

**MODALITA' DI ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI 2011  
PER LA MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE  
(DELIBERA 241 DEL 30/12/2010)**

Con delibera n. 241 del 30/12/2010 sono stati fissati gli obiettivi aziendali 2011.  
Il punto 5) riguarda gli obiettivi previsti specificamente per gli Specialisti ambulatoriali.

| <b>OBIETTIVI 2011</b>               | <b>INDICATORI di Risultato</b>   | <b>Valore atteso</b>  | <b>Valore minimo accettabile</b>  |
|-------------------------------------|--|---|---|
| <b>5) specialisti ambulatoriali</b> | 5a) PAACTA priorità: erogazione prestazioni  | 5a) 100% delle richieste pervenute  | 5a) 80% delle richieste pervenute   |
|                                     | 5b1) linee guida condivise: tavoli tecnici con responsabili di branca e Direzione Sanitaria Aziendale. Implementazione e condivisione di 2 linee guida | 5b1) entro giugno 2011 con trasmissione linee guida alla Direzione Sanitaria Aziendale e Direzione Distrettuale entro giugno 2011 | 5b1) entro giugno 2011 con trasmissione linee guida alla Direzione Sanitaria Aziendale e Direzione Distrettuale entro giugno 2011 |
|                                     | 5b2) responsabile di branca: elaborazione scheda rilevazione   | 5b2) entro luglio 2011  | 5b2) entro luglio 2011  |
|                                     | 5b3) adozione scheda rilevazione   | 5b3) $\geq 10\%$ dei pazienti visitati da agosto a dicembre 2011  | 5b3) $\geq 10\%$ dei pazienti visitati da agosto a dicembre 2011  |

Il raggiungimento degli obiettivi di cui alla delibera n. 241 è un obbligo legato a quanto previsto nel Piano Aziendale Attuativo dei Tempi di Attesa dell'ASL Benevento (PAACTA), DODG n. 314 del 23/06/2008, reso esecutivo dalla notifica dei D.D. n. 120 del 29.04.09 e n. 158 del 21.005.2009, a firma del dott. Albino D'Ascoli, avvenuta in data 28/05/2009.

Il tempo di attesa per le prestazioni sanitarie rappresenta oggi una delle maggiori criticità percepite dal cittadino nei suoi rapporti con il sistema sanitario e, allo stesso tempo, rappresenta anche la prima risposta che egli riceve dal sistema stesso.

Il primo obiettivo che l'azienda si è posta e stato il coinvolgimento della cittadinanza e la regolare e trasparente informazione sull'accesso ai servizi, mentre il secondo dovrà integrare il modello delle priorità per singola prestazione con il modello organizzativo dei percorsi diagnostico terapeutici e con la gestione complessiva del paziente, visto non come utilizzatore di singole prestazioni ma come cittadino che necessita di una presa in cura complessiva.

Questo secondo obiettivo merita un approfondimento relativamente al concetto dell'appropriatezza centrata sul paziente e non sulle prestazioni. Innanzi tutto, l'appropriatezza non è un attributo intrinseco delle prestazioni, ma nasce dalla correlazione tra esse ed il bisogno (diagnostico, terapeutico, ecc.) di uno specifico paziente, in rapporto alla efficacia della prestazione rispetto al problema di salute, al rapporto tra benefici attesi e rischi possibili, ecc.. In secondo luogo, al variare delle caratteristiche del problema dello specifico paziente, può variare la dimensione del tempo entro il quale la prestazione

deve essere erogata in considerazione del rischio di vita o inabilità, della sofferenza, ecc., ma anche di aspetti quali il rapporto benefici/costi. Si conferma quindi come anche la dimensione temporale, per essere equa ed appropriata, non può essere astratta e generica, ma deve essere calibrata sull'esigenza del paziente o di classi di pazienti con tipologia di problemi simile.

L'Azienda, per attribuire al paziente un tempo di attesa ragionevole per ottenere l'erogazione della prestazione sanitaria senza compromettere la prognosi e la qualità della vita, definisce le seguenti classi di priorità così come contenute nel PAACTA" suddetto:

| <b>PRESTAZIONI AMBULATORIALI</b> |  |
|----------------------------------|--|
| <b>Classe U</b>                  | Prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità.<br><b>Tempo Massimo 10 gg</b>    |
| <b>Classe B</b>                  | Prestazioni la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o di disabilità.<br><b>Tempo Massimo 20 gg</b> |
| <b>Classe D</b>                  | Prestazioni che possono essere programmate in un arco di tempo maggiore in quanto non influenza la prognosi, il dolore, le disfunzioni e la disabilità.<br><b>Tempo Massimo 30 gg</b>                            |

Tali criteri di priorità, comunicati ai prescrittori, saranno utilizzati per indicare, obbligatoriamente, sulla prescrizione, all'atto della richiesta di prestazione, la classe di priorità clinica attribuita al paziente nello stato di sofferenza considerato. Il livello di priorità prescelto sarà comunicato all'erogatore barrando le apposite caselle previste nel nuovo ricettario standardizzato per il SSN.

Nelle procedure di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal SSN deve essere previsto l'uso sistematico dell'indicazione di prima visita e controllo.

La corrispondenza tra la classe di priorità individuata dal prescrittore e la reale condizione dello stato di sofferenza rilevata da chi esegue la prestazione sarà oggetto di rilevazione e di studio da parte della Commissione Liste di Attesa Aziendale, per l'individuazione di ulteriori criteri di priorità ed argomenti di formazione da somministrare, congiuntamente, a prescrittori ed erogatori.

Gli Specialisti Ambulatoriali individuano, nelle proprie agende, delle fasce dedicate alla priorità cliniche onde poter soddisfare la richiesta di tali prestazioni.

Ai fini della verifica del rispetto dei tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto, mentre sono escluse tutte le prestazioni di controllo e le prestazioni di screening.

## **PRESTAZIONI INSERITE IN PERCORSI DIAGNOSTICO – TERAPEUTICI**

Il Piano Aziendale Attuativo dei Tempi di Attesa dell'ASL Benevento (PAACTA), DODG n. 314 del 23/06/2008 prevede per la gestione complessiva del paziente, visto non come utilizzatore di singole prestazioni ma come cittadino che necessita di una presa in cura complessiva, il modello organizzativo dei percorsi diagnostico terapeutici (PDT).

Nel PAACTA è prevista l'implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutici di seguito elencati:

1. con DGRC n. 1168 del 2005 “Linee di indirizzo per l'organizzazione dell'attività diabetologica e percorso assistenziale per il paziente diabetico”;
2. con DGRC n. 236 del 21.03.2005 “I percorsi terapeutici per la NAD – Nutrizione artificiale domiciliare;
3. con DGRC n. 1280 del 7.10.2005 “I percorsi diagnostici e terapeutici per la dislipidemia familiare”

È prevista inoltre l'implementazione di tutti i PDT individuati con deliberazioni regionali.

Con la DGRC 102/2008 vengono introdotti i seguenti PDT definiti Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC):

PACC diagnostico ipertensione - primo inquadramento o sospetta ipertensione secondaria (P4011)

PACC diagnostico ipertensione - valutazione delle complicanze cardiovascolari (P4012)

PACC diagnostico malattie della ghiandola tiroide (P241)

PACC diagnostico diabete complicato e/o screening delle complicanze d'organo (P250)

PACC diagnostico asma (P4939)

PACC diagnostico broncopatia cronica ostruttiva (P 4912)

PACC diagnostico cirrosi ogni eziologia (P5715)

PACC diagnostico epatite cronica ogni eziologia (P5714)

PACC diagnostico menopausa (P627)

Il diabete mellito e l'ipertensione arteriosa si confermano essere da ormai molti anni le principali cause di disabilità e morte nel nostro Paese. Le complicanze di tali patologie potrebbero essere ridotte non solo attraverso azioni di prevenzione primaria e secondaria, ma anche attraverso interventi tempestivi in termini di diagnosi e cura, nell'ambito di appropriati percorsi diagnostico - terapeutici (PDT).

Pertanto, in questi ambiti, va prevista una tempistica nell'erogazione delle prestazioni che consenta di garantire ad ogni paziente lo svolgimento dei PDT in tempi adeguati, nonché modalità di comunicazione e informazione per l'utente e i familiari rispetto ai PDT previsti e alla relativa tempistica di erogazione.

Il PDT deve assicurare al paziente facilità di accesso alle prestazioni attraverso la gestione, da parte della struttura erogatrice, delle prenotazioni in coerenza con l'iter diagnostico e in modo da ridurre il numero di accessi all'utente.

Tra questi, negli obiettivi programmatici 2011 per la Medicina Specialistica Ambulatoriale della ASL Benevento, sono stati individuati il P4011 + P4012 (ipertensione arteriosa) ed il P250 (diabete mellito). Per tali percorsi sono stati già approntati, a firma del dott. Antonio Luciano (Endocrinologo – Diabetologo) e del dott. Vincenzo Morante (Cardiologo), due progetti che saranno presentati e discussi al tavolo tecnico tra Responsabili di Branca e Direzione Sanitaria Aziendale (punto 5b1 della delibera n. 241 del 30/12/2010).

La scelta di tali obiettivi, sia nell'implementazione delle priorità previste nel PAACTA sia nell'attivazione dei PDT rappresentano una novità assoluta nell'ambito dell'organizzazione sanitaria regionale in quanto nessuna Azienda Sanitaria, in Campania, ha attivato ancora queste due modalità di abbattimento delle liste di attesa l'uno basato sul modello dell'accesso razionale per raggruppamenti di attesa e l'altro sul modello dei PDT (Mariotti et al., 2007). La realizzazione di tali obiettivi nell'ambito della ASL di Benevento nel 2011 è da considerarsi pertanto un progetto sperimentale altamente innovativo.

Particolare importanza riveste la riorganizzazione delle agende di prenotazione degli Specialisti direttamente coinvolti nei PDT. Si ritiene infatti che si possa evitare di creare ulteriori spazi dedicati ad essi nelle agende, spazi che, sommati alle priorità, rischierebbero di allungare anziché abbreviare le liste d'attesa.

La soluzione che si intende proporre è quella di sfruttare la priorità D (urgenza differibile) esclusivamente finalizzata e riservata all'esecuzione dei PDT.

Nell'implementazione dei PDT riveste un ruolo di particolare importanza la sensibilizzazione e la condivisione dei MMG.

## **PERCORSO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE DIABETICO**

Il modello di "gestione integrata della malattia" è l'approccio organizzativo, propositivo e multifattoriale all'assistenza sanitaria fornita a tutti i membri di una popolazione affetti da una specifica patologia.

L'assistenza è incentrata e integrata:

- sui diversi aspetti della malattia e delle relative complicanze,
- sulla prevenzione delle complicanze e delle condizioni di co-morbilità
- su aspetti rilevanti del sistema di erogazione.

La Legge Regionale n. 48 del 3 agosto 2009 all'art. 9 (Centri di diabetologia territoriali) prevede che il Centro Diabetico debba prevedere un'organizzazione strutturata in team (TDI) coordinato dal Diabetologo. Del TDI fanno parte: il Cardiologo, l'Oculista, il Nefrologo / Urologo, il Neurologo, lo Psicologo, altre figure (Nutrizionista, Podologo, Infermieri dedicati). Il MMG fa parte integrante del team.

Percorso diagnostico – clinico – terapeutico: ruolo del MMG:

- Screening della popolazione a rischio
- Educazione Sanitaria
- Follow-up dei soggetti con IGT e IFG
- Gestione diabetico tipo 2 non complicato:

La responsabilità della continuità delle cure, della terapia e del follow-up di questo paziente spetta al MMG che concorda il piano di assistenza presso il Centro, dove è stato inquadrato e dove accede annualmente o nei casi di scompenso, di ulcere del piede o per gravidanza.

Percorso Diagnostico-Clinico-Terapeutico (ruolo del team specialistico):

- Inquadramento diagnostico, terapeutico, dietetico educativo dei diabetici neodiagnosticati

- Valutazione periodica secondo follow-up concordato dei diabetici tipo 2 non complicati
- Gestione dei diabetici tipo 1 e tipo 2 con complicanze (la cura e il controllo periodico di tali pazienti è affidata al Centro, che comunica sempre con i MMG).

### **Gestione del diabetico tipo1 e 2 complicato e non complicato**

#### Team Multidisciplinare

- Valutazione rischio cardiovascolare (cardiologo)
- Valutazione piede diabetico (neurologo, chirurgo)
- Valutazione neuropatia (neurologo)
- Valutazione disfunzione erettile (urologo)
- Valutazione nefropatia (nefrologo, urologo)
- Valutazione retinopatia (oculista)
- Valutazione pervietà arteriosa (chirurgo vascolare)
- Valutazione stato dentale – gengivario (odontoiatra)

#### Percorsi dedicati

Educazione terapeutica e nutrizionale

### **PERCORSO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE IPERTESO**

La definizione del Percorso è stata suggerita dalla necessità di individuare uno strumento di indirizzo clinico – terapeutico orientato soprattutto sulle aree di criticità:

- carenza di sistematicità e continuità nel trattamento e nel monitoraggio del paziente iperteso;
- carenza di programmi finalizzati alla "educazione" dei pazienti nella gestione della malattia;
- mancata identificazione dei rispettivi ruoli dei MMG e degli Specialisti;
- diverso approccio al paziente da parte degli specialisti operanti nelle diverse strutture.

Il Percorso Diagnostico terapeutico è quindi finalizzato ad individuare modalità operative che consentano l'integrazione tra assistenza primaria e strutture specialistiche, al fine di garantire la continuità assistenziale del paziente iperteso.

E' rivolto ai MMG e ai Medici Specialisti operanti nell'ambito distrettuale.

L'Ipertensione Arteriosa (I.A.) coinvolge l'assistenza primaria in tutti i suoi aspetti. Per raggiungere una complementarietà di ruoli dei vari soggetti sanitari coinvolti nelle diverse fasi dell'assistenza al paziente iperteso è opportuno prevedere due livelli: un 1° livello di competenza territoriale Medico di Medicina Generale (MMG); un 2° livello, di competenza richiede di operare in una struttura con disponibilità di raccordi interdisciplinari con altre competenze specialistiche, sia mediche che chirurgiche, necessarie ad una gestione integrata dei casi di ipertensione arteriosa più grave o di ipertensione secondaria.

Per quanto riguarda gli interventi sanitari necessari alla gestione delle malattie croniche anche nel caso dell'ipertensione arteriosa si concorda sul ruolo primario della prevenzione da un lato e della educazione terapeutica dall'altro.

Valutazioni specialistiche di primo inquadramento per soggetti con sospetta ipertensione secondaria;

Valutazioni specialistiche di approfondimento nel caso di:

- dubbio rilevante circa l'opportunità di iniziare il trattamento farmacologico;
- ipertensione resistente (3 o più farmaci);
- ipertesi in programma per interventi di chirurgia maggiore;

- ipertesi con complicanze acute e/o rapidamente evolutive;
- necessità di trattamento urgente (sospetta ipertensione accelerata o maligna; rischio di complicanze imminenti);
- circostanze speciali quali: ipertensione insolitamente variabile, sospetta ipertensione clinica isolata (ipertensione da camice bianco), gravidanza;
- ipertesi con altre situazioni cliniche particolarmente impegnative;

Visite specialistiche periodiche per pazienti ipertesi con rischio globale molto elevato; Emergenze ed urgenze ipertensive.

E' noto che la pericolosità dell'ipertensione è legata al danno di diversi organi, specie in condizioni di cronicità. Gli organi bersaglio, oltre che il cuore stesso, sono rappresentati dall'encefalo, dalla retina, dal rene, dal sistema arterioso.

Il criterio di massima da adottare nelle situazioni cliniche complesse che richiedono la gestione integrata del paziente, è che tra Specialista e MMG siano concordate modalità e frequenza di attuazione dei controlli specialistici e degli accertamenti diagnostici necessari per ciascun caso.

Quadri clinici più frequentemente riconducibili a tale situazione:

1. ipertensione in diabetico (Endocrinologo / Diabetologo)
2. ipertensione con esiti di ictus (Neurologo)
3. ipertensione con stenosi carotidea non critica (Chirurgo vascolare)
4. ipertensione con BPCO (Pneumologo)
5. ipertensione con Insufficienza Renale Cronica (Nefrologo / Urologo)
6. ipertensione in gravidanza e/o pre-eclampsia (Ginecologo)

In via sperimentale ed in condizioni selezionate (ambulatori già dotati di PC, ambulatori frequentati dalla totalità degli Specialisti coinvolti nel PDT, ancorché non contemporaneamente, si può prevedere l'uso di un database informatizzato condiviso con cartella clinica informatizzata individuale presente su pen-drive in possesso del paziente medesimo.

#### **Scheda di rilevamento per specialisti non coinvolti direttamente.**

Per gli Specialisti non direttamente coinvolti nel PDT è prevista un'azione di educazione sanitaria, prevenzione, informazione, modifica degli stili di vita su popolazione di pazienti affetti come emerso in sede di anamnesi, comunque pervenuti ad osservazione clinica anche se non necessariamente già inseriti o da inserire nel PDT.

**SCHEDA DI RILEVAZIONE DI ATTIVITA' CLINICA NELL'AMBITO DELLA PATOLOGIA  
DIABETICA / IPERTENSIVA**

BRANCA SPECIALISTICA .....

SPECIALISTA dott. ....

IDENTIFICATIVO PAZIENTE .....

DATA DELLA PRESTAZIONE .....

DIAGNOSI PRINCIPALE .....

.....

**TIPO DI INTERVENTO EFFETTUATO**

ESAME CLINICO

.....

.....

ESAMI STRUMENTALI

.....

.....

ALTRE PRESTAZIONI EFFETTUATE (p.es. riabilitative, prescrittive, medicazioni, ecc.)

.....

.....

ATTIVITA' DI PREVENZIONE PRIMARIA / SECONDARIA / TERZIARIA<sup>1</sup>

.....

.....

Firma dello Specialista

.....

| PREVENZIONE       |   |  |  |
|-------------------|---|--|--|
| Tipologia         | Soggetti destinatari  | Obiettivi  | Azioni   |
| <b>primaria</b>   | 1) Singoli individui;<br>2) agenzie di socializzazione;<br>3) comunità intera | 1) aumentare i fattori protettivi (promozione salute fisica, psichica, sociale);<br>2) ridurre i fattori di rischio (allontanare le cause del disagio) | Promuovere cambiamenti individuali, sociali e situazionali che evitino l'insorgere di atteggiamenti distruttivi, autodistruttivi e che tendano a difendere e a promuovere il benessere psicofisico e sociale dei soggetti appartenenti ad una comunità |
| <b>secondaria</b> | Categorie a rischio   | 1) individuare soggetti a rischio;<br>2) individuare momenti critici   | Programmazione di interventi precoci affinché non sorgano problemi.  |
| <b>terziaria</b>  | 1) Soggetti in conclamata situazione di disagio;<br>2) soggetti devianti      | 1) evitare ricadute e malesseri (individuali, sociali);<br>2) riduzione dei danni;<br>3) reinserimento nell'ambiente naturale;                         | Attuazione di interventi riabilitativi   |