni plenarie, ai medici richiedenti nella fase di “feedback”, intesa come “restituzione” dell’informazione, come risultato della performance.

L’obiettivo era quello di analizzare i seguenti indicatori:

1 Studiare la stratificazione delle richieste RAO nei diversi gruppi di priorità

2 Valutare la concordanza della classificazione RAO tra MMG e MS (ricercando contestualmente aspetti legati anche all’appropriatezza delle richieste)

3 Individuare se le griglie adottate potevano avere un’attendibilità tale da permettere di ottenere una ricaduta positiva sul riscontro di patologie “endoscopicamente significative” (neoplasia, polipo avanzato, malattia ulcerativo-erosiva, IBD, lesione vascolare) in tempi adeguati (valutando diagnosi precoci o ritardate).

Lo studio della stratificazione delle richieste ha rilevato che il codice RAO più utilizzato è stato il “B” seguito in modo decrescente da quelli di “minor urgenza” clinica.

La concordanza osservata tra valutazione del MMG e quella del MS (studiata con coefficiente kappa), è risultata pari a 0,209 (ic al 95% 0,111-0,308), indice di scarsa concordanza.

La valutazione della ricaduta positiva sull’evidenza di patologie arbitrariamente definite come “endoscopicamente significative” ha dimostrato (TABELLA 3) un più frequente riscontro di patologie di rilievo nei codici con maggior priorità clinica (urgente e B) (attesa più breve) rispetto a quelli a minor priorità (attesa più lunga) con un trend (chi quadro per trend) statisticamente significativo.

TAB. 3: STRATIFICAZIONE DELLE RICHIESTE

	PATOLOGIA SIGNIFICATIVA MMG	PATOLOGIA SIGNIFICATIVA Specialista
n° pazienti	46/180 (25.5%)	46/180 (25.5%)
RAO urgente	5/11 (45.0%)	1/1 (100.0%)
RAO B	31/107(29.0%)	24/54 (44.0%)
RAO C	8/46 (17.0%)	15/51 (29.4%)
RAO E	2/12 (16.0%)	6/47 (12.0%)
RAO P	0/4 (0%)	0/13 (0%)

Il sistema RAO ha dimostrato, nell'esperienza del gruppo di Rovereto, di essere uno strumento utile per la gestione dei tempi d'attesa e probabilmente, dopo ulteriori validazioni, un sistema in grado di rilevare in tempi clinicamente adeguati le patologie endoscopicamente più significative.

È necessario ottenere una buona collaborazione da parte dei medici di medicina generale ed è auspicabile che un programma come questo possa coinvolgere più discipline specialistiche [Meggio A., Mariotti G., Gentilizi M., Armelao F.,

Manfrini R., Tasini E., Miori G. and de Pretis G.: *Effectiveness of clinical priority criteria (RAO) in diagnosing digestive disease of clinical relevance: a preliminary report: Abstract book XI Congresso nazionale delle Malattie digestive*, P181, pag. 99, 2003].

Nel progetto del Servizio di Endoscopia digestiva di Reggio Emilia [Mortilla M.G., Sassatelli R., Ricci E., www.sied.it] ad ogni richiesta viene attribuito un codice di priorità clinico/organizzativa utilizzando il triage con i codici colore già sperimentati con successo in Pronto Soccorso (vedi schema sotto riportato).

PROGETTO CODICI COLORE

Da una lista burocratica ad una lista per priorità



da: Mortilla M.G., Sassatelli R., Ricci E., www.sied.it

I criteri utilizzati sono indicati nello schema. L'attribuzione del codice colore, qualora non venga già specificata dal medico richiedente, viene effettuata dal medico di turno.

CODICI PER L'ATTRIBUZIONE DI PRIORITÀ
PER L'ESECUZIONE DELLE INDAGINI
ENDOSCOPICHE

CODICI PER L'ATTRIBUZIONE DI PRIORITÀ

CODICE ROSSO EMERGENZA - URGENZA

Per richieste in pazienti ricoverati o provenienti dal Pronto Soccorso per i quali l'esame endoscopico deve essere eseguito immediatamente o nell'arco di poche ore.

CODICE GIALLO DIAGNOSI RAPIDA O PRIMO ESAME CON SOLLECITUDINE

Per richieste in cui il medico richiedente segnali la presenza di sintomi d'allarme che rendono necessaria l'esecuzione di un esame endoscopico nel più breve tempo possibile. La definizione di tale intervallo di tempo viene effettuata periodicamente in rapporto agli obiettivi e alle disponibilità del Servizio e solitamente non supera i sette giorni.

CODICE VERDE PRIMO ESAME

Per richieste in pazienti che devono effettuare un'indagine endoscopica per la prima volta, che non abbiano sintomi di allarme. La definizione adottata arbitrariamente come "primo esame" è la seguente:

- a) paziente che esegue per la prima volta una endoscopia sul tratto digestivo oggetto della richiesta;
- b) paziente che abbia già eseguito una endoscopia sullo stesso tratto digestivo, per il quale il medico curante abbia riportato sulla richiesta il sospetto clinico di una nuova patologia o un aggravamento della patologia precedente (in questo caso l'esecuzione dell'endoscopia deve poter comportare una modificazione dell'approccio terapeutico).

CODICE BIANCO CONTROLLI

Per richieste di pazienti che hanno già effettuato indagini endoscopiche e per i quali è stata programmata una rivalutazione a distanza di tempo o che richiedano una sorveglianza

ACCETTAZIONE E VERIFICA DELLA CONFORMITÀ DELLA RICHIESTA E DEL PAZIENTE

Il personale di front office, costituito a seconda delle varie realtà da personale amministrativo o paramedico, al momento della presentazione della richiesta del medico curante deve:

- a** chiedere al paziente per quale esame endoscopico è stato inviato al Servizio di Endoscopia digestiva
- b** controllarne la corrispondenza con quanto riportato sulla richiesta
- c** verificare la corrispondenza della richiesta con quanto riportato nella agenda delle prenotazioni e in particolare:
 - nome e cognome del paziente
 - tipo di indagine prenotata
- d** verificare che il tipo di indagine endoscopica richiesto venga eseguito nel servizio di Endoscopia digestiva in base all'elenco delle prestazioni precedentemente compilato ed approvato dal responsabile del Servizio
- e** verificare la correttezza delle modalità di richiesta dell'esame:
 - esame eseguibile ambulatorialmente
 - esame eseguibile solamente in regime di ricovero ordinario o di Day Hospital
 - esame eseguibile d'urgenza
- f** verificare eventuali situazioni particolari riportate o meno nella richiesta coerentemente con quanto precedentemente codificato dal responsabile del servizio (per esempio richiesta di endoscopia operativa in paziente che assume terapia anticoagulante)
- g** verificare che la richiesta sia comprensibile o sufficientemente chiara
- h** verificare che la richiesta sia burocraticamente corretta.

In caso di non conformità l'operatore dovrà richiedere al paziente ulteriori informazioni e, nel caso in cui la non conformità non si chiarisca, l'operatore dovrà informare del problema il medico di turno.

Il medico avrà la responsabilità di effettuare le opportune verifiche e prendere i provvedimenti del caso.

In particolare qualora si presenti al Servizio un paziente che sia in possesso di informazioni sull'esame a cui deve essere sottoposto discordanti da quanto trascritto sulla richiesta, il medico esaminatore dovrà raccogliere

dal paziente o dal suo accompagnatore le informazioni necessarie per chiarire la corretta indicazione, informarlo e una volta chiarito l'errore procedere alla prenotazione dell'endoscopia.

Nel caso in cui non sia possibile raccogliere un numero di informazioni sufficienti per chiarire la corretta indicazione (per esempio paziente non in grado di intendere o di volere non accompagnato) sarà necessario contattare il medico richiedente e, nel caso questi non sia rintracciabile, sarà necessario inviare nuovamente il paziente all'attenzione del medico richiedente.

La verifica della conformità del paziente rispetto all'esame endoscopico da eseguire deve essere effettuata dal medico esaminatore.

Il medico prima di cominciare l'indagine endoscopica deve richiedere al paziente informazioni anamnestiche e consultare la cartella clinica (se ricoverato) o qualunque altra documentazione fornita dal paziente o inviata dal suo medico curante per acquisire informazioni su:

- a** appropriatezza della indicazione
- b** terapie farmacologiche in corso
- c** allergie o intolleranze a farmaci
- d** interventi chirurgici pregressi
- e** rispetto da parte del paziente delle norme di preparazione all'indagine endoscopica (per esempio digiuno prima delle gastroscopie e pulizia intestinale prima delle colonscopie ecc.) fornite al momento della prenotazione
- f** qualunque altra informazione che ritenga necessaria

Solo dopo aver valutato che nessuna di tali condizioni possano controindicare (secondo lo stato dell'arte e le linee guida delle società scientifiche) l'indagine proposta, il medico esaminatore potrà procedere alla esecuzione dell'endoscopia.

In caso di non conformità il medico dovrà acquisire ulteriori informazioni e dati e contattare, se necessario, il reparto ospedaliero richiedente e il medico richiedente per i pazienti ambulatoriali.

Nel caso che non sia possibile contattare il richiedente l'operatore dovrà segnalare per iscritto al medico curante la non conformità richiedendo ulteriori esami o segnalando possibili soluzioni.

Il medico esecutore dell'indagine endoscopica avrà la responsabilità di decidere se eseguire l'indagine proposta ugualmente (situazione di emergenza/urgenza) o con modalità diverse.

PRENOTAZIONE DI FRONTE A RICHIESTA NON CONFORME

TAB. 4: IDENTIFICAZIONE DI UNA RICHIESTA N.C.

La richiesta porta solo la dizione gastroscopia, pancoloscopia

Richiesta doppia (per esempio gastroscopia/breath test)

Manca la precisazione della priorità.
In questo caso verificare la possibilità di attribuire un codice di priorità

La richiesta di colonscopia riporta la dizione prevenzione, ma vengono riportati anche sintomi

Richiesta di gastroscopia di controllo di polipi infiammatori o iperplastici

Richiesta di colonscopia di controllo per diverticolosi, polipi iperplastici, infiammatori e lipomi

COME IDENTIFICARE UNA RICHIESTA NON CONFORME

Sono riportati a lato, come esempio di riferimento, i criteri per i quali una richiesta viene considerata "non conforme" e quindi non accettabile dal Servizio, previsti dalle procedure del Servizio di Endoscopia digestiva di Reggio Emilia.

COME GESTIRE LE RICHIESTE NON CONFORMI

TAB. 5: GESTIONE GLOBALE DELLE NON CONFORMITÀ

GESTIONE DELLE RICHIESTE NON CONFORMI

	compiti della segretaria	compiti del medico
Fotocopiare la richiesta e la documentazione fornita dal paziente	●	
Inserire tutti i dati richiesti dal programma per la gestione delle non conformità	●	
Stampare la lettera di comunicazione per il curante	●	
Allegare schema della preparazione intestinale in caso di colonscopia	●	
Fare firmare la lettera al medico	●	
Consegnare al paziente la lettera di comunicazione con il curante	●	
Archiviare nella cartella delle non conformità copia della lettera, copia della richiesta fotocopie e/o copie della documentazione del paziente	●	

GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ DOPO IL CONTATTO CON IL CURANTE

<i>In caso di conferma della richiesta di indagine endoscopica</i>	compiti della segretaria	compiti del medico
Attribuire il codice di priorità e dare disposizioni per fissare la prenotazione		●
Fissare l'appuntamento secondo il codice attribuito dal medico del Servizio	●	
Contattare il paziente	●	
Allegare al fascicolo del paziente copia della prenotazione	●	
Archiviare il fascicolo del paziente nell'apposita cartella	●	

GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ DOPO IL CONTATTO CON IL CURANTE

<i>In caso di non conferma della richiesta all'indagine endoscopica</i>	compiti della segretaria	compiti del medico
Apporre in maniera chiara sulla copia della lettera al curante le motivazioni della decisione		●
Dare disposizione per l'archiviazione		●
Archiviare il fascicolo del paziente nell'apposita cartella	●	

PRENOTAZIONI IN EMERGENZA-URGENZA

L'accesso agli esami endoscopici in emergenza/urgenza dovrà essere garantito mediante prenotazione telefonica effettuata dal medico del reparto richiedente.

La "prenotazione" telefonica è preferibile poiché consente di attivare rapidamente il personale del Servizio di endoscopia, che potrà così predisporre quanto necessario per la esecuzione dell'indagine in emergenza/urgenza.

Il personale infermieristico e medico di fronte ad una richiesta di esame endoscopico urgente dovrà verificarne la conformità, utilizzando

preferibilmente una specifica procedura predisposta allo scopo.

Il medico, qualora constatata la non conformità della richiesta, provvederà a richiedere al medico del reparto richiedente informazioni cliniche ulteriori.

A giudizio del medico la richiesta potrà essere accettata o respinta. Se la richiesta può essere accolta, il personale dovrà provvedere a concordare le modalità di invio del paziente (accompagnamento o meno da parte di un medico, tempi di invio, etc.).



Note

Area for handwritten notes, consisting of multiple horizontal dotted lines.



Note





Note

A series of horizontal dotted lines for taking notes.

Note





nei prossimi *fascicoli* di

ORGANIZZAZIONE

*saranno trattati
i seguenti argomenti:*



Metodologie organizzative
per l'esecuzione di EGDS,
colonscopia e ERCP



L'endoscopia d'urgenza





CODICE ARTICOLO 33050045

LA REALIZZAZIONE DI QUESTO PROGETTO EDUCAZIONALE È RESA POSSIBILE GRAZIE AL CONTRIBUTO DI

