



MODELLI ORGANIZZATIVI PER IL PAZIENTE CHIRURGICO

PSSR 2019-2023 PRIMI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE PER IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE CHIRURGICO



Claudio Pileri



Il sistema di rete ospedaliero

aspetti programmatori

- Dotazione di **posti letto** : 3 per mille per acuti e 0,7 per mille per riabilitazione
- Articolazione per **livelli di intensità**:
 - *media e bassa complessità (prossimità)*
 - *alta complessità (centralizzazione)*
- Conferma del **modello di rete Hub and Spoke**



Reti cliniche

Individuazione dei criteri comuni per la definizione delle reti cliniche:

Bacini, ruoli e funzioni delle strutture per livelli, requisiti, individuazione di un coordinatore clinico con ruolo di “primus inter pares”

Definizione del ruolo di Azienda Zero per gli aspetti tecnico-organizzativi :

*Integrazione organizzativa e professionale, supporto per la definizione dei PDTA, supporto con strumenti informativi e monitoraggio, **verifica del grado di copertura dei bisogni e del funzionamento della rete***



Centri di riferimento

Identificazione dei Centri di riferimento che tengano conto anche del PNE.

- **individuati** sulla base di criteri identificati dalla Giunta Regionale (es. attività, ricerca e formazione)
- **incardinati** presso UOC con l'obiettivo di sviluppare competenze e aumentare il livello qualitativo delle prestazioni
- **monitorati** da Azienda Zero e aggiornati ogni tre anni

Azienda Zero rende disponibile ai cittadini ed agli operatori un sistema informativo aggiornato e consultabile con tutte le informazioni necessarie per consentire una scelta consapevole dei luoghi di cura.



PDTA

Sviluppo del PDTA come garanzia di riproducibilità e uniformità per il controllo della qualità e dell'appropriatezza

- interventi/prestazioni/terapie appropriate per la diagnosi, cura e riabilitazione
- caratteristiche e della tipologia dei nodi e/o dei professionisti coinvolti
- tempi entro cui devono essere erogate le prestazioni
- indicatori per il monitoraggio dei risultati e degli esiti

n.b. Il monitoraggio dei PDTA fa parte della griglia LEA



Sostenibilità

- individuare il **bisogno appropriato** (anche il bisogno inespresso e la domanda inappropriata)
- individuare lo **standard** di utilizzo dei principali fattori produttivi dei servizi da erogare (personale, attrezzature..)
- definire **protocolli / procedure standardizzate** per rendere efficiente ed efficace il processo assistenziale

La determinazione di standard consentirà di :

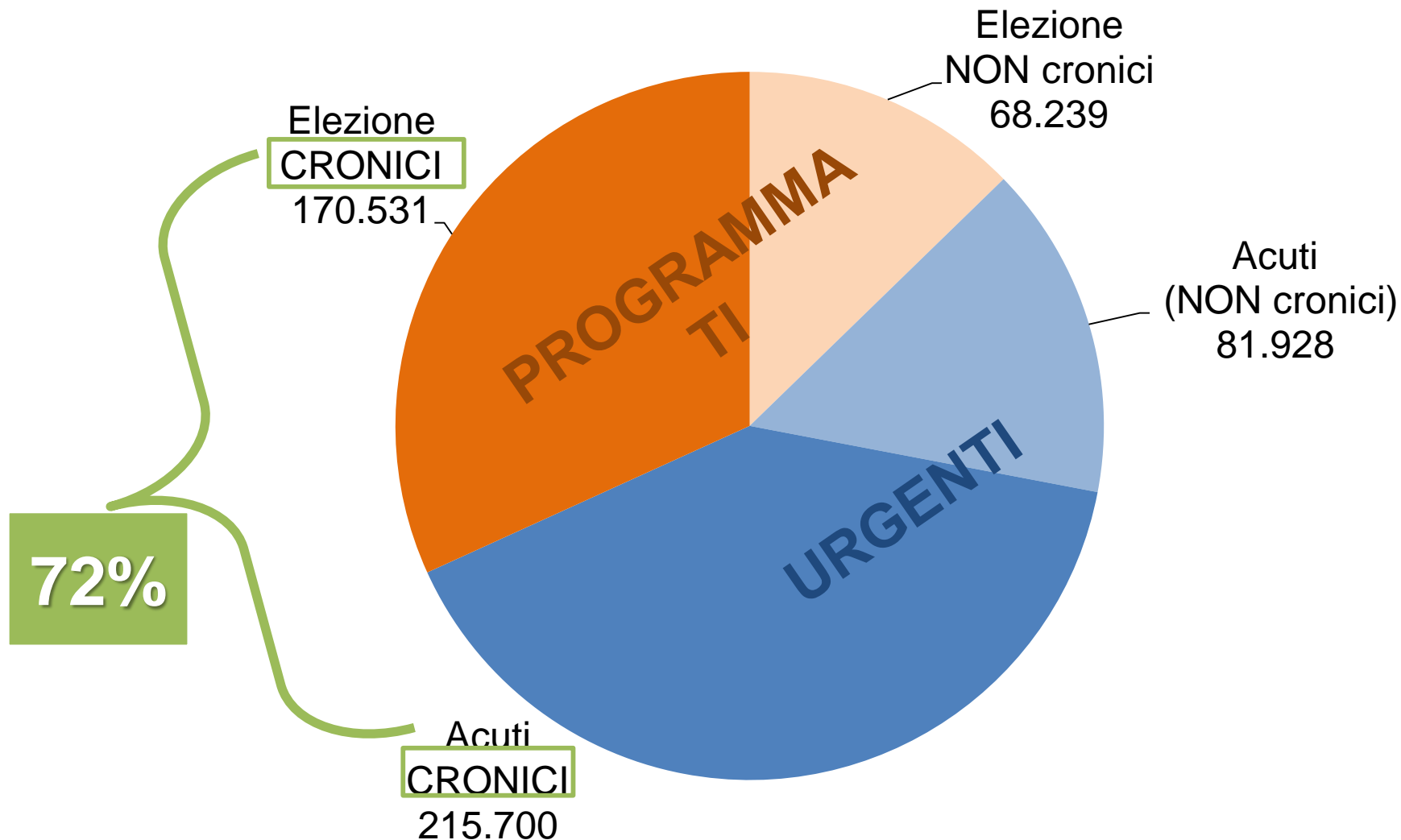
- confrontare processi, anche complessi in un'ottica di risultato
- utilizzare sistemi di rilevazione dei costi omogenei
- Individuare condizioni di inefficienza



IL PERCORSO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE



Distribuzione dei ricoveri ospedalieri urgenti / programmati PER PAZIENTI CRONICI O ACUTI



Fonte Acg, condizioni croniche definite su esenzione e diagnosi. Ricoveri ordinari senza drg neonati sani



IL PERCORSO DEL PAZIENTE CHIRURGICO IN OSPEDALE (RUOLO DELL'OSPEDALE)

1. Assicurare al paziente la gestione della fase dell'**emergenza urgenza** e la fase critica del percorso assistenziale
2. Assicurare al paziente che intraprende un percorso assistenziale **programmato** gli approfondimenti diagnostici, i trattamenti terapeutici che richiedono tecnologia, requisiti strutturali e competenze, proprie dell'ospedale
3. **Assicurare ai pazienti con patologie croniche a forte rischio di riacutizzazione un percorso dedicato, condiviso e più appropriato**



1) Assicurare al paziente chirurgico la gestione della fase dell'**emergenza urgenza** e la fase critica del percorso assistenziale

- La rete emergenza–urgenza come “**sensore**” e **fonte di informazioni** per il funzionamento del sistema sanitario;
- identificazione, condivisione e **certificazione** degli elementi di inclusione/esclusione e dei protocolli di accesso per le prestazioni a valenza interaziendale
- integrazione degli strumenti a disposizione sia del Sistema di Emergenza-Urgenza che del PS:
 - sviluppo dell’obi e dei percorsi “veloci”
 - invio diretto da PS nelle Strutture Intermedie
 - monitoraggio informatizzato dei posti letto
 - verifiche degli indicatori di processo (es. consulenze) e di esito
 - standardizzazione delle procedure di invio pazienti nelle UO



2) Assicurare al paziente chirurgico “programmato” gli approfondimenti diagnostici, i trattamenti terapeutici e riabilitativi che richiedono tecnologia, requisiti strutturali e competenze proprie dell’ospedale

- **gestione centralizzata e informatizzata** dell’utilizzo di posti letto e di terapia intensiva, delle sale operatorie e di conseguenza delle liste d’attesa
- sviluppo dell’attivazione di posti letto monitorati
- sviluppo del modello di chirurgia breve (week surgery, DS, chirurgia ambulatoriale);
- **introduzione dell’Osservazione Breve Estensiva (OBE)**



3) Assicurare al paziente chirurgico con **patologie croniche** a forte rischio di riacutizzazione un percorso dedicato, condiviso e appropriato

Introduzione di un modello organizzativo per la gestione proattiva di pazienti cronici “instabili” con ripetuti episodi di riacutizzazione

- condivisione dei **protocolli** e delle **informazioni cliniche e assistenziali** di tali pazienti con i medici territoriali
- definizione e certificazione, delle **modalità di comunicazione** (consulenze, tele-consulenze, tele-refertazione e sistemi di comunicazione diretta)
- identificazione delle prestazioni di ricovero breve/DH e dei **pacchetti di prestazioni** di specialistica ambulatoriale (Day service), funzionali alla gestione della patologia cronica instabile



Elementi di innovazione

- 1 **Ruolo proattivo** dell'ospedale nella presa in carico dei pazienti cronici in fase di riacutizzazione
- 2 **Anticipo della presa in carico** utilizzando percorsi programmati
- 3 Attivazione del percorso di presa in carico/dimissione dei pazienti anche in posti letto di “**struttura intermedia**”
- 4 Accesso alle strutture intermedie anche da Pronto soccorso ed integrazione delle “**competenze geriatriche**” del pronto soccorso
- 5 Attivazione di posti letto tecnici per **Osservazione Breve Estensiva** (post ricovero programmato)



Elementi specifici

- 1 gestione separata dei percorsi in urgenza e programmata
- 2 aree assistenziali omogenee con guardia attiva fino a 90-100 p.l.
- 3 gestione centralizzata e informatizzata dell'utilizzo di posti letto, di terapia intensiva, delle sale operatorie e delle liste d'attesa
- 4 definizione di **protocolli / procedure standardizzate** per rendere efficiente ed efficace il processo assistenziale



Elementi specifici

6 attività assistenziale organizzata per moduli di 20-25 p.l. per un utilizzo ottimale delle risorse (spazi, personale)

7 attività clinica organizzata anche in considerazione dei volumi e degli esiti



Grazie dell'attenzione