

Corso di Rivalidazione della formazione manageriale
2021

Soggetto erogatore: ECOLE

Codice corso: 2101/BE

**La rimodulazione dell'attività chirurgica in
ambito dipartimentale in una ASST multipresidio**
Modalità operative e prospettive riorganizzative futuribili

Antonio Ranieri



Accademia di formazione e ricerca in servizio socio-sanitario lombardo

PROJECT WORK

Corso di Rivalidazione della formazione manageriale

ECOLE

2101/BE

AUTORE

Antonio Ranieri Direttore U.O.C. di Urologia e del Dipartimento Chirurgico, ASST Bergamo Est
antonio.ranieri@asst-bergamoest.it

IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO

Gianluca Vago, Professore Ordinario di Anatomia Patologica, Università degli Studi di Milano

Guida breve all'editing secondo stili pre-impostati

Per utilizzare questo modello di documento è sufficiente posizionarsi nelle diverse sezioni e sostituire il testo di esempio con il proprio.

I numeri di pagina sono pre-ordinati e verranno aggiornati automaticamente.

Nelle pagine che seguono è stato impostato un esempio di documento nelle sue distinte parti: titolo, autori, paragrafi di testo, tavole, figure, riferimenti bibliografici. I testi utilizzati hanno esclusivamente uno scopo dimostrativo e possono essere modificati a seconda delle esigenze.

Qualora si ritenga utile comporre un indice delle parti del documento, può essere utilizzata la struttura appositamente predisposta. Essa si aggiorna posizionandosi sull'indice e tramite il tasto destro del mouse, attivando la voce "Aggiorna campo": in tal modo si aggiorna la numerazione. Se si ritiene di intervenire sui titoli dei paragrafi, per aggiornare l'indice è sufficiente utilizzare l'opzione "Aggiorna intero sommario".

In caso di stampa su carta, occorre selezionare dal menu di Word a sinistra, la funzione Stampa e, in seguito, il menu "Proprietà stampante", la voce Layout e, infine, attivare la voce "Libretto" (stampa fronte/retro).

Pubblicazione non in vendita.

Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento può essere pubblicata senza citarne la fonte.

Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia

Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano

www.polis.lombardia.it

INDICE

INDICE.....	5
INTRODUZIONE	7
OBIETTIVI SPECIFICI E STRATEGICI DEL PROGETTO.....	8
METODOLOGIA ADOTTATA.....	9
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, DELLE SUE FASI E TEMPISTICHE	11
COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE	16
RISULTATI ATTESI E DESTINATARI DEL PROGETTO	17
CONCLUSIONI	18
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	20
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	20

Titolo del documento

INTRODUZIONE

L'introduzione dei decreti legislativi 502/92 e 517/93 ha rivoluzionato il SSN con la trasformazione degli ospedali in aziende determinando cambiamenti epocali nelle modalità di erogazione delle cure. Di pari passo la sempre maggiore divulgazione medica sui media ha indubbiamente contribuito nella popolazione generale, ad un crescente interesse verso il mondo della medicina con spettacolarizzazione dei risultati delle cure presentate con falsa modestia da parte degli addetti ai lavori. Di conseguenza, le attese inerenti tali risultati sono diventate elevatissime poiché di norma vengono enfatizzati solo i risultati positivi, sottacendo le complicanze che sono eventi presenti anche nelle migliori casistiche e peraltro prevedibili secondo le percentuali previste dalla letteratura medica. Le specialità chirurgiche risentono maggiormente di tale situazione in quanto intrinsecamente pericolose visto che in definitiva si tratta di un lavoro manuale delicato ma sempre manuale, pur se poggiato su solide basi teoriche.

In letteratura è ormai consolidato il concetto che gli alti volumi chirurgici riducono gli eventi avversi e migliorano gli outcome in virtù di una maggiore expertise, sia nell'esecuzione degli interventi che nella gestione del post operatorio e delle eventuali complicanze.

Tale assunto si presta ad alcune obiezioni consolidate in quanto anche un chirurgo ad "alto volume" che presenti un difetto nella tecnica di esecuzione di un intervento, lo riprodurrà per ogni singola prestazione se non adeguatamente corretto.

Ad ogni modo gli alti volumi prestazionali non solo assicurano migliori outcome ma di riflesso anche un minor dispendio di risorse.

Queste premesse imporrebbero in tutte le aziende e soprattutto in quelle di medie dimensioni, un'aggregazione dell'attività chirurgica su base dipartimentale per ottenere gli auspicabili alti volumi di attività per ogni tipo di chirurgia.

OBIETTIVI SPECIFICI E STRATEGICI DEL PROGETTO

In virtù di quanto enunciato prima, l'obiettivo del progetto è razionalizzare tutta l'attività chirurgica su base dipartimentale in una Asst multipresidio, armonizzandolo con le specificità aziendali, quali territorialità, bacino d'utenza, assetto organizzativo dei vari ospedali, caratteristiche dei professionisti e non ultimo le esigenze della politica locale.

Il progetto è di per sé ambizioso in quanto i vincoli menzionati sono ineludibili, anche se a volte anacronistici, dettati dal timore di perdere posizioni di privilegio, ammantati di etica, professionalità ed esigenze territoriali. I professionisti sanitari dovrebbero cambiare le modalità operative perpetuatisi nel corso di decenni di organizzazione ospedaliera che sono di stampo militaristico (divisioni ospedaliere) e con forte connotazione individuale che spesso conduce a concorrenza tra esse in caso di unità operative eguali. Tutto ciò parcellizza l'attività con conseguenti volumi chirurgici insufficienti per quanto concerne gli interventi più complessi.

Peraltro, la pandemia in corso ha evidenziato rapidamente tali criticità; la temporanea creazione di aree Covid negli ospedali, ha determinato il blocco completo dell'attività chirurgica ed il differimento di interventi oncologici nonché quelli di patologia benigna invalidante, con esacerbazione degli animi facilmente constatabile da chi quotidianamente frequenta le corsie ospedaliere. Di tale situazione ne hanno pesantemente risentito gli ospedali di medie piccole dimensioni che non hanno potuto dedicare alla patologia Covid sezioni autonome dal punto di vista edilizio e personale sanitario dedicato, dovendolo attingere dalle varie unità operative, già carenti da tempo a causa di scelte programmatiche pregresse effettuate con mera logica economica.

L'attuazione del progetto in discussione, prevede in prima istanza l'approvazione della Direzione strategica aziendale e solo successivamente la fase attuativa, attraverso un mandato forte al Dipartimento chirurgico che dovrà elaborare un percorso condiviso con tutte le unità operative coinvolte.

METODOLOGIA ADOTTATA

La comprensione dell'elaborato, non può prescindere dalla descrizione dell'attuale organizzazione dell'ASST Bergamo Est che è la diretta evoluzione dell'Azienda ospedaliera Bolognini e nasce l'1/01/2016 con la legge regionale 23/2015 che sancisce la riforma del Sistema sanitario regionale.

L'assetto ospedaliero dell'Asst Bergamo Est, consta di 4 ospedali per acuti, 3 ospedali a gestione mista pubblico privata ad indirizzo riabilitativo e dal 2016 dal Presidio ospedaliero territoriale (POT) di Calcinate. Il bacino d'utenza è di circa 390.000 abitanti pari al 35% della popolazione provinciale per un'estensione territoriale prossima al 50% della provincia di Bergamo. (figura 2).

L'attività chirurgica, attualmente viene svolta nei 4 ospedali per acuti: Seriate, Alzano Lombardo (rispettivamente presidi 1 e 2 situati geograficamente nel versante sud del territorio, aziendale); Piario e Lovere (presidio 3 unico nel versante nord).

Dal punto di vista geografico si tratta di un quadrilatero asimmetrico con distanze chilometriche sulle quattro direttive principali di 7 km a sud, 22 km a nord nelle direttrici est ovest; 30 e 40 km nelle direttrici nord-sud. La rete stradale è piuttosto angusta e congestionata, attraversa aree vallive e pedemontane e tratti con circolazione urbana. (figura 1).

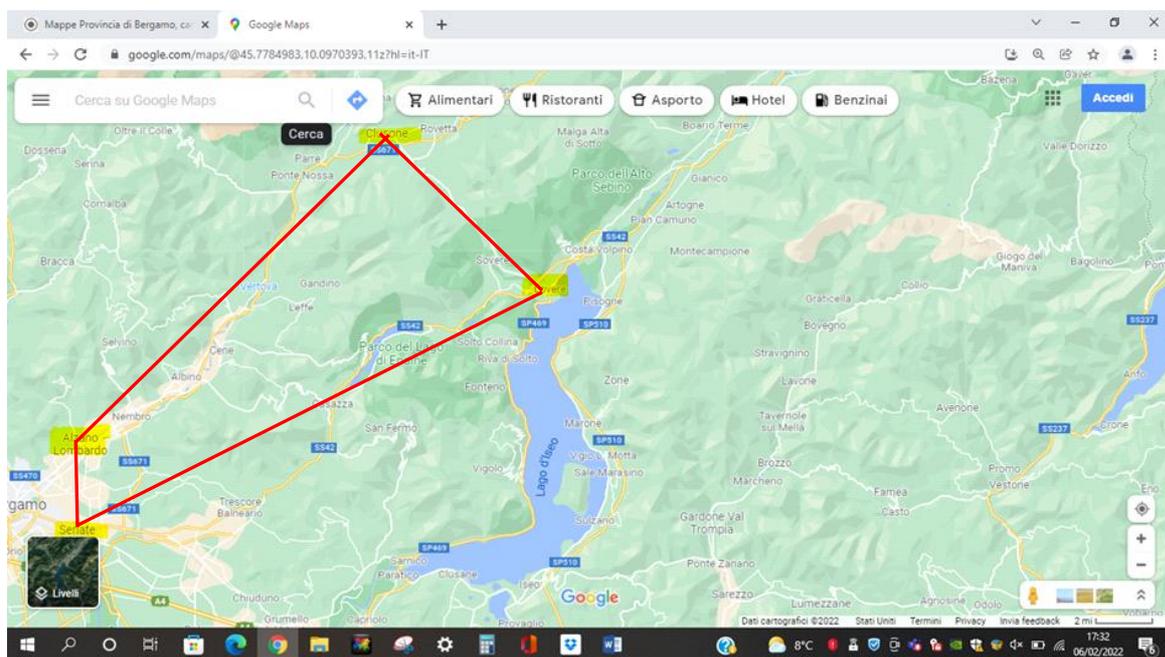


figura 1 : direttrici collegamenti ospedalieri.

ASST BERGAMO EST

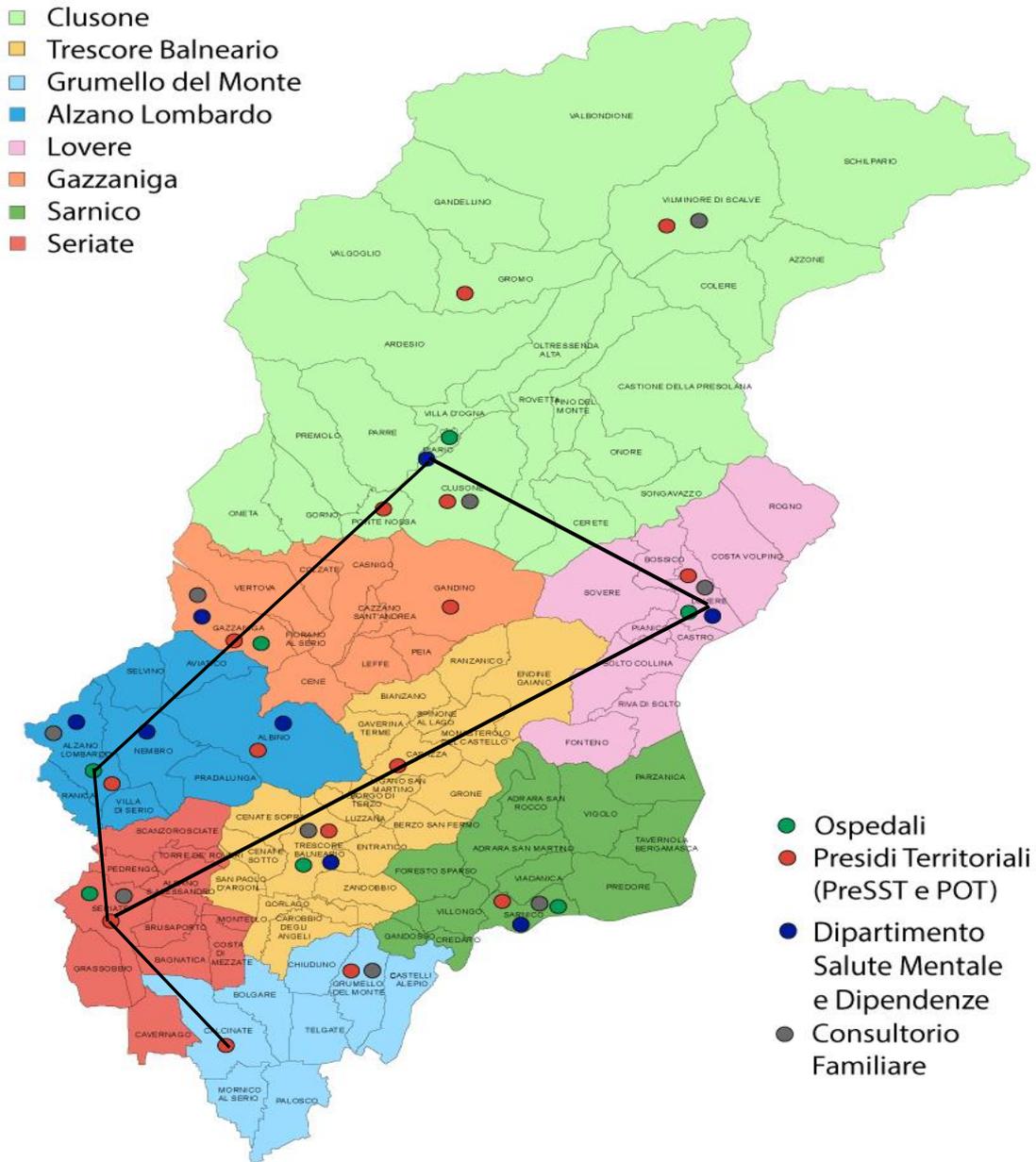


figura 2: estensione territoriale ASST BERGAMO EST.

Al Dipartimento Chirurgico afferiscono le unità operative complesse di Chirurgia generale, Ortopedia, Oculistica, Otorinolaringoiatria (ORL), Urologia; l'Unità semplice dipartimentale di Senologia (USSD) sede di Breast Unit e la componente di Ginecologica delle unità operative di Ostetricia-Ginecologia afferenti al Dipartimento Materno-Infantile.

La Chirurgia generale e l'Ortopedia sono presenti in tutti gli ospedali. Oculistica e ORL e l'USSD di Senologia sono presenti a Seriate; la Ginecologia a Seriate ed Alzano, con Piario sede di parte della chirurgia ginecologica ambulatoriale. L'Urologia è ubicata a Lovere.

Seriate è l'hub aziendale, sede di altre unità operative complesse quali Medicina generale, Cardiologia con Unità Coronarica; Neurologia, Nefrologia, nonché i servizi di Rianimazione, Radiologia, Anatomia Patologica, Centro Trasfusionale, Laboratorio Analisi e day hospital Oncologico. Negli altri presidi sono presenti emanazioni delle varie unità operative e servizi.

Attualmente, l'attività chirurgica è articolata sui vari presidi senza alcun coordinamento organizzativo e pertanto, ognuno pianifica ed esegue ciò che ritiene opportuno, salve rare eccezioni legate alla sensibilità del singolo direttore di unità chirurgica. Nei primi anni di istituzione dell'azienda, tale atteggiamento era il naturale prosieguo dell'attività del singolo ospedale con anche una certa concorrenzialità interna all'azienda, ancora non completamente residuale. Peraltro, la riforma induceva alla concorrenza tra singole aziende e in definitiva anche all'interno delle stesse; ovviamente le unità operative eguali procedevano e sostanzialmente procedono in ordine sparso, senza alcuna programmazione d'attività.

L'iniziale periodo di transizione, prolungatosi abbastanza a lungo, ha sicuramente contribuito a dare alla nostra azienda, una certa visione di unitarietà almeno negli intenti e nell'immagine esterna, ma raggiunto tale obiettivo è divenuto necessario riorganizzare quantomeno su base dipartimentale l'attività chirurgica, in quanto la parcellizzazione della stessa è divenuta anacronistica e inadeguata soprattutto per un'azienda di medie dimensioni, con volumi chirurgici congrui solo se complessivi. Si rende pertanto necessaria la transizione dalla competizione tra eguali unità operative a quella che viene definita "coopetizione".

DESCRIZIONE DEL PROGETTO, DELLE SUE FASI E TEMPISTICHE

L'ospedale di Seriate, hub aziendale a tutti gli effetti, riveste un ruolo cruciale per l'attività chirurgica in quanto è sede ben strutturata per sostenere un'attività potenzialmente sempre suscettibile di complicanze anche severe. La presenza della Rianimazione, è garanzia per il paziente, e in caso di necessità, consente di evitare trasferimenti sino a 40 km di percorso e circa 1 ora di percorrenza, con tutti le problematiche di assistenza medica ad un paziente evidentemente instabile dal punto di vista clinico.

La declinazione del progetto andrà effettuata per specialità chirurgica e ovviamente le criticità maggiori le presentano la chirurgia generale e l'urologia, quest'ultima unica specialità chirurgica al di fuori dell'hub di Seriate.

1.1 Chirurgia Generale

Il requisito preliminare su cui si dovrebbe fondare la riorganizzazione dell'attività è la presenza di un unico direttore di un'unica unità operativa complessa di Chirurgia in quanto potrebbe agevolmente decidere la mission chirurgica di ciascun ospedale. Al momento sono presenti tre direttori ed un responsabile facente funzioni.

La principale attività chirurgica maggiore svolta dai vari reparti è la chirurgia addominale; quella toracica è aneddotica e svolta soprattutto in urgenza per effettuare drenaggi toracici a varia eziologia. A Seriate si svolge da oltre un decennio una chirurgia di nicchia quale quella del timo per la quale si può considerare un centro di riferimento nazionale

La chirurgia addominale di maggior impatto è quella del grosso intestino per la quale è stata istituita la Colon Unit.

Nell'anno campione 2019 prima della pandemia, in ambito aziendale, sono stati eseguiti 266 interventi sul grosso intestino, suddivisi secondo il grafico in figura 3.



Figura 3 : rappresentazione grafica della chirurgia sul grosso intestino.

Secondo il programma nazionale esiti di Agenas, il numero minimo di procedure annuo per effettuare in sicurezza la chirurgia del colon è di 50 /70 procedure anno; in Italia il 50% e nel nostro caso due strutture su quattro sono al di sotto dello standard auspicabile. Risulta evidente come riunendo le casistiche, aumenta l'expertise e consente un'adeguata formazione delle nuove leve.

Uno dei punti critici nella realizzazione del progetto, è la mobilità dei chirurghi in genere e degli apicali in particolare, poco inclini agli spostamenti al di fuori dell'ambito ospedaliero in cui operano che può considerarsi la propria "comfort zone", adducendo come motivazione principale il non poter seguire il decorso post-operatorio del paziente operato e di cui si è responsabili.

In una fase iniziale, l'interscambio di alcuni membri delle equipe aiuterebbe ad attenuare tale remora, in quanto in ogni ospedale saranno così presenti medici "di propria fiducia". Si tratta di una prima soluzione "ponte" per favorire l'integrazione delle equipe chirurgiche e poter anche

armonizzare percorsi operativi comuni, in attesa dell'opzione futura e auspicabile di un unico direttore delle unità operative di chirurgia generale.

Concentrando l'attività chirurgica maggiore nell'ospedale hub e la chirurgia del colon è un mero esempio estendibile a tutta la chirurgia oncologica, bisognerà provvedere ad occupare gli spazi che si libereranno negli ospedali "spoke". Lo schema ipotizzabile è quello di tener conto della territorialità degli ospedali, della loro struttura organizzativa nonché della tipologia delle prestazioni chirurgiche che dovranno essere erogate.

A Lovere si potrà concentrare la chirurgia in regime di day hospital ed ambulatoriale del versante nord-est aziendale mentre il POT di Calcinante potrà assorbire l'analoga tipologia di prestazioni del versante sud-est.

Alzano L.do, potrà ospitare la week-surgery dell'area di Seriate e di tutta la bassa Val Seriana. Una valutazione a parte merita Piario dove è prevista secondo il volere regionale, l'attivazione di tre posti di terapia sub-intensiva. Vista la collocazione geografica piuttosto decentrata, potrebbe ospitare alcune tipologie d'intervento sul colon in numero tale da superare la soglia critica della numerosità prevista da Agenas. In tal caso saranno gli altri operatori numericamente capienti a far da tutor.

Infine per quanto riguarda la patologia urgente tutte le unità operative chirurgiche sono in grado di far fronte alle varie situazioni e in caso di pazienti particolarmente critici si provvede al trasferimento verso il presidio ospedali più consono al quadro clinico da trattare.

1.2 Ortopedia

La riorganizzazione delle Ortopedie pone meno problemi organizzativi; anche in questo caso la chirurgia ambulatoriale/day hospital si svolgerà a Lovere e Calcinante secondo lo schema prestabilito per la chirurgia generale. Alzano sarà la sede dell'attività a ciclo settimanale. A Piario e Seriate sarà allocata la chirurgia protesica maggiore e per quest'ultimo la chirurgia degli esiti: infezioni protesiche, lussazioni delle stesse e fratture periprotetiche ove è maggiore la consuetudine al trattamento con numeri comunque appena sufficienti per il solo centro.

Prendendo come parametro di riferimento la chirurgia protesica maggiore di anca e ginocchio, per entrambe il PNE di Agenas prevede 100 interventi anno per entrambe. In Italia il 54% delle strutture ospedaliere (727) raggiunge e/o supera le 100 procedure di protesi d'anca e svolgono l'85% di tutta l'attività. Il tasso di revisione entro 2 anni è mediamente dell'1,8%.

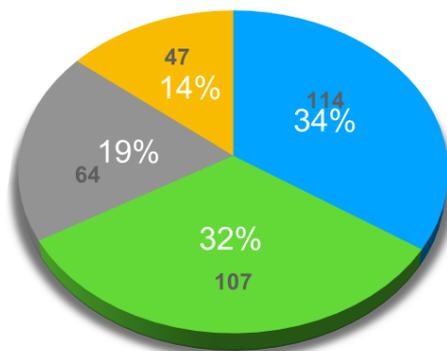
Per le protesi di ginocchio il 34% delle strutture (727) raggiunge il valore e/o supera il valore soglia di 100 interventi ed effettua il 70% di tutte le procedure. La riammissione a 30 giorni è 1,3% ma con molta variabilità.

Per l'anca nella nostra azienda, nel 2019 superano il valore soglia due ospedali (Seriate e Piario); per la protesi di ginocchio solo Piario supera le 100 procedure. (figure 3 e 4). Anche in questi casi, si potrà concentrare l'attività in base alle casistiche sotto il limite per superare facilmente il valore soglia. Resta valido anche per questa specialità l'interscambio e la mobilità di personale sanitario al fine di incrementare le potenzialità di cura e trasmettere e consolidare l'esperienza chirurgica.

Anche nel caso dell'ortopedia il punto critico al momento è soprattutto la poca tendenza alla mobilità degli ortopedici, meno rilevante è l'asserzione di non poter seguire direttamente il paziente.

■ Seriate ■ Piario ■ Lovere ■ Alzano L.

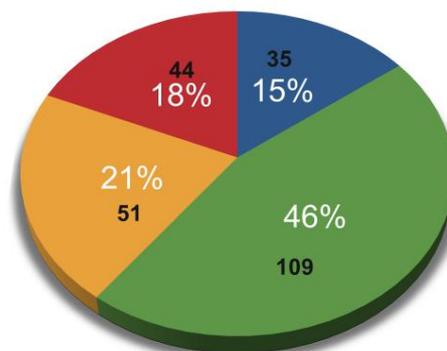
Protesi Anca



Numero di interventi eseguiti : Seriate 114; Piario 107; Lovere 64; Alzano L. 47.

■ Alzano L. ■ Piario ■ Lovere ■ Seriate

Protesi Ginocchio



Numero di interventi eseguiti : Seriate 44; Alzano L. 35; Lovere 51; Piario 109.

Figura 3 e 4: rappresentazione grafica interventi per protesi d'anca e di ginocchio

1.3 Chirurgie Specialistiche

Oculistica e ORL hanno sede nell' hub aziendale e pertanto non hanno bisogno di una riorganizzazione territoriale.

Con la chiusura del punto nascita di Piario e successivamente di Alzano L.do, tutta l'attività di Ostetricia è stata trasferita a Seriate ove si è contratta l'attività di chirurgia ginecologica, in parte dirottata ad Alzano L.do e mantenuta quella a regime ambulatoriale a Piario.

Con la chiusura del punto nascita di Piario si è c'è già stata una certa rimodulazione degli organici che in parte ruotano sia per l'attività ospedaliera che per quella territoriale.

La Senologia è un'USSD sede di Breast Unit che ha già in essere un'organizzazione multipresidio per tipologia d'attività. Infatti a Seriate viene effettuata la chirurgia demolitiva e in cui potrebbe essere richiesto l'esame istologico estemporaneo; ad Alzano viene espletata la chirurgia ricostruttiva differita mentre a Piario e Lovere la chirurgia benigna o a basso sospetto oncologico. Tale modalità organizzativa è divenuta mandatoria al fine di assicurare il numero minimo di interventi senologici come requisito per il mantenimento della Breast unit.

Tale organizzazione ha preso spunto da quanto da quanto l'Unità operativa complessa di Urologia ha implementato appena istituita. La sede dell'Unità operativa è presso l'ospedale di Lovere che per dotazione strutturale è inadeguato ad ospitare una chirurgia ad alto rischio di sanguinamento, in pazienti mediamente in età avanzata e con multiple comorbidità. In considerazione di quanto sopra sin dalla sua istituzione nel 2005 la chirurgia maggiore, pressochè tutta oncologica, è stata svolta per periodi di tempo medio lunghi negli altri presidi aziendali, selezionando la patologia e i servizi di supporto per la tipologia d'intervento, adeguandoli all'ospedale ospitante. L'esempio esplicativo può essere l'intervento chirurgico a bassa complessità per un sospetto tumore del testicolo, di seguito descritto nelle sue linee generali.

Dopo l'incisione cutanea, il funicolo spermatico viene bloccato impedendo l'afflusso e soprattutto il ritorno di sangue nelle manovre chirurgiche; prelevato un campione di parenchima testicolare viene inviato per esame istologico e fino al momento della risposta del patologo il funicolo resta bloccato. Il tempo tecnico di invio, allestimento e lettura del campione oscilla tra i 30-40 minuti e pertanto, è improponibile effettuare tale intervento a distanza di circa 1 h di strada dalla sede dell'anatomia patologica, in quanto un'occlusione prolungata dei vasi testicolari, produrrà un danno ischemico potenzialmente irreversibile al testicolo, nel caso in cui la risposta del patologo indurrà alla conservazione dell'organo. Pertanto, anche una chirurgia a basso impegno può necessitare dei servizi presenti solo nell'hub aziendale, a maggior ragione per la chirurgia oncologica maggiore.

Tutta l'attività endoscopica viene svolta presso l'ospedale di Lovere con il risultato che l'unità operativa è suddivisa in due tronconi con impegno assistenziale (numero di unità mediche) più che raddoppiato sia nei giorni feriali che festivi. Tale assetto organizzativo inizialmente accettabile ma non condivisibile, perpetrato nel tempo, ha condotto ad una auto limitazione di alcune attività e alla lunga sta impoverendo l'organico medico per le oggettive difficoltà logistiche.

In questo caso la riorganizzazione prevede il mantenimento a Lovere della chirurgia urologica ambulatoriale/day hospital ed il trasferimento della sede principale presso l'hub. Di ciò

beneficerebbero anche tutte le unità cliniche dello stesso hub aziendale, in termini di consulenze e servizi, attualmente erogate in maniera non organica

COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE

Come si evince dalla descrizione del progetto, nella fase iniziale si attuerebbe una rotazione del personale sanitario e dei pazienti in lista d'attesa, senza variazioni del numero delle sedute operatorie. Sarebbe rispettato un criterio geografico per la mobilità dei pazienti, non verrebbe meno il rapporto fiduciario in quanto sarà anche il chirurgo a spostarsi. Per esperienza personale posso affermare che i pazienti sono disponibili a seguire il proprio curante se ripongono la propria fiducia nel clinico a cui si affidano. L'unico cambiamento rispetto all'assetto organizzativo attuale sarebbe l'implementazione della sala operatoria del POT di Calcinate per l'effettuazione della chirurgia ambulatoriale mono operatore. In questo caso nella struttura già sede di hospice è presente un'anestesista che sarebbe a garanzia d'intervento in caso di problematiche di sua pertinenza. I chirurghi non varierebbero di numero ma si sposterebbero di sede; si dovrebbe invece provvedere alla dotazione del personale infermieristico per la sala operatoria, stimabile in tre unità. L'attività si dovrà svolgere 5 giorni alla settimana nella fascia oraria 8,30 inizio, 14,30 fine. Lo strumentario chirurgico per l'attività prevista è di tipo basale per chirurgia di superficie e ad ogni modo recuperabile dalle quattro sale operatorie aziendali. Il materiale di consumo non inciderà sui costi, in quanto sarà pari a quello non più utilizzato nelle attuali sale operatorie.

Un altro aspetto organizzativo da prendere in considerazione è l'attività di prenotazione dei ricoveri e di bed management. Durante il periodo Covid, sono state istituite nella nostra azienda le figure professionali di bed manager per ogni presidio ospedaliero che sono tuttora mantenute. Tali figure professionali attualmente coordinano le prenotazioni dei ricoveri e tutta la fase di pre ricovero, nel rispetto della classe di priorità assegnata al momento dell'inserimento in programmazione chirurgica. I clinici di riferimento saranno di supporto per tutte le eventuali problematiche del caso in caso di necessità. Per le unità di cura singole saranno sentiti i referenti o responsabili della singola unità; per chirurgia ed ortopedia, sono già state istituite nell'ambito dipartimentale due coordinatori medici per le suddette unità di cura, a cui il direttore di dipartimento si rivolge per quesiti dell'area di competenza. Tali figure professionali saranno responsabili della programmazione effettiva degli interventi e dell'assegnazione al presidio ospedaliero di cura, assicurando la trasparenza ed imparzialità che la decisione richiede.

La fase sperimentale ipotizzabile in 4-6 mesi, sarà monitorizzata periodicamente come già viene effettuato nei vari presidi dai gruppi di lavoro preposti al controllo dell'attività chirurgica. In tal modo si potranno effettuare le valutazioni dell'attività e quindi apportare, se necessario, le eventuali correzioni in corso d'opera.

RISULTATI ATTESI E DESTINATARI DEL PROGETTO

La rimodulazione dell'attività chirurgica così concepita, porterà ad un maggiore volume di attività per ogni singola procedura chirurgica con conseguente acquisizione di miglioramento nella tecnica di esecuzione ma anche nella gestione del post operatorio che può risultare particolarmente complessa, e in cui l'attenzione al dettaglio a letto del paziente può dare la differenza in termini se non di esito finale, sicuramente nella durata della degenza.

Decentrare alcune attività, libererà posti letto nell'hub da dedicare soprattutto alla patologia oncologica il cui trattamento è in forte ritardo per le note vicende pandemiche. E' attualità di questi giorni la sollecitazione regionale con la delibera di Giunta XI/5832 del 12/21, a rispettare i tempi d'attesa previsti dalle classi di priorità al momento della prenotazione del ricovero. Anche la chirurgia effettuata nei centri spoke sotto la guida di un chirurgo senior potrà essere un'opportunità di crescita chirurgica per i più giovani, programmando un percorso di formazione per gradi di difficoltà. Lo stesso chirurgo senior avrà la possibilità di affinare le proprie capacità di tutor chirurgico e di gestione del centro spoke, con ulteriore crescita professionale, al fine di una progressione di carriera con passaggio ad un centro spoke di livello superiore.

Il numero di interventi per anno sul grosso intestino o la chirurgia protesica, nel centro hub sarà l'indicatore principale a cui far riferimento a cui si potranno associare altri parametri sulla degenza media, complicanze, esito finale secondo i criteri di classificazione stabiliti in letteratura che costituiranno il parametro a cui riferirsi e tendere. Criteri analoghi si potranno stabilire per la chirurgia dei centri spoke.

Un'organizzazione in tal senso orientata, in futuro, potrebbe anche avere un ruolo nello stabilire la destinazione dei pazienti presentatisi nei Pronto soccorso aziendali, necessitanti di ricovero in ambiente chirurgico. Si potrà decidere la sede di ricovero in base al profilo clinico e necessità di terapia, facendo coincidere bisogni del paziente e capacità operativa dei presidi ospedalieri nella nuova organizzazione aziendale.

In considerazione di quanto elaborato, si può asserire che i destinatari del progetto devono identificarsi nella Direzione strategica aziendale e in tutti professionisti sanitari ma in definitiva è una progettualità che riguarda l'Azienda in tutte le sue componenti, con l'auspicio di un miglioramento nell'efficacia delle cure e nell'efficienza in termini di recupero di risorse. Partendo da quest'ultima considerazione, senza alcuna retorica si può affermare che i principali beneficiari saranno i pazienti che vorranno affidarsi alle nostre cure.

CONCLUSIONI

La pandemia in atto ha rapidamente evidenziato la necessità di modificare la struttura organizzativa in ambito ospedaliero e territoriale per rispondere alle nuove esigenze della sanità. La Telemedicina è un esempio, così come le strutture post-acuti e territoriali che la nuova riforma ha previsto.

In ambito chirurgico sono fondamentali strutture di degenza per pazienti che per condizioni cliniche non possono essere ancora dimessi in quanto ancora in via di guarigione chirurgica ma che rimangono degenti nei reparti per acuti, occupando posti letto non altrimenti utilizzabili. Nelle nuove strutture operative, dovrebbero essere previsti posti letto per pazienti di tutte le specialità chirurgiche ove i clinici di consolidata esperienza, potranno ancora seguirli nell'ultima fase del processo di cura prima della dimissione. Tali aree dovrebbero essere collocate nei futuri ospedali di comunità, all'interno dei quali organizzare anche un presidio poliambulatoriale per le visite specialistiche gestite dagli stessi clinici deputati a seguire i degenti.

Un esperimento organizzativo come quello proposto per la nostra realtà aziendale è sicuramente un passo in avanti, e comincia ad essere recepita come esigenza innovativa forse indifferibile per recuperare risorse sempre più preziose. La necessità di tale rimodulazione non era comunque sfuggita a coloro che per esperienze pregresse ed intuito intravedeva l'evoluzione future della nuova sanità. Probabilmente i tempi erano prematuri e gli attori del tempo erano rigidamente vincolati a logiche territoriali, peraltro, ancora dure a morire. Da qui la necessità di coinvolgere chi ha esperienza clinica diretta che potrà riversare nei vari ambiti preposti all'organizzazione dei sistemi sanitari ed ospedalieri in particolare, al fine di una valutazione prospettica completa non solo basata su asettici dati numerici.

Infine il mio sguardo al futuro prevede una riorganizzazione in ambito provinciale quantomeno delle strutture pubbliche. Esclusa l'area metropolitana di Milano, nella nostra regione mediamente è presente un ospedale principale e più ospedali satelliti per provincia. L'amministrazione di tali strutture dovrebbe essere unica su base provinciale e fare in modo che tutti i professionisti sanitari possano ruotare su tutte le strutture secondo percorsi condivisi di formazione, al fine di evitare una ghettizzazione permanente in strutture periferiche.

Le specialità medico chirurgiche, dovrebbero essere governate da un sistema dipartimentale con caratteristiche gestionali forti che dovrebbe presiedere alla organizzazione dell'attività sanitaria per presidi ed alla rotazione del personale a cui affidare la responsabilità di strutture periferiche sempre più strutturate con un programma di crescita professionale completo in tutti gli aspetti clinici e gestionali, nella consapevolezza di poter sempre fare affidamento sulla struttura centrale per ogni esigenza, consolidando anche il senso di appartenenza.

Tale organizzazione supera il concetto di "area vasta" che è un sistema più di coordinamento di attività in un ambito interaziendale.

Il ruolo del direttore di dipartimento diverrebbe talmente complicato da renderlo incompatibile con l'attività clinica, come avviene ancora adesso, quindi tale figura dirigenziale dovrebbe abdicare ad un ruolo professionale per dedicarsi a tempo pieno, alla gestione di un dipartimento così complesso, coadiuvato da figure professionali specifiche.

Molto tempo ci vorrà affinché si superino resistenze e luoghi comuni per approdare ad una organizzazione così improntata che aggiunge ulteriore complessità ad un sistema già complesso per definizione. Sarà importante possedere capacità organizzative spiccate in linea con i tempi, possedere mentalità aperta alle innovazioni ma soprattutto bisognerà acquisire attitudine a guardare lontano e precorrere i tempi.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Dgls 502/92

Dgls 517/93

Legge 23/2015 Regione Lombardia

Delibera XI/2906/2020 Regione Lombardia

Delibera XI/5832/2021 Regione Lombardia

BIBLIOGRAFIA

Costamagna, Bobbio, Pinna P.: Il numero delle procedure chirurgiche come indicatore di qualità degli ospedale e dei chirurghi. Epidemiologia e Prevenzione 32 (1) 61,2008

Gianino M.: L'organizzazione dipartimentale nelle aziende sanitarie 2006 Unilibro

Ranieri: Atti X congresso Società Urologia Nuova Chieti 2008

SITOGRAFIA

<http://www.asst-bergamoest.it>

<http://www.agenas.it>

<http://www.salute.gov.it>: I dipartimenti ospedalieri nel SSN

