

REPUBBLICA ITALIANA



GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REGIONE SICILIANA

PARTE PRIMA

PALERMO - VENERDÌ 18 DICEMBRE 2009 - N. 58

SI PUBBLICA DI REGOLA IL VENERDÌ

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE: VIA CALTANISSETTA 2/E - 90141 PALERMO
INFORMAZIONI TEL 7074930 - ABBONAMENTI TEL 7074926 INSERZIONI TEL 7074936 - FAX 7074927

AVVERTENZA

Il testo della Gazzetta Ufficiale è riprodotto **solo a scopo informativo** e non se ne assicura la rispondenza al testo della stampa ufficiale, a cui solo è dato valore giuridico. Non si risponde, pertanto, di errori, inesattezze ed incongruenze dei testi qui riportati, nè di differenze rispetto al testo ufficiale, in ogni caso dovuti a possibili errori di trasposizione

Programmi di trasposizione e impostazione grafica di : [Michele Arcadipane](#) - Trasposizione grafica curata da: [Alessandro De Luca](#) - Trasposizioni in PDF realizzate con Ghostscript e con i metodi [qui descritti](#)

DECRETI ASSESSORIALI**ASSESSORATO DELLA SANITA'**

DECRETO 17 novembre 2009.

Programma regionale per l'ottimizzazione delle prestazioni ambulatoriali rese dalle strutture sanitarie pubbliche ospedaliere e territoriali.

L'ASSESSORE PER LA SANITA'

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del servizio sanitario nazionale e successive modifiche ed integrazioni;

Vista la legge regionale 15 maggio 2000, n. 10;

Vista la legge regionale n. 5 del 14 aprile 2009, recante il titolo "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale";

Visto il D.P.C.M. 14 febbraio 2001, art. 4, comma 3;

Visto il decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, sul riordino della disciplina in materia sanitaria;

Preso atto dell'intesa tra Stato-Regioni del 28 marzo 2006, inerente l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriali;

Preso atto che in data 31 luglio 2007 è stato sottoscritto tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze ed il Presidente della Regione siciliana l'accordo attuativo del piano previsto dall'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

Rilevato che il predetto accordo, unitamente al piano di rientro, di riorganizzazione, di riqualificazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento del riequilibrio economico del servizio sanitario regionale, è stato approvato dalla Giunta regionale con delibera n. 312 dell'1 agosto 2007;

Preso atto che, a seguito della sopra citata delibera n. 312 dell'1 agosto 2007, l'Assessore regionale per la sanità è stato incaricato di dare esecuzione all'accordo ed al relativo piano;

Visto il decreto n. 1544 del 2 luglio 2008, relativo al "Piano di contenimento delle liste di attesa" per il triennio 2006/2008, ai sensi dell'art. 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 "Legge finanziaria 2006";

Visto il decreto n. 62 del 16 gennaio 2009, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 8 del 20 febbraio 2009, inerente il Piano regionale di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche di diagnostica di laboratorio;Visto il decreto n. 1133 del 12 giugno 2009, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 30 del 3 luglio 2009, di approvazione degli atti deliberativi dei direttori generali delle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende ospedaliere universitarie e IRCCS pubblico della Regione;

Visto il decreto n. 1150 del 15 giugno 2009 sul riordino, la rifunzionalità e la riconversione della rete ospedaliera e territoriale regionale;

Ritenuto, pertanto, di dovere adottare un "Programma regionale per l'ottimizzazione delle prestazioni ambulatoriali" rese dalle strutture sanitarie pubbliche ospedaliere e territoriali al fine di fornire alle aziende sanitarie gli indirizzi per la riorganizzazione e la rifunzionalità della rete ambulatoriale;

Decreta:

Art. 1

Per i motivi esposti in premessa, è approvato il "Programma regionale per l'ottimizzazione delle prestazioni ambulatoriali rese dalle strutture sanitarie pubbliche ospedaliere e territoriali", di cui allegato 1 che costituisce parte integrante del presente decreto.

Art. 2

Le ASP dovranno articolare ed inviare al dipartimento per la pianificazione strategica entro l'11 dicembre 2009 un proprio piano sull'ottimizzazione delle prestazioni ambulatoriali, redatto in accordo con i "provider" pubblici (aziende ospedaliere) sulla falsa riga degli indirizzi, dei contenuti e degli obiettivi indicati dal suddetto programma.

Art. 3

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana.

Palermo, 17 novembre 2009.

RUSSO

Allegato 1

PROGRAMMA REGIONALE PER L'OTTIMIZZAZIONE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI RESE DALLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE OSPEDALIERE E TERRITORIALI

Premessa

Il presente programma si prefigge di ricondurre i vari interventi di riqualificazione delle funzioni ambulatoriali avviati dalla Regione Sicilia (attesa, qualità, appropriatezza, PTA) all'interno di un unico quadro d'insieme, al fine di promuovere il reciproco rinforzo tra aree innovative "vicine" nella prospettiva di "creare sistema", cioè di raggiungere non solo obiettivi specifici delle singole aree ma anche "obiettivi di sistema".

Il programma descritto in questo documento, pertanto, fornirà una visione d'insieme tra le diverse aree, mettendo in luce le loro interconnessioni e rimandando ai programmi specifici per gli eventuali approfondimenti (decreto 2 luglio 2008 relativo al "Piano di contenimento delle liste di attesa", linee guida sulla riorganizzazione dell'attività territoriale come indicato dall'art. 12, comma 8, della legge regionale n. 5/2009, in corso di emanazione da parte dell'Assessorato regionale della sanità, decreto n. 1150/2009 sulla rifunzionalità dell'area ospedaliera).

Il quadro logico-concettuale ed i principi di fondo

Il tema "ottimizzazione" va inteso come il risultato di un insieme di azioni di miglioramento delle prestazioni ambulatoriali relative a tutte le dimensioni dell'offerta, ed in particolare a: tempestività, appropriatezza, sicurezza, economicità, personalizzazione.

Il principio-base sul quale si innesta il programma regionale è quello di garantire l'intervento "giusto" al paziente giusto (appropriatezza clinica), al momento giusto (appropriatezza temporale), nel posto giusto (appropriatezza assistenziale), erogato dal professionista giusto (appropriatezza professionale) in tempi coerenti con il grado di bisogno.

Gli obiettivi del programma regionale, coerentemente con questo principio, sono i seguenti:

- potenziare il ricorso al regime ambulatoriale, in sintonia con il piano di deospedalizzazione della Regione, incrementando i volumi di assistenza diagnostica ambulatoriale ed implementando/rafforzando l'assistenza diagnostica domiciliare per target di pazienti fragili;
- erogare prestazioni diagnostiche e specialistiche con tempi di attesa congrui ai bisogni, classificando la domanda secondo criteri di priorità e di urgenza;
- dare impulso alla riqualificazione organizzativa e professionale dei presidi ambulatoriali promuovendo un approccio evidence-based con strumenti di coinvolgimento attivo dei professionisti (audit) in una prospettiva di "documentabilità" delle performance e dei risultati.

Le strategie attuative del programma sono le seguenti:

- rivisitare il sistema erogativo in una logica sistemica e di rete intraterritoriale e ospedale-territorio, in una prospettiva di radicale riorganizzazione basata sulla centralizzazione delle funzioni più complesse all'interno degli ambulatori ospedalieri e dei PTA -presidi territoriali di assistenza previsti dalla legge regionale n. 5/2009 e basata, inoltre, sul collegamento a rete di tali "snodi hub" (1) con gli ambulatori periferici "spoke", preposti ad erogare prestazioni di minore complessità assistenziale;
- utilizzare il metodo delle "velocità differenziate", a seconda dell'indicazione clinica e dell'utilità della prestazione all'interno del processo diagnostico-terapeutico;
- individuare, negli ambiti critici per variabilità di comportamento professionale o per intensità di domanda, percorsi diagnostico-terapeutici condivisi;
- spostare risorse e tempi/operatore in favore delle prestazioni appropriate o più rilevanti per precisi bisogni assistenziali;
- responsabilizzare tutti i soggetti prescrittori (MMG, PLS, specialista territoriale ed ospedaliero).

Concentrare prioritariamente le energie del sistema sulle "prestazioni critiche"

Il riassetto generale del sistema di erogazione delle prestazioni ambulatoriali, considerata la sua complessità, deve necessariamente concentrarsi sulle "prestazioni critiche", già delineate dalla conferenza Stato-Regioni del 28 marzo 2006 ed indicate dalla Regione Sicilia con il decreto 2 luglio 2008 relativo al "Piano di contenimento delle liste di attesa", nella prospettiva di ampliare progressivamente gli interventi a tutte le aree di offerta.

Pertanto le aziende sanitarie sono chiamate a concentrare prioritariamente gli interventi su tali prestazioni, indicate nell'allegato A, potendo, comunque, integrare la lista delle priorità con ulteriori prestazioni che risultassero particolarmente critiche nei contesti locali.

Relativamente alla "Diagnostica radiologica complessa", in particolare TAC, risonanza magnetica e PET, tutte le strutture pubbliche in possesso di tali tecnologie dovranno garantire la risposta h. 24 alle richieste interne relative ai pazienti ricoverati e il funzionamento per 12 ore al giorno (8-20) per 5 giorni a settimana e per 6 ore (8-14) il sabato mattina, all'interno delle quali dovrà essere riservata un'adeguata fascia per le prestazioni da rendere ai pazienti esterni in regime ambulatoriale.

Dai dati regionali si evince, infatti, una differenza di produttività tra pubblico e privato convenzionato nell'uso delle apparecchiature complesse di diagnostica per immagini, a fronte di una domanda sempre più pressante, con tempi di attesa spesso al di fuori di standard accettabili. Dai dati epidemiologici emerge la chiara indicazione per le strutture pubbliche ad "ottimizzare le procedure, migliorando la produttività e l'efficienza, affinché, grazie ad una adeguata economia di scala, possano attestare il costo medio per prestazione ad un valore inferiore rispetto a quello del tariffario. Ciò consentirà, oltre alla concretizzazione degli attesi risparmi, di poter disporre di risorse per finanziare sviluppo e qualità" (dalla relazione al tavolo tecnico di verifica ministeriale per il piano di rientro).

Per fare fronte a tale prospettiva, le direzioni strategiche delle aziende sanitarie provinciali (ASP) e delle aziende ospedaliere (AO) dovranno individuare equilibrati strumenti di potenziamento di tali aree, ricorrendo anche ad accorpamenti utili a realizzare economie di scala e ricorrendo, inoltre, alla revisione critica dei processi interni e delle performance degli operatori attraverso audit interni che utilizzino come base gli standard indicati dalle società scientifiche di settore, quali quelli contenuti nel "Nomenclatore SIRM - SNR delle prestazioni radiologiche", che definisce accuratamente la metodologia di determinazione dei volumi di attività e della produttività dei medici radiologi, o come quelli contenuti nel documento "Modello per la determinazione dei carichi di lavoro e della produttività dei TSRM", a cura della Federazione nazionale colleghi TSRM, che propone un metodo di analisi della produttività dei tecnici di radiologia medica).

Le direzioni strategiche delle ASP e delle AO dovranno effettuare il costante monitoraggio e le verifiche dell'andamento del quadro di offerta della diagnostica radiologica complessa, utilizzando, ove necessario, strumenti previsti dalle norme e dagli accordi di lavoro in materia di incentivazione/disincentivazione (fino alla mancata erogazione degli incentivi, alla valutazione negativa dei dirigenti, alla perdita della complessità della struttura) per le strutture che permanessero su livelli di inaccettabile inefficienza.

Per le prestazioni specialistiche ambulatoriali di diagnostica per immagini e per le branche a visita le ASP e le AO potranno, inoltre, fare riferimento al documento "Modalità di esecuzione nomenclatore delle prestazioni specialistiche ambulatoriali territoriali" pubblicato da SIMS e SUMAI ed attraverso audit interni pervenire alla definizione di standard medi prestazionali che permettano di individuare e di migliorare le aree critiche.

Su tema delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, si rimanda, inoltre, alle "Linee guida territoriali sulla riorganizzazione dell'attività territoriale" come indicato dall'art. 12, comma 8, della legge regionale n. 5/2009 - in corso di emanazione da parte dell'Assessorato regionale della sanità" -, nelle quali vengono definiti gli assetti organizzativi dei distretti e dei PTA - presidi territoriali di assistenza.

Come in esse indicato, il piano attuativo dei PTA, che dovrà essere articolato dalle direzioni strategiche delle nuove ASP, dovrà tendere a concentrare i servizi nei presidi centrali ma allo stesso tempo, in particolare per alcuni servizi essenziali, quali la specialistica di base, dovrà mantenere l'indispensabile capillarizzazione delle prestazioni per garantire equità distributiva nel territorio.

I PTA, quindi, devono essere intesi come "presidi centralizzati", nei quali il cittadino potrà trovare il massimo livello di erogazione delle prestazioni territoriali, anche di natura diagnostica complessa (presidi di tipo "hub") (2). A questi ultimi si collegheranno i presidi ambulatoriali periferici (presidi di tipo "spoke"), che fungeranno da "servizi decentrati" periferici, ai quali i cittadini potranno accedere direttamente per la presentazione delle domande di intervento, trovando risposta in loco o nel presidio centralizzato per le funzioni non disponibili in periferia. In tale direzione, il processo di informatizzazione avviato dall'Assessorato regionale della sanità potrà pienamente sofferire alle distanze geografiche ed alla separazione dei servizi.

Per quanto riguarda le prestazioni dei laboratori, per le quali dovrà essere garantito l'accesso diretto senza necessità di prenotazione, le direzioni strategiche delle ASP, sulla base delle indicazioni fornite dal decreto n. 1133/2009 sulla rete dei laboratori pubblici, dovranno rivisitare criticamente la rete laboratoristica della ASP alla luce dei nuovi accorpamenti ospedale-territorio generatisi dal 1° settembre 2009, concentrando l'esecuzione degli esami nei laboratori centrali (CA) (3), adeguatamente rinforzati, e disseminando, sulla base delle necessità del territorio, i "pp" (punti prelievo) o gli eventuali "p+a" (punti prelievo con "poc", point of care testing) (4), questi ultimi nel caso di particolari esigenze di collegamento con i punti di primo intervento (denominati PTE - punti territoriali di emergenza nelle norme regionali).

I laboratori centralizzati, rispetto alla situazione antecedente al costituirsi della rete laboratoristica, permetteranno l'effettuazione dei prelievi per qualsiasi esame, anche complesso, in qualunque pp o p+a periferico, evitando in tal modo che il paziente debba spostarsi per gli esami di maggiore complessità. Il necessario collegamento a rete tra i laboratori centrali ed i punti prelievi periferici dovrà permettere anche la tempestiva restituzione dei risultati in periferia. In tale prospettiva le direzioni strategiche dovranno prioritariamente predisporre, laddove inesistente o debole, il collegamento informatico del laboratorio centrale con i diversi pp o p+a, in modo da garantire standard di ritorno dei risultati coerenti con il bisogno assistenziale dei pazienti e compatibili con i tempi di esecuzione degli esami.

Rivisitare criticamente le modalità di accesso a tutte le prestazioni diagnostiche ed alle visite specialistiche e garantire accessi e percorsi facilitati ai pazienti fragili

Nell'allegato A del documento di accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002 è stato definito un elenco di criteri a cui le articolazioni organizzative del SSN devono attenersi nello stabilire l'ordine di priorità con il quale garantire l'erogazione di prestazioni ambulatoriali e di ricovero che non rivestono carattere di urgenza. Tra i temi affrontati nel documento Stato-Regioni, al punto 2) sono riportate una serie di indicazioni generali sui criteri di priorità cliniche, e, tra questi, gli elementi presi in considerazione sono rappresentati da:

- 1) severità del quadro clinico (incluso il sospetto diagnostico);
- 2) prognosi (quoad vitam, o quoad validudinem);
- 3) tendenza al peggioramento a breve;
- 4) presenza di dolore e/o di deficit funzionale;
- 5) implicazioni sulla qualità di vita;
- 6) casi particolari che richiedono di essere trattati in un tempo prefissato;
- 7) speciali caratteristiche del paziente che possono configurare delle eccezioni, purchè esplicitamente dichiarate dal medico prescrittore.

Ne consegue che, per applicare il metodo delle "velocità differenziate" a seconda dell'indicazione clinica e dell'utilità della prestazione, è necessario differenziare la richiesta di prestazioni secondo i seguenti criteri di priorità:

- prestazione di emergenza-urgenza = va sempre indirizzata in pronto soccorso;
- prestazione di tipo U (urgente) (5) = entro 24-48 ore, come indicato dal progetto Mattoni;
- prestazione di tipo B (breve) = entro 10 giorni;
- prestazione di tipo D (differibile) = entro 30 giorni;
- prestazione di tipo P (programmata) = prestazione programmata (vedi tempi massimi in allegato).

713005 40068435008

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA

Esame di imaging proposto

Reale condizione clinica del paziente, con sintetiche notizie clinico anamnestiche utili (tempo di insorgenza, lato, anamnesi neoplastica e di precedenti interventi chirurgici, traumi, fratture, etc.)

U B D P

Per le prestazioni di laboratorio, come già detto, dovrà essere garantito l'accesso diretto, senza necessità di prenotazione.

A fianco si mostra un modello di richiesta nel quale viene evidenziata l'area in cui va biffata la priorità della prestazione (la mancata biffatura comporterà l'assegnazione della priorità P).

Sulla richiesta il medico prescrittore dovrà fornire tutti gli elementi clinico-anamnestici utili a motivare il grado di priorità. Il referto con il risultato dell'esame dovrà essere consegnato all'utente, o ad un suo delegato autorizzato, secondo la seguente tempistica: nel caso di priorità U, lo stesso giorno della prestazione, per gli altri livelli di priorità entro 3 giorni.

Per evitare un uso non appropriato di questa modalità, dovrà essere effettuata un'analisi dell'appropriatezza prescrittiva con controlli mirati e dovrà essere redatta una specifica reportistica (6).

Le modalità prescrittive delle prestazioni saranno, comunque, oggetto di confronto nei tavoli di concertazione regionali con i MMG ed i PLS.

In tutti gli ambulatori, territoriali ed ospedalieri, dovrà, inoltre, essere garantita una procedura di accesso facilitato (7), riservata esclusivamente a target mirati di pazienti, quali i pazienti curati a domicilio ed i soggetti portatori di disabilità. La richiesta di accesso facilitato va effettuata tramite un contatto diretto del medico prescrittore con il CUP o tramite la motivazione dell'accesso facilitato redatta dal MMG o PLS su ricettario bianco, allegata alla richiesta di prestazione redatta su ricetta del SSN (sulla quale il medico prescrittore dovrà apporre anche il proprio numero di cellulare per eventuali contatti).

Considerato, infine, che le patologie croniche costituiscono una vera sfida per il sistema assistenziale, per la loro diffusione, per i loro costi gestionali e per il loro impatto sulla qualità della vita dei pazienti e dei familiari, nei poliambulatori distrettuali, come indicato nelle linee guida di riorganizzazione dell'attività territoriale (su PTA, cure primarie) di prossima emanazione per conto dell'Assessorato regionale della sanità, alla "porta d'ingresso" del PTA e più in generale nei poliambulatori più grandi dovrà essere allocato uno "sportello dedicato ai pazienti con patologia cronica" (8), finalizzato a facilitare l'accesso a questo target di pazienti, a garantire l'esecuzione di più prestazioni in un unico accesso ed a fornire una risposta esaustiva ai bisogni complessi del singolo paziente.

Come indicato dalle citate linee guida di riorganizzazione dell'attività territoriale, nei poliambulatori territoriali potranno essere costituite delle "unità funzionali multiprofessionali integrate", cioè veri e propri team specialistici multiprofessionali e multidisciplinari, integrati dalle professionalità infermieristiche ed in rapporto stabile con i MMG ed i PLS che hanno in carico i pazienti affetti da patologia cronica.

Questi team opereranno in piena integrazione con i MMG/PLS attraverso l'organizzazione di ambulatori dedicati per patologia (ambulatorio scompenso, ambulatorio diabete, etc.), la cui cadenza settimanale potrà essere organizzata sulla base della domanda emergente e delle esigenze dell'agenda del poliambulatorio, all'interno di programmi di gestione integrata tra MMG/PLS, specialisti ed infermieri distrettuali.

La riqualificazione della funzione infermieristica è un'ulteriore chiave di volta per la riorganizzazione e la riqualificazione delle funzioni territoriali, in particolare per la gestione dei pazienti cronici. Le figure infermieristiche, oltre a dare un contributo sostanziale nella gestione integrata e nelle unità funzionali multiprofessionali integrate precedentemente citate, saranno chiamate a riorganizzare le proprie attività attraverso la gestione di "ambulatori infermieristici" (9) ed a fornire contributi specifici ai percorsi assistenziali dei pazienti affetti da patologia a lungo termine. In tale ambito, infatti, le parole d'ordine emergenti sono quelle di "deospedalizzare" e di "demedicalizzare" la cura dei pazienti.

La letteratura scientifica è ricca di significative esperienze di educazione del paziente (e dei caregiver familiari) all'autogestione (self care), di organizzazione di tipo care e case-management, di follow-up infermieristico (anche telefonico) autonomo all'interno di piani di cura condivisi con i medici. Vi è unanime accordo, nelle esperienze più consolidate, sui risultati che tali strumenti sono in grado di generare anche sul versante dell'economicità e non solo dell'efficacia e del complessivo miglioramento della qualità di vita dei pazienti.

Per una gestione efficace ed efficiente delle prenotazioni e degli accessi si rende necessario la creazione di un sistema composto da centri unici di prenotazione provinciali collegati ad un CUP regionale.

Il CUP provinciale dovrà prevedere:

- la gestione delle agende di prenotazione, differenziate per prima visita, controlli, screening, libera professione intramuraria, ecc.;
- la prenotabilità di tutte le prestazioni ambulatoriali erogate dalle strutture;
- l'apertura continua delle liste;
- calendari di prenotazione scaglionati secondo la tempistica della prestazione, per evitare che il paziente sia costretto a lunga sosta nelle sale di attesa prima dell'effettuazione della prestazione;
- le modalità per la valutazione del "prenotato non erogato" al fine di stabilire percentuali di ricorso all'overbooking.

Le agende di prenotazione non devono essere soggette a variazioni impreviste, ma devono essere strutturate sulla base di una pianificazione che tenga conto delle ferie o di altre assenze del personale.

Al fine di soddisfare il fabbisogno informativo per analisi, valutazioni, progettazione e gestione del sistema in merito alle prestazioni ambulatoriali, si rende necessario lo sviluppo di un sistema informativo specifico che possa contemplare i seguenti dati:

- data di prescrizione della prestazione;
- classe di priorità;
- tipo di accesso (prima visita o visita di controllo);
- data di contatto o di prenotazione;
- data di prima disponibilità di erogazione;

- scelta dell'utente;
- data assegnata;
- data di erogazione;
- data di refertazione (la data in cui lo specialista predispone il referto);
- numero di persone in attesa ad un giorno indice per le varie modalità della prestazione (prima visita, controlli, screening, libera professione intramuraria ecc.), che risultano, cioè, registrate presso le agende nel momento della rilevazione;
- tempo minimo di attesa (la potenziale disponibilità di prenotare);
- tempo massimo di attesa (valore più alto, espresso in giorni, registrato per agenda).

Il CUP regionale dovrà integrare le disponibilità delle agende di prenotazione dei CUP delle aziende sanitarie e ospedaliere collegate al sistema e dovrà permettere di acquisire on line le richieste di prestazioni specialistiche prescritte e inoltrate da MMG (medici di medicina generale) e PLS (pediatri di libera scelta). Esso potrà permettere di:

- prenotare visite specialistiche e controlli diagnostici su tutte le aziende;
- razionalizzare e sveltire la ricerca di strutture in grado di erogare prestazioni sanitarie nei tempi richiesti;
- ottimizzare l'offerta di prestazioni sanitarie;
- contenere il fenomeno delle liste di attesa;
- ottenere in tempi rapidi elementi per l'analisi dei comportamenti degli utenti in merito alle prenotazioni.

Rivisitare criticamente le performance clinico-assistenziali per la disseminazione di buone pratiche evidence-based

Si è detto in premessa che il principio-base sul quale si innesta il programma regionale per l'ottimizzazione delle prestazioni ambulatoriali è quello di garantire l'intervento "giusto" al paziente giusto (appropriatezza clinica), al momento giusto (appropriatezza temporale), nel posto giusto (appropriatezza assistenziale), erogato dal professionista giusto (appropriatezza professionale) in tempi coerenti con il grado di bisogno.

Senza entrare nel merito della trattazione specifica di questo tema, che esulerebbe dal taglio operativo del presente documento, appare opportuno, però, sottolineare l'importanza di questo processo per garantire risultati di efficienza, legati sia all'appropriatezza del setting, sia all'appropriatezza prescrittiva, risultati di efficacia documentabile, legati alla riduzione della frequente variabilità nella gestione clinica dei pazienti, ed infine risultati in termini di sicurezza del paziente, legati alla riduzione delle pratiche superflue.

Un valore aggiunto da considerare nei processi di rivisitazione critica delle performance è, inoltre, quello della generazione di apprendimento per i professionisti attraverso la condivisione del sapere, l'analisi delle evidenze scientifiche e la loro assunzione nella pratica quotidiana.

In ragione di ciò, il tema dell'"appropriatezza", all'interno del programma regionale per l'ottimizzazione delle prestazioni ambulatoriali, sarà sviluppato attraverso la costituzione di "panel regionali o aziendali" multiprofessionali, mirati all'approfondimento di specifici temi, che, attraverso le tecniche di audit e l'uso degli strumenti dell'evidence-based medicine mettano a punto "protocolli" sulle prestazioni a più elevato rischio di inappropriata ed a maggiore variabilità comportamentale e producano "raccomandazioni" di buona pratica clinico-assistenziale (non solo diagnosi e terapia, quindi, ma anche "processo assistenziale").

La logica delle "raccomandazioni di buona pratica clinica" si basa sull'analisi delle evidenze scientifiche, sottoposte poi, attraverso l'audit (10), ad un processo di contestualizzazione, supportato dall'analisi dei dati locali, che si traduca nell'adozione di "buone pratiche" evidence-based, monitorabili tramite indicatori, la cui concreta applicazione può realizzarsi nei contesti aziendali attraverso il metodo dei "percorsi assistenziali".

Impegni delle aziende sanitarie entro il 2009

Le ASP dovranno articolare ed inviare al dipartimento di pianificazione strategica entro l'11 dicembre 2009 un proprio piano sull'ottimizzazione delle prestazioni ambulatoriali, redatto in accordo con i "provider" pubblici (aziende ospedaliere) sulla falsa riga degli indirizzi, dei contenuti e degli obiettivi indicati nel presente documento.

(1) Il modello hub and spoke è un modello generalmente utilizzato per la gestione di patologie acute ma è concettualmente mutuabile anche in qualunque caso di riorganizzazione e di rifunzionalizzazione, in un'ottica sistemica, di strutture con diverso grado di complessità assistenziale e tecnologica. Esso è caratterizzato dalla concentrazione dei casi più complessi in centri specializzati (hub), che hanno una casistica tale da garantire indubbi standard di qualità dell'assistenza. Il trattamento della casistica meno complessa è gestito in centri periferici (spoke) strettamente integrati funzionalmente con i centri hub.

(2) Il potenziamento tecnologico dei poliambulatori distrettuali sta alla base della riqualificazione del territorio ed è uno strumento in grado di fornire un adeguato contributo per contrastare la centralità dell'ospedale anche per la gestione delle condizioni di non-acuzie. Questo potenziamento va calibrato rispetto alle reali caratteristiche del territorio (limiti e potenzialità presenti, domanda effettiva) e dovrà prevedere l'esistenza di condizioni strutturali e organizzative che permettano, ove possibile, l'uso anche di tecnologie avanzate. I direttori generali delle ASP effettueranno un'analisi attenta al fine di articolare un piano specifico degli investimenti in quest'area.

(3) Centro analisi, cioè laboratorio completo, con panel di esami coerente con i fabbisogni assistenziali del contesto di sua allocazione.

(4) Per "pocit" si intende un insieme di analisi che possono essere eseguite vicino al paziente (near patient testing). Si intende, quindi, un'attività di analisi di "tipo B" come da nomenclatore tariffario regionale, cioè un panel di esami, in genere ristretto anche solo per le urgenze, che fa riferimento al laboratorio CA per tutto il resto.

(5) Si rende opportuno che le agende degli specialisti e dei servizi di diagnostica ambulatoriale prevedano la possibilità di accessi urgenti, da eseguire anche entro 24-48 ore come indicato dal programma nazionale Mattoni-Attesa, quando richiesti in modo motivato e documentato dai MMG/PLS o da altro specialista.

(6) Su questo tema appare utile citare l'esperienza condotta dagli ultimi anni presso l'ASP di Ragusa, che ha utilizzato, in questo processo di trasformazione da un sistema cronologico di prenotazione ad un sistema di prenotazione per priorità, lo strumento dei RAO (raggruppamenti di attesa omogenei), già sperimentati in campo nazionale e sui quali esistono degli specifici manuali concordati tra MMG/PLS, specialisti e medici di distretto.

(7) L'accesso facilitato implica non solo una maggiore tempestività nella prenotazione, se necessaria, ma anche un "percorso privilegiato" interno sulla base delle esigenze del caso clinico.

(8) Su questo tema appare utile citare l'esperienza dell'ASP di Palermo, che da due anni ha aperto uno sportello dedicato al paziente con diabete Mellito in due distretti.

(9) Esistono vari tipi di ambulatorio infermieristico: oltre quello "generico" (che si occupa di medicazioni, prelievi, rimozione punti di sutura, terapie inietive e infusionali), esistono esperienze di ambulatori infermieristici specializzati su varie patologie (diabete, scompenso, stomie, etc.).

(10) La definizione di "clinical audit" data dal NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (NICE, 2002) è quella di un processo di miglioramento dell'assistenza al paziente e degli esiti attraverso una revisione sistematica dell'assistenza sulla base di specifici criteri ed attraverso l'implementazione delle modifiche effettuate. Aspetti strutturali, processi ed esiti vengono selezionati e valutati sistematicamente e, ove indicato, le modifiche vengono implementate a livello individuale, di team, di struttura, utilizzando un sistema di monitoraggio per verificare l'effettivo miglioramento dell'assistenza.

[Cliccare qui per visualizzare gli allegati in formato PDF](#)

(2009.46.2978)102

[Torna al Sommario](#) 

MICHELE ARCADIPANE, *direttore responsabile*
FRANCESCO CATALANO, *condirettore*

MELANIA LA COGNATA, *redattore*

Ufficio legislativo e legale della Regione Siciliana

Gazzetta Ufficiale della Regione

Stampa: Officine Grafiche Riunite s.p.a.-Palermo

Ideazione grafica e programmi di Michele Arcadipane

Trasposizione grafica curata da Alessandro De Luca

Trasposizioni in PDF realizzate con Ghostscript e con i metodi [qui descritti](#)

[Torna al menu](#) 