



Un piano d'azione innovativo, destinato a rivoluzionare il sistema fin qui conosciuto e utilizzato dai cittadini per accedere alle prestazioni sanitarie. Enrico Desideri: "È un progetto destinato a rivoluzionare, oltre al percorso di accesso, anche la presa in carico degli assistiti: in sintesi, il sistema non deve più aspettare che sia il cittadino a 'bussare alla porta' e a chiedere i servizi: deve essere in grado esso stesso di intercettare il bisogno prendendo in carico i pazienti, seguendone il percorso diagnostico ed eventualmente terapeutico"



Arezzo, 15 ottobre 2016 – Ridurre i tempi di attesa per le prestazioni specialistiche e diagnostiche, ottimizzare le risorse e offrire ai propri assistiti un servizio sempre più rispondente ai bisogni di salute.

È l'obiettivo del progetto per il "governo dell'offerta" delle attività specialistiche e della diagnostica, approvato dalla Usl Toscana sud est nei giorni scorsi. Un piano d'azione innovativo, destinato a rivoluzionare il sistema fin qui conosciuto e utilizzato dai cittadini per accedere alle prestazioni: estensione dei criteri di priorità, presa in carico dei pazienti, gestione delle cronicità, reti cliniche integrate, un sistema di prenotazione "diffuso" in cui la parola d'ordine è "dove si prescrive, si prenota".

Un progetto che renderà il sistema di prenotazione e di gestione delle liste unico per tutto il territorio aziendale, rendendo così omogeneo ciò che era ancora differenziato per ciascuna ex Asl e garantendo a tutti i cittadini delle tre province le stesse opportunità di accesso alle prestazioni sanitarie.

I dettagli del piano sono stati presentati ieri mattina a Grosseto dal direttore generale della Usl Toscana sud est, Enrico Desideri, dal direttore della Rete ospedaliera aziendale, Daniela Matarrese, dal direttore dello Staff della Direzione sanitaria e coordinatore del gruppo di lavoro che si occupa del progetto, Roberto Turillazzi. Con loro anche il presidente della Conferenza aziendale dei sindaci, Giacomo Termine.

Il progetto è stato redatto da un gruppo di lavoro appositamente costituito e che rimarrà come task force per tutte le diverse fasi di attuazione e per la gestione del programma, una volta a regime. La base di

partenza è l'analisi dello stato dei tempi di attesa nelle tre ex Aziende, cui è seguita la messa a punto di un innovativo sistema di monitoraggio per "misurare" i volumi di attività e mettere in relazione i tempi di attesa, le prestazioni erogate e le liste.

Enrico Desideri: "Questo progetto migliorerà il livello dei servizi offerti ai cittadini e, soprattutto, renderà omogeneo l'accesso alla diagnostica e alle prestazioni specialistiche in tutto il territorio aziendale. Un modello in cui ogni struttura sanitaria e ospedaliera ha un proprio ruolo e una propria importanza, a prescindere dalla localizzazione e dalle dimensioni. È un progetto – ha precisato il direttore – destinato a rivoluzionare, oltre al percorso di accesso, anche la presa in carico degli assistiti: in sintesi, il sistema non deve più aspettare che sia il cittadino a 'bussare alla porta' e a chiedere i servizi: deve essere in grado esso stesso di intercettare il bisogno prendendo in carico i pazienti, seguendone il percorso diagnostico ed eventualmente terapeutico".

"Questo progetto – ha precisato Giacomo Termine – risponde in toto alle richieste che, come Conferenza dei sindaci, abbiamo avanzato all'Azienda. I tempi di attesa rappresentano un vulnus nell'assistenza sanitaria, su cui spesso i cittadini richiamano l'attenzione degli amministratori. Per questo abbiamo chiesto alla Direzione della Usl di farsi carico fin da subito di questo aspetto, offrendo la nostra collaborazione e il nostro sostegno. Come Conferenza – ha concluso – sarà nostro compito e impegno vigilare sulla sua applicazione e verificarne i risultati, certi di avere nell'Azienda un interlocutore in grado di cogliere anche le nostre istanze".

Il progetto nel dettaglio

Tre sono gli step previsti, cui corrisponde un cronoprogramma e un tempo limite di attuazione: il primo, "tempo 0" (T0), il secondo, "tempo 1" (T1) e il terzo, "tempo 2" (T2).

La prima fase "T0", da ottobre al 31 dicembre 2016, sta già dando risultati significativi. E' un piano straordinario per abbattere le liste di attesa attraverso l'incremento dell'offerta, sia utilizzando la formula dell'orario aggiuntivo del personale dipendente, sia incrementando le attività del privato convenzionato. L'obiettivo è eliminare le code dalle agende del Cup e consentire di avviare lo step successivo ("T1").

Con il T1, infatti, si entra nel vivo del progetto: questa fase, che va dal primo gennaio al 30 aprile 2017, prevede di estendere il sistema dei criteri di priorità (previsti dalla delibera 692/2011 per alcuni tipi di esami) a tutte le prestazioni diagnostiche e alle visite, ma in relazione solo al primo accesso.

Per quelli successivi, che dall'esame dei volumi di attività rappresentano la maggiore quantità di richieste, il progetto prevede agende specifiche e sistemi di presa in carico specialistica, che possono essere riassunti in:

- day service e percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA), in cui il paziente viene preso in carico dopo il primo accesso, secondo la complessità del caso che emerge dalla diagnosi, con accessi preferenziali che utilizzano il Cup, ma con agende riservate che comprendono anche eventuali valutazioni di equipe e follow up;
- nuove modalità di presa in carico che verranno sviluppate nello step denominato "T2".

È questa, infatti, la fase, la cui attuazione è prevista da maggio 2017, in cui si concretizza la vera sfida per arrivare al superamento del tradizionale sistema di prenotazione, il Cup, e offrire ai cittadini un accesso

più snello e più calibrato al bisogno assistenziale.

In sintesi le principali novità sono:

- “dove si prescrive si prenota”, la fase più importante e innovativa del progetto; semplificata al massimo significa che il paziente, una volta definito il “bisogno di salute”, deve uscire dall’ambulatorio del medico di base o dello specialista con la prescrizione e l’appuntamento, in tempi congrui al bisogno stesso. Il sistema deve farsi carico degli aspetti pratici, attraverso una rete che coinvolge sia gli specialisti che i medici e i pediatri di famiglia;
- nei casi di patologie croniche o bisogni di salute più complessi, la fase “T2” prevede la cosiddetta “rete clinica integrata”; una rete tra professionisti (medici e pediatri di base, specialisti ospedalieri e territoriali), che prendano in carico l’utente integrandone bisogni sanitari e sociali.

fonte: ufficio stampa