



“STRUTTURA E ORGANIZZAZIONE FUNZIONALE DELLA CARDIOLOGIA”

Firenze, 30 Maggio 2008

Appropriatezza Clinica Strumentale e Strutturale e Liste di Attesa

Coordinatori:

F. Bovenzi

P. Marino

Paolo Marino

Zoran Olivari

Michele Gulizia

Igino Genuini

Riccardo Guglielmi

Biagio Fimiani

Wanda Acampa

Pantelo Giannuzzi

Fabio Zacà

Antonio Mantero

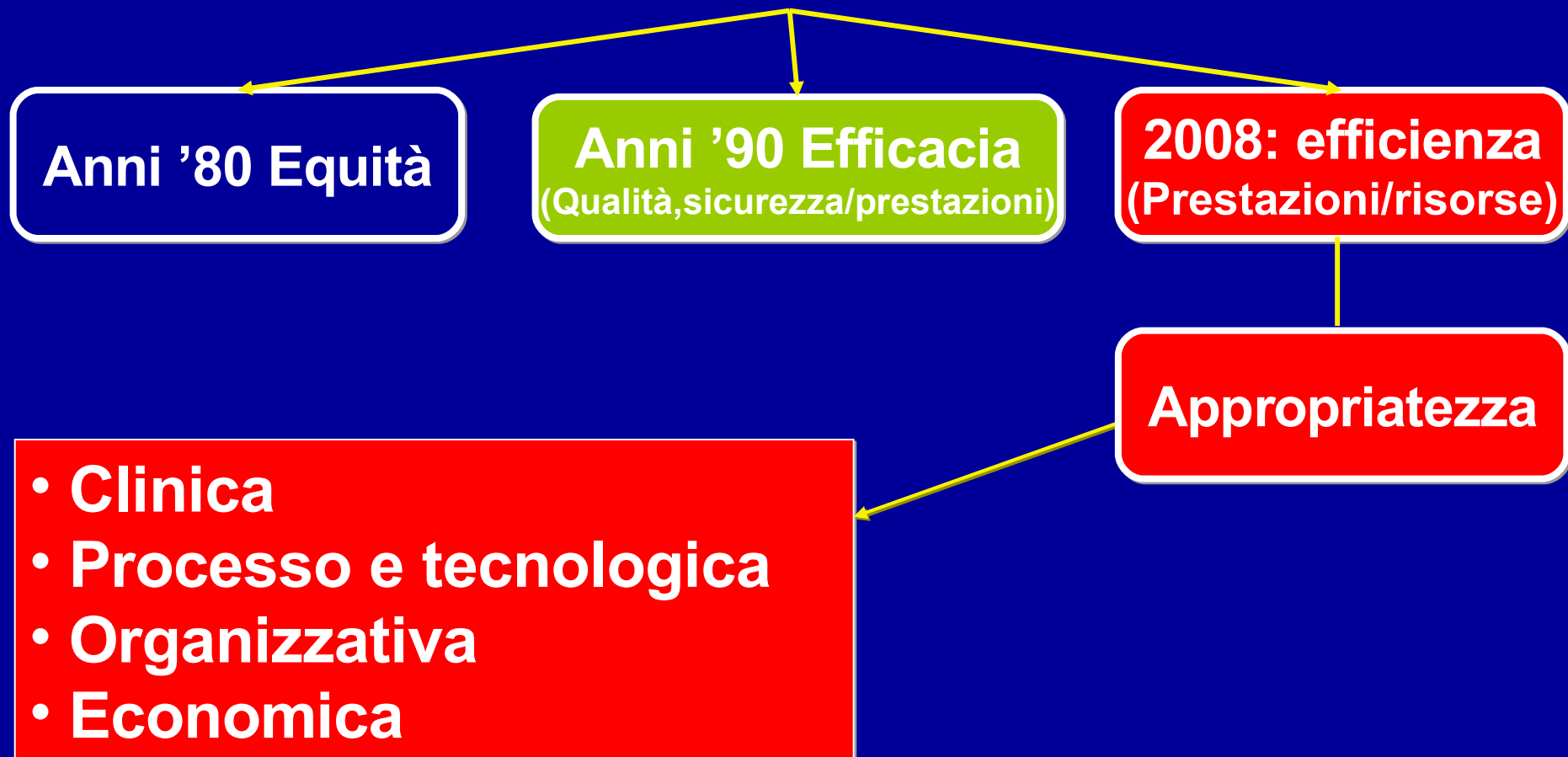
Vincenzo Cirrincione

Cesare Fiorentini

Enrico Chiappa

Leonardo Paloscia

I principi ispiratori del Sistema sanitario



L'APPROPRIATEZZA deriva dal rapporto tra la probabilità che l'intervento produca un effetto positivo rispetto a quello che produca effetti negativi

*Da: Muir Gray "L'assistenza sanitaria basata sulle prove.
1° edizione 1997*

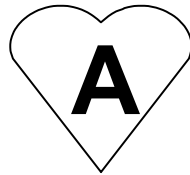
Si definisce **APPROPRIATA** una procedura se i benefici da essa derivanti superano i rischi ad essa connessi con una probabilità tale da renderla preferibile alle possibili alternative

Kahan JP, Bernstein SJ, Leape LL et al: Measuring the necessity of medical procedures. Med Care 1994;32:357-365

Servizi ricevuti

Servizi non ricevuti

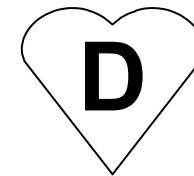
Servizi
necessari



B

Servizi
non
necessari

C



A e D: appropriatezza

C: sovrautilizzo

B: sottoutilizzo

EVITARE

Restuccia et al “Unnecessary utilization of health care services:
A comparative analysis of appropriateness of hospital use”
Health Affairs 1989; 79-88

PROBLEMATICHE DELLE LISTE DI ATTESA

& il carico del lavoro ospedaliero

- 1. Crescenti richieste specialistiche**
- 2. Disomogeneità delle prestazioni erogate (LEA)**
- 3. Pressione territoriale su strutture ospedaliere**
- 4. Carichi di lavoro e difficoltà organizzative**
- 5. Costi globali ambulatoriali e peso del budget**
- 6. Tempi di attesa generano insoddisfazione del cittadino che incrina fiducia, appartenenza, fidelizzazione**
- 7. Complessa normativa nazionale e regionale (numerose delibere aziendali)**
- 9. Mancato accreditamento del lavoro negli Ospedali (risorse umane)**

MODELLO INCENTRATO SULL' OFFERTA DI PRESTAZIONI CITTADINO



I determinanti della domanda

1. Incremento di richieste	Aumento della fascia degli anziani Ampliamento delle indicazioni per certe patologie Maggiore disponibilità delle tecnologie
2. Incremento di richieste improprie	Molti esami danno un esito negativo Molti di questi molti risultano inappropriati Molti referti non ritirati Molti occupano la prenotazione e non si presentano
3. Eccessivo carico della “domanda” sulla struttura pubblica	➤ fiducia del cittadino nei confronti del Servizio Pubblico ➤ gradimento verso certi servizi ➤ fenomeni di autoreferenzialità
4. Cattiva distribuzione della “domanda”	➤ Disomogeneità nel sistema di prenotazione (inadeguatezza del CUP) ➤ disomogeneità organizzativa tra le diverse strutture ➤ Diversa produttività quindi variabilità di “offerta” da parte dei servizi diagnostici

PROPOSTA DI MODELLO INCENTRATO SUL GOVERNO DELLA DOMANDA



PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

CLASSI DI PRIORITA' DI ACCESSO

- **Classe A:** urgenza con priorità entro 72 ore (urgente)
- **Classe B:** entro un mese con il criterio del primo accesso (visita o visita ed ECG). Lo specialista stesso si fa poi carico di ogni ulteriore richiesta di prestazioni che richiede direttamente tramite il CUP di 2° livello.
- **Classe C:** ordinaria (routine e controllo)

- **URGENZE NELLE 72 ORE**

viene definita urgente quella prestazione di diagnostica strumentale o di visita specialistica relativa ad un malattia in fase acuta per la quale il prescrittore valuta che la mancata esecuzione della stessa nell'arco delle 72 ore comporti un peggioramento del quadro patologico e/o pregiudichi l'evoluzione del piano terapeutico. Si è superato il concetto delle 24 ore, perché prestazione considerabile, in relazione all'urgenza clinica, da Pronto Soccorso.

Sulla prescrizione, inoltre, deve essere indicata la modalità di accesso

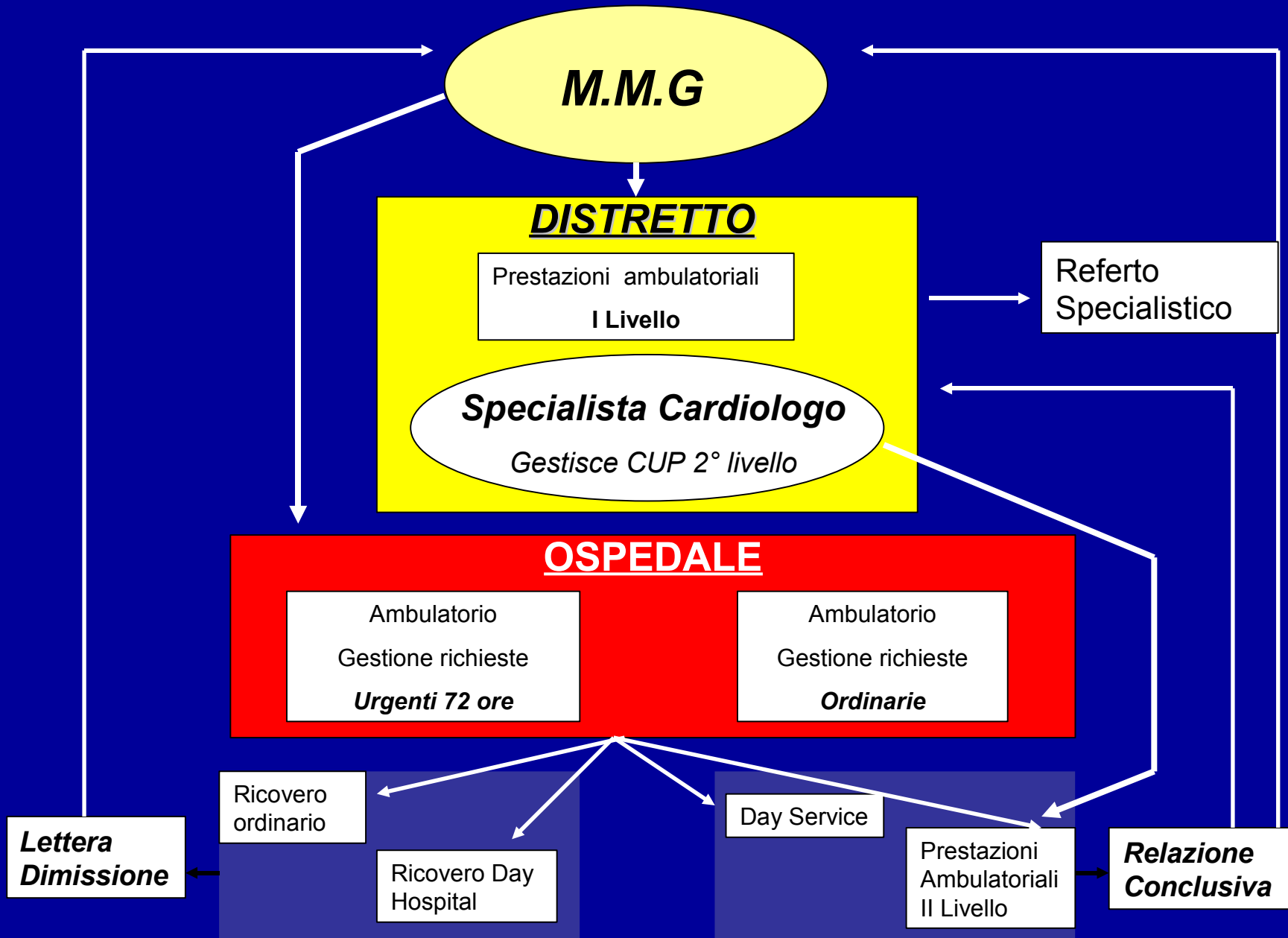
(urgenza, primo accesso, ordinaria)

Nuovi modelli organizzativo-gestionali

Il Day Service

- **Modello di gestione organizzativa che facilita e semplifica il percorso ambulatoriale con l'obiettivo della "presa in carico" del paziente**
- **L'accesso alle strutture ambulatoriali avviene sulla base di un quesito clinico complesso in genere indicato dal M.M.G.**
- **Lo specialista ospedaliero elabora un pacchetto di prestazioni ambulatoriali, scelte obbligatoriamente dal Nomenclatore Tariffario , concentrate possibilmente in un numero limitato di accessi al fine di risolvere in breve tempo il quesito clinico originario**
- **Il cittadino non esente è tenuto al pagamento del ticket**

PROPOSTA DI CIRCUITO GESTIONALE - ORGANIZZATIVO



Obiettivi in pillole della programmazione sanitaria in tema di Appropriatelyzza e Liste d'attesa

- **Sviluppare un sistema di indicatori pertinenti e applicazione dei LEA, in termini di indicatori di appropriatezza e di tipologia di prestazioni.**
- **Monitorare e rendere pubblici i tempi di attesa per le prestazioni appropriate guidate da CUP**
- **Attivare CUP di secondo livello e il Day service pianificato e condiviso con MMG**
- **Promuovere protocolli di appropriatezza**