

Il Direttore Generale
Leonida Grisendi

TIPO ANNO NUMERO

REGIONE EMILIA-ROMAGNA: GIUNTA

PG.2009. 0186526

del 20/08/2009



Ai Direttori Generali
Ai Direttori Sanitari
delle Aziende Sanitarie
della Regione Emilia Romagna

Ai Direttore Generale
Ai Direttore Sanitario
degli I.I.OO.Rizzoli

e p.c. Ai Direttori di Distretto
Ai Responsabili di Presidio Ospedaliero
Ai Direttori di Dipartimento di Cure
Primarie

Circolare n. **13**

Ai Referenti del Sistema Informativo della
Specialistica Ambulatoriale

Ai Referenti Organizzativi della
Specialistica Ambulatoriale

delle Aziende Sanitarie
della Regione Emilia Romagna

OGGETTO: Prime indicazioni operative DGR n° 1035/2009: Strategia regionale per il miglioramento dell'accesso ai servizi di specialistica ambulatoriale in applicazione della DGR 1532/2006.

Si invia la circolare in oggetto che contiene utili indicazioni ai fini dell'adempimento di quanto previsto dalla Delibera di Giunta Regionale in oggetto, il cui contenuto vi è stato ampiamente illustrato in vari incontri con questa direzione.

Ringraziando per la collaborazione, si inviano cordiali saluti.

Leonida Grisendi

Eugenio Di Rusco
Eugenio Di Rusco

40127 Bologna - Viale Aldo Moro, 21
Tel. 051/5277319-20 Fax 051/5277062

e-mail: segdistrettisan@regione.emilia-romagna.it

a uso interno DP

ANNO	NUMERO	INDICE	LIV.1	LIV.2	LIV.3	LIV.4	LIV.5	ANNO	NUMERO	SUB
		3460	600	70	40	30		2009	5	

**Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale,
Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari**

Il Responsabile del Servizio

Antonio Brambilla

Servizio Presidi Ospedalieri

Il Responsabile del Servizio

Eugenio Di Ruscio

TIPO ANNO NUMERO
Reg. pg | 2009 |
del

REGIONE EMILIA-ROMAGNA: GIUNTA

PG.2009. 0186526

del 20/08/2009

Circolare n. **13**.....



OGGETTO: Prime indicazioni operative DGR n° 1035/2009: Strategia regionale per il miglioramento dell'accesso ai servizi di specialistica ambulatoriale in applicazione della DGR 1532/2006.

La Delibera n. 1035/2009: "Strategia regionale per il miglioramento dell'accesso ai servizi di specialistica ambulatoriale in applicazione della DGR 1532/2006", di recente adozione, è un provvedimento di forte impatto che sviluppa e accentua le politiche iniziate in Regione Emilia Romagna sin dal 1999 (politiche e regole per l'accesso ai servizi, perfezionamento della rete di offerta, individuazione di modalità organizzative innovative per la presa in carico del cittadino quali il day-service, etc.) e che hanno trovato riconoscimento anche a livello nazionale, all'interno dell'accordo Stato-Regioni del 2006 per il Piano Nazionale Contenimento Tempi di Attesa, che definiva regole comuni relativamente alle modalità di accesso ai servizi della specialistica ambulatoriale.

La delibera, come è stato ripetutamente sottolineato negli incontri preparatori tra questo assessorato e le SS.LL., ha tra le sue caratteristiche più rilevanti non tanto l'individuazione di uno strumento specifico che consenta di per sé la riduzione delle liste d'attesa, ma piuttosto la definizione di un quadro di governo dell'assistenza specialistica ambulatoriale che si giova della coerenza delle azioni gestionali, a livello aziendale, provinciale, di area vasta e regionale.

In questo quadro sono chiamati a partecipare i professionisti, che devono essere in grado di adeguare i loro comportamenti prescrittivi e le loro capacità di individuazione dei percorsi diagnostico-terapeutici ai bisogni della popolazione e alle evidenze disponibili in letteratura; le direzioni aziendali, e in primis le direzioni sanitarie, che devono garantire che il processo di stima del fabbisogno, di correzione dell'inappropriatezza, di erogazione delle prestazioni, sia progettato e monitorato coerentemente ai principi del governo clinico cui sono ispirati gli atti aziendali; le CTSS e le forme organizzate della società civile in fase di approvazione, controllo e orientamento delle azioni messe in campo dalle aziende.

Lo sviluppo e il pieno dispiegamento delle potenzialità di questo quadro organizzativo e delle sue modalità di funzionamento costituiscono una sfida importante e decisiva per il nostro Servizio Sanitario Regionale, per le ragioni che sono riportate nei primi paragrafi dell'allegato 1 della delibera e che costituiscono pertanto un vero e proprio banco di prova di un assetto organizzativo per molti versi originale e che si ritiene in grado di coniugare gli aspetti tecnici della sanità pubblica con quelle del diritto dei cittadini a utilizzare servizi sanitari efficaci, efficienti e di qualità.

40127 Bologna - Viale Aldo Moro, 21

Tel. 051/5277319-20 Fax 051/5277062

e-mail: segrdistrettisan@regione.emilia-romagna.it

ANNO		NUMERO	INDICE	LIV.1	LIV.2	LIV.3	LIV.4	LIV.5	ANNO	NUMERO	SUB
a uso interno	DP		Classif.	3460	600	70	40	30	2009	5	

Tali obiettivi generali, che devono essere ben presenti e adeguatamente comunicati in modo da orientare le scelte locali che devono essere compiute, vanno messi in relazione con le scadenze previste dalla delibera.

Come è noto, entro il 20 ottobre pv devono essere inviati a questa Direzione i programmi aziendali secondo le caratteristiche definite in delibera. Poiché questi coinvolgono la pianificazione della produzione ambulatoriale che nella fisiologia dei sistemi di programmazione e controllo aziendali viene demandata al processo di budget, che normalmente si conclude prima della fine dell'anno solare, è evidente che le SS.LL. debbano garantire che i Collegi di Direzione siano precocemente coinvolti, fin dalla ripresa delle attività dopo la pausa estiva, in relazione al fabbisogno individuato a livello aziendale e distrettuale, nella individuazione delle aree di maggiore inappropriata, nella programmazione e modulazione della produzione ambulatoriale.

Al fine di garantire omogeneità nei tempi e nei modi dell'attuazione della delibera, è prevista, nella seconda metà di settembre, la prima riunione del tavolo di coordinamento regionale con i gruppi di area vasta. Poiché la delibera prevede che il Direttore Generale dell'assessorato costituisca con proprio atto il gruppo di monitoraggio regionale del quale fanno parte un direttore sanitario e un direttore di distretto per ogni area vasta, **i coordinatori delle stesse comunicheranno a questo assessorato i nominativi individuati entro il 7 settembre pv.**

- **Prime indicazioni sui temi indicati in delibera**

- 1. date di attuazione**

Per tutte le disposizioni per le quali non sia esplicitamente prevista una scadenza nel testo o negli allegati della delibera, la data in cui hanno effetto è un mese dopo la pubblicazione della delibera sul Bollettino Ufficiale della regione Emilia-Romagna

- 2. pronto soccorso**

La delibera identifica le seguenti condizioni di esenzione:

- Prestazioni erogate nell'ambito dell'OBI (situazioni cliniche che necessitano di un iter clinico, diagnostico e terapeutico di norma non inferiore alle 6 ore e non superiore alle 24), anche quando tale forma di assistenza non sia formalizzata, ma comunque effettivamente praticata all'interno del Pronto Soccorso;
- Prestazioni seguite da ricovero;
- Prime prestazioni riferite a evento traumatico con accesso al Pronto Soccorso entro 24 ore dall'evento;
- Prestazioni riferite a evento traumatico con accesso al Pronto Soccorso oltre 24 ore dall'evento nei casi in cui, contestualmente, si dia corso ad un intervento terapeutico;
- Prestazioni riferite ad avvelenamenti acuti;
- Prestazioni erogate a soggetti di età inferiore a 14 anni;
- Prestazioni riferite a Infortuni sul Lavoro;
- Prestazioni erogate per accessi al Pronto Soccorso richiesti formalmente dal Medico di Medicina Generale o Pediatra di libera scelta, dal Medico di Guardia Medica o da un medico di altro Pronto Soccorso;
- Prestazioni riferite a soggetti esenti ai sensi della normativa vigente;
- Prestazioni riferite agli Stranieri Temporaneamente Presenti (STP) qualora indigenti ed ai sensi della normativa di settore.

E' opportuno precisare, rispetto all'Osservazione Breve e Intensiva, che l'esenzione di partecipazione alla spesa non può dipendere dall'effettiva durata di osservazione, ma deve dipendere dall'attivazione dell'OBI come modalità di assistenza. Il livello di severità delle condizioni che si ritengono idonee ad essere assistite in OBI determina infatti la decisione del medico di ammettere il paziente in tale struttura. Un errore di valutazione o una

eventuale risoluzione della problematica sanitaria in un tempo inferiore al tempo minimo indicato nella delibera di istituzione dell'OBI (6 ore), non declassifica l'assistenza a intervento ambulatoriale. Viceversa, un'assistenza inizialmente pensata di tipo ambulatoriale, che nel corso del processo assistenziale si dimostri inadeguata può essere riclassificata ad OBI. Poiché alcune realtà considerano come ora di inizio dell'OBI la data e ora di valutazione da parte del triage a differenza di altre realtà che considerano come inizio la data e ora di valutazione del paziente da parte del medico di PS, al fine di omogeneizzare il trattamento dei pazienti, è da considerare come momento di ingresso in OBI la data e l'ora in cui il medico di PS, a seguito della visita effettuata sul paziente, ne decide l'ingresso in OBI, effettuando la segnalazione sul Sistema Informativo di PS e in modo contestuale fornisce tale comunicazione al paziente.

3. Densitometria Ossea

La prestazione come evidenziato in delibera è erogabile esclusivamente in determinate condizioni cliniche.

Al fine di monitorare l'appropriatezza prescrittiva per tale prestazione ciascuna azienda dovrà mettere in atto un sistema di controllo delle prescrizioni che sarà condiviso e discusso dal gruppo di coordinamento regionale.

Il medico che prescrive tale prestazione deve dichiarare esplicitamente la presenza di una di queste condizioni, al di fuori delle quali l'esame non può essere posto a carico del SSR. Tale esame, dopo la prima effettuazione, potrà essere erogato a intervalli di tempo non inferiori a 18 mesi.

4. Obbligatorietà del quesito diagnostico

A tutt'oggi nel flusso informativo della specialistica ambulatoriale ASA la compilazione del campo "Quesito diagnostico del medico prescrittore" è obbligatoria per 7 prestazioni come RX e TC (per il monitoraggio della dose di radioesposizione nella popolazione), per 14 prestazioni come biopsie, ecoendoscopie, spettroscopie e valutazioni funzionali disabilità neuromotorie infantili (erogabili secondo specifiche indicazioni cliniche) e per l'OBI (vedi DGR 24/2005).

La delibera estende l'obbligatorietà del quesito diagnostico a tutte le prescrizioni che vengono trasmesse mensilmente da parte delle Aziende Sanitarie al flusso ASA. La presenza del quesito diagnostico sarà valorizzata, nel campo "Monitoraggio prescrizione", con codifica = 1 ovvero "presenza del quesito diagnostico".

La presenza / assenza di tale informazione nel flusso ASA sarà oggetto di valutazione ogni 2 mesi da parte del Gruppo di Coordinamento regionale.

Tuttavia, indipendentemente dalle modalità di registrazione delle prescrizioni e dell'erogato nel flusso citato, il quesito diagnostico è informazione necessaria per le considerazioni relative all'appropriatezza delle prestazioni, e per talune di esse un corretto quesito diagnostico costituisce la condizione di accesso alle prestazioni.

È tuttavia evidente che un'applicazione fin dalla data di entrata in vigore delle relative disposizioni contenute nella delibera farebbe ricadere sul cittadino, che ha bisogno della prestazione, le conseguenze dello scorretto comportamento del medico prescrittore. Per questo motivo è necessario prevedere – tranne che per i casi in cui il quesito diagnostico è indispensabile per l'accesso alla prestazione – una fase iniziale di tolleranza dell'assenza del quesito diagnostico ai fini dell'erogazione delle prestazioni, accompagnata da una attività di sollecito e di verifica periodica con i prescrittori, con l'obiettivo di migliorare, nell'interesse del cittadino, la completezza della prescrizione. Infatti la completezza della documentazione clinica è uno degli elementi costitutivi di un servizio di qualità.

Antonio Brambilla



Eugenio Di Ruscio

