

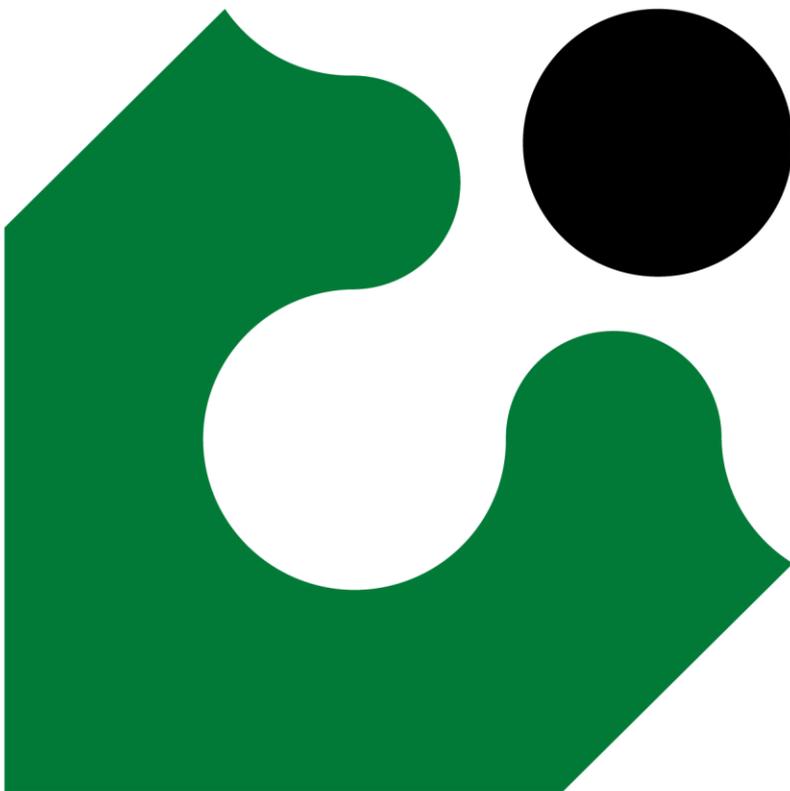
Organizzazione di un Dipartimento Sperimentale Interaziendale di Neuroscienze

Un'esperienza di integrazione assistenziale pubblico-privata fra IRCCS nella Città di Pavia.

Daniele Bosone

Corso di Rivalidazione manageriale

2022



Corso di Rivalidazione manageriale

Lo sviluppo del manager in sanità: tra sfide e cambiamenti post-Covid

Ècole

ECOLES – 2201-AE

GLI AUTORI

Daniele Bosone, Direttore Sanitario, Fondazione IRCCS C. Mondino, email daniele.bosone@mondino.it

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

Sommario

INDICE	3
INTRODUZIONE.....	4
OBIETTIVI SPECIFICI E STRATEGICI DEL PROGETTO	6
METODOLOGIA ADOTTATA.....	7
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO.....	10
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, DELLE SUE FASI E TEMPISTICHE	11
COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE	20
RISULTATI ATTESI.....	21
CONCLUSIONI	22
RIFERIMENTI NORMATIVI	23
BIBLIOGRAFIA	24
SITOGRAFIA.....	25

INTRODUZIONE

Il Contesto Nazionale e Regionale

L'organizzazione integrata delle competenze e delle tecnologie in ambito assistenziale a livello ospedaliero e a livello territoriale, appare sempre di più la frontiera sulla quale la sanità nazionale e regionale devono assestarsi e misurarsi per fornire ai cittadini risposte di salute sempre più complete, di qualità elevata ma compatibili con un quadro economico verosimilmente non espansivo dal punto di vista della spesa corrente.

Del resto dagli inizi degli anni 2000 con i primi grandi disavanzi regionali, i commissariamenti ed i piani di rientro, concomitanti all'aggravamento del quadro economico e finanziario internazionale con la crisi del 2008-20011, hanno plasticamente evidenziato che l'universalità delle cure prevista dalla Legge 23 Dicembre 1978, n.833 in materia di "Istituzione del servizio sanitario nazionale", successivamente declinata con il modello aziendale previsto dal Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992, n.502 in materia di "Riordino della disciplina in materia sanitaria" e variamente organizzata nelle diverse autonomie regionali, sarebbe stata possibile solo attraverso un controllo sempre più puntuale (e centralizzato) della spesa sanitaria a partire dalle aziende fino ad arrivare allo Stato e dall'altra da meccanismi di recupero di risorse male allocate promuovendo maggiore appropriatezza delle cure, razionalizzazione dei posti letto ospedalieri, maggiore integrazione di percorsi, e spostamento di parte delle cure dall'Ospedale al territorio.

Agenas sviluppa quindi in sistema di indicatori teso a verificare l'appropriatezza delle procedure cliniche e delle cure nei diversi sistemi Regionali (Piano Nazionale Esiti), si amplificano le politiche di qualità sanitaria ed integrazione di percorsi attraverso l'implementazione dei PDTA aziendali e interaziendali, si arriva quindi al Decreto Ministero della Salute 2 Aprile 2015, n.70 in materia di "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" che prevede «standard» di riferimento organizzativo per gli Ospedali sia per le cure acute che riabilitative nei diversi ambiti operativi.

Anche le Regioni si adeguano progressivamente. In particolare Regione Lombardia interpreta la legge 502 del 1992 attraverso la Legge Regionale 11 Luglio 1997, n.31 in materia di "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali" che, recependo pienamente il principio della aziendalizzazione e dell'accreditamento delle strutture private, prevede un contesto di fatto competitivo fra erogatori (pubblici e privati indifferentemente) lasciando al cittadino la possibilità di scelta per la propria cura nell'ambito di quanto previsto dal SSN e codificato dai Livelli essenziali di Assistenza. L'esplosione dell'offerta di prestazioni « accreditate » e la perdita di vista di una visione complessiva di percorsi di cura, porta rapidamente Regione ad introdurre tetti di spesa per gli enti privati Accreditati, fino ad arrivare alla Legge regionale 11 Agosto 2015, n. 23 in materia di "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche la titolo I e al Titolo II delle legge regionale 30 dicembre 2009, n.33 con la quale, fatto salvo il principio di libertà di scelta delle cure e la sostanziale equiparazione degli erogato pubblici e privati nel ambito del SSN, si vira fortemente dal principio di « concorrenza » a quello di « cooperazione » e vengono auspiccate integrazioni e collaborazioni per la realizzazione di percorsi di cura per le diverse patologie. Inoltre, riconoscendo l'eccellenza sviluppata a seguito della legge 31/1997 del Sistema Ospedaliero Lombardo, si introduce

Organizzazione di un dipartimento interaziendale di neuroscienze

in modo inequivocabile il principio dell'integrazione ospedale-territorio, prevedendo fra l'altro l'Istituzione dei Presidi Socio Sanitari Territoriali (PRESST) e, con un occhio al DM 70 del 2015, anche la riconversione di alcuni ospedali periferici in Presidi Ospedalieri Territoriali (POT).

Gli anni COVID hanno evidenziato carenze note, eccellenze altrettanto note e fatto emergere in pienezza una nuova dimensione della crisi rimasta fino ad allora sullo sfondo, e cioè la carenza di personale sanitario, medico ed infermieristico in particolare. Di fatto gli anni COVID hanno provocato una forte accelerazione della trasformazione del sistema già in atto, spingendo l'acceleratore sul meccanismo di integrazione ospedale-territorio; Vi è consapevolezza che gli ospedali sono ancora il fulcro del nostro SSN soprattutto in fase emergenziale ma che la loro attività non può che svilupparsi in modo integrato a nuovi « settings » assistenziali territoriali ed essere accompagnata da una forte «digitalizzazione» dei processi assistenziali con una piena visibilità del percorso del paziente a tutti i livelli e in ogni regione d'Italia.

Nascono così i progetti del PNRR legati alla missione 6 per lo sviluppo della Sanità di Comunità e della rivoluzione «digitale».

Per dare finalmente una veste «organizzativa» uguale in tutte le regioni viene proposto il cosiddetto Decreto del Ministero della Salute 23 Maggio 2022, n.77 in materia di “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”, che prevede standard e requisiti organizzativi per l'articolazione del sistema «assistenziale» territoriale.

In questo nuovo contesto post-COVID affonda le radici la nuova legge di Riordino del Sistema Sanitario Regionale, Legge regionale 14 Dicembre 2021, n.22 in materia di “Modifiche la titolo I e al Titolo VII delle legge regionale 30 dicembre 2009, n.33 che prevede, salvaguardando di fatto i principi della legge 23/2015, una forte riorganizzazione del sistema sanitario territoriale, promuovendo l'integrazione ospedale-Territorio, in coerenza con quanto previsto dal PNRR e dal Decreto 77.

Viene inoltre ulteriormente incoraggiata la «collaborazione» fra Ospedali e fra Ospedali e territorio per ricercare percorsi condivisi di presa in carico del paziente nella sua complessità.

Il Contesto Locale

Pavia è un contesto ideale per sperimentare nuovi contesti organizzativi, per le sue dimensioni e per l'elevata concentrazione di servizi sanitari, in particolare ospedalieri ma anche socio-sanitari e per la presenza di un'importante Università con una Facoltà di Medicina che fa da tessuto connettivo fra le diverse realtà esistenti. Purtroppo negli anni passati non tutte le potenzialità di integrazione fra i diversi enti pubblici e privati è stata utilizzata, privilegiando meccanismi competitivi rispetto ad opportunità cooperative, seppur con qualche eccezione.

In particolare, per quanto interessa il nostro progetto, dal 1449 esiste la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo (OSM), azienda di diritto pubblico, a vocazione multidisciplinare medico-chirurgica, dotata di un DEA di II Livello ai sensi del DM 70 2015, con funzione di HUB provinciale per molte discipline, con forte attrattività extra provinciale ed extraregionale.

Nel 1917 su iniziativa del Prof. Casimiro Mondino, allievo del premio Nobel Camillo Golgi, nasce a Pavia la clinica Neuropatologica nel suo edificio storico di Via Palestro in centro a Pavia; nel 2003 la Fondazione Neurologia IRCCS C-Mondino (FM) viene trasferita in una nuova sede moderna, insediata nel cosiddetto Polo Sanitario pavese, a pochissima distanza dal Policlinico San Matteo. La Fondazione IRCCS Fondazione Mondino è un Ente di diritto privato, senza finalità di lucro, il cui CDA è interamente di indicazione pubblica (regione, ministero, università).

Organizzazione di un dipartimento interaziendale di neuroscienze

Lo sviluppo delle Neuroscienze al Mondino in ambito strettamente universitario, ha storicamente sostituito il parallelo sviluppo della Neurologia in ambito Policlinico, dove invece è cresciuta negli anni la Neurochirurgia, senza che vi sia mai stata anche nei tempi recenti una vera integrazione, almeno di «percorso», fra le 2 strutture.

Data anche la stretta vicinanza «logistica» appare naturale una collaborazione sempre più «integrata e complementare» fra i 2 enti per fornire ai pazienti percorsi di cura completi.

La collaborazione si è infatti sempre mantenuta sul livello di prestazioni specialistiche reciproche, regolate da rapporti esclusivamente convenzionali, senza alcuna altra più piena condivisione.

In particolare nel 2005 la Fondazione Mondino, identificato come sede di PS monotematico, rinunciava a tale opportunità a favore di un'integrazione in rete con il PS del San Matteo che però non si è mai realizzata.

Solo nel 2017 si è arrivati ad una convenzione per la gestione presso il DEA del San Matteo di 12 PL di Stroke Unit di II livello da parte del Mondino, mantenendo presso la Fondazione Mondino 6 PL di Stroke Unit di I° livello, secondo l'articolazione organizzativa prevista dal DM 70 per le Stroke Unit (Decreto n.225/DG del 22.12.2016 "Determinazioni in ordine al riordino rete stroke nella provincia di Pavia").

Tuttavia gran parte delle patologie neurologiche sia dell'adulto che dell'età evolutiva non sono mai state trattate dentro un contesto organizzato di percorsi di presa in carico fra i 2 ospedali, con evidente disagio per i pazienti e con enormi perdite di opportunità per il sistema sanitario pavese e regionale.

L'evoluzione di contesto sanitario, normativo e socio-economico, suggeriscono quindi di provare a realizzare tale forte ed inevitabile sinergia fra enti, provando ad utilizzare come strumento «contenitore» il Dipartimento Interaziendale di Neuroscienze, in forma sperimentale trattandosi di una collaborazione fra un IRCCS di diritto Pubblico (Il Policlinico San Matteo) e un IRCCS di Diritto Privato (la Fondazione C. Mondino), potenzialmente estendibile ad altri Enti di eccellenza del Polo Sanitario pavese quali il Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica (CNAO).

Oggetto del progetto è quindi l'istituzione di un nuovo Dipartimento Interaziendale di Neuroscienze (DIN) fra l'IRCCS Fondazione Policlinico San Matteo e l'IRCCS Fondazione Casimiro Mondino che preveda la massima integrazione possibile delle competenze e delle tecnologie al fine di offrire ai pazienti lombardi ed extraregionali percorsi completi ed innovativi di presa in carico di tutte le patologie neurologiche sia in ambito dell'età adulta che in quello dell'età evolutiva, ivi inclusa, in quest'ultimo ambito, la patologia psichiatrica.

OBIETTIVI SPECIFICI E STRATEGICI DEL PROGETTO

Obiettivi Strategici:

- a) Istituire un Nuovo Dipartimento Interaziendale di Neuroscienze.
- b) Sperimentare modelli nuovi di presa in carico fra diverse Aziende Ospedaliere di diritto pubblico e privato in Lombardia, utili per la creazione di percorsi collaborativi nell'ambito della Sanità di Regione Lombardia
- c) Migliorare la qualità e ridurre i costi di cura evitando duplicazione di strutture e tecnologia, utilizzando al meglio le risorse umane già presenti nel sistema.
- d) Aumentare l'attrattività del sistema sanitario regionale della Lombardia ed incentivare progetti di ricerca interaziendali negli IRCCS.
- e) Sviluppare insieme al territorio la "medicina di iniziativa" e integrare il percorso anche con l'ambito territoriale - "Casa di Comunità" –

Organizzazione di un dipartimento interaziendale di neuroscienze

- f) Creare un Polo di Neuroscienze fortemente attrattivo per l'assistenza, per la ricerca e per la sperimentazione clinica.

Obiettivi Specifici:

- a) Definire un nuovo modello di Dipartimento Interaziendale di tipo "funzionale", centrato sulla persona e su suoi bisogni assistenziali e definito da "percorsi di cura" più che da singole Unità Operative.
- b) Migliorare la presa in carico del malato neurologico dalla diagnosi alla cura fino al follow-up offrendo continuità e accompagnamento lungo il percorso di cura indipendentemente dalla struttura erogatrice, definendo PDTA-R interaziendali specifici per patologia, in particolare del malato neuroncologico e con disturbi del movimento.
- c) Risolvere il problema della presa in carico del paziente adolescente in Area Critica.
- d) Potenziare e rendere innovativa nei diversi ambiti di intervento la Neurochirurgia in correlazione con la patologia neurologica anche degenerativa.
- e) Creare un gestionale "dipartimentale" per i pazienti presi in carico.
- f) Utilizzo della telemedicina in ambito dipartimentale e nelle relazioni con il territorio.
- g) Incentivare nuovi ambiti di sperimentazione clinica e scientifica.

METODOLOGIA ADOTTATA

Per integrare i percorsi clinici fra i 2 Enti, abbiamo pensato allo strumento del Dipartimento Interaziendale, già introdotto nel Sistema Sanitario Nazionale con l'art. 10 del Decreto Del Presidente Della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128 "Ordinamento interno dei servizi ospedalieri", poi modificato dall' art. 55 della Legge 18 aprile 1975, n. 148 "Disciplina sull'assunzione del personale sanitario ospedaliero e tirocinio pratico. Servizio del personale medico. Dipartimento. Modifica ed integrazione dei decreti del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, numeri 130 e 128" e poi novellato dalla legge 502 del 1992 e nella successiva normativa sia nazionale che regionale.

La Legge 7 agosto 2012, n. 135 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini", detta "spending review" al fine di massimizzare le risorse, ha introdotto la formula del Dipartimento "sperimentale" (art-15, comma 13, lettera c-bis) specificatamente come esperienza di integrazione fra IRCCS pubblici e privati.

In particolare la norma nazionale stabilisce che il Dipartimento deve realizzare i seguenti obiettivi:

- La convergenza di competenze e di esperienze scientifiche, tecniche ed assistenziali di gruppi e di singoli operatori sanitari, per consentire l'assistenza sanitaria completa del malato;
- L'incremento della ricerca e il collegamento tra didattica e assistenza;
- Il miglioramento delle tecniche sanitarie a livello interdisciplinare;
- L'aggiornamento e il perfezionamento professionale degli operatori sanitari di ogni livello, ai fini di un'assistenza sanitaria sempre più qualificata e paritaria per tutti i cittadini;
- Il superamento delle disfunzioni che determinano tempi lunghi o inutili degenze;
- L'umanizzazione dei rapporti tra strutture sanitarie, operatori sanitari, utenti del servizio sanitario e loro familiari;

Organizzazione di un dipartimento interaziendale di neuroscienze

- La corresponsabilizzazione di tutti gli operatori sanitari sul piano professionale, in relazione alle rispettive mansioni o funzioni anche con riguardo alle esigenze organizzative;
- I collegamenti tra le competenze ospedaliere e quelle di altre strutture sanitarie per quanto attiene agli interventi di tipo preventivo, curativo e riabilitativo e all'educazione sanitaria.

Il Dipartimento, con il supporto di un sistema informativo adeguato alla valutazione della produttività e degli esiti di salute, rappresenta il modello organizzativo favorente l'introduzione e l'attuazione delle politiche di governo clinico quale approccio moderno e trasparente di gestione dei servizi sanitari e costituisce il contesto nel quale le competenze professionali, ponendosi quale fattore critico per il conseguimento degli obiettivi del dipartimento, rappresentano la principale risorsa dell'organizzazione.

Definizione e caratteristiche di Dipartimento Interaziendale.

I dipartimenti interaziendali sono modalità organizzative relativamente poco esplorate che realizzano l'integrazione, il coordinamento e la collaborazione fra unità operative che appartengono ad aziende sanitarie diverse.

Si tratta di una struttura organizzativa articolata che può realizzarsi attraverso apposite convenzioni o accordi tra le aziende sanitarie coinvolte, a seguito di un apposito atto istitutivo. Si prevede un uso condiviso ed integrato delle risorse assistenziali umane e tecnologiche.

Il modello di Dipartimento Interaziendale più idoneo all'obiettivo appare quello "funzionale". I Dipartimenti funzionali coinvolgono "orizzontalmente" le unità operative ed hanno come obiettivo principale e diretto l'ottimizzazione delle procedure operative destinate al raggiungimento di obiettivi ovvero delle pratiche assistenziali destinate a categorie di pazienti o a quadri clinici specifici, massimizzando l'efficienza, l'efficacia e la qualità della prestazione.

Il Dipartimento "funzionale" e i suoi livelli decisionali non hanno alcuna competenza clinica. Le singole unità operative che compongono il dipartimento o, meglio, i medici delle singole unità operative mantengono - all'interno del dipartimento - tutta la loro autonomia e responsabilità tecnico-professionale in ordine alle patologie di competenza professionale nei limiti delle mansioni e funzioni assegnate. I livelli decisionali del dipartimento hanno unicamente competenza programmatica, organizzativa, di verifica e di controllo.

L'istituzione del Dipartimento Interaziendale richiede diversi "step" di condivisione fra le Presidenze e le Direzioni Strategiche degli Enti per la definizione anche metodologica dei seguenti punti:

- 1) Analisi (anche tramite Audit) dei singoli ambiti operativi aziendali e dei dati di controllo di gestione per verificare i criteri ed il perimetro di integrazione dipartimentale.
- 2) Modalità di Integrazione dipartimentale- Definizione dei PDTA-R e dei Progetti-
- 3) Analisi degli strumenti di digitalizzazione da utilizzare (cartella condivisa, telemedicina)
- 4) Analisi degli strumenti di qualità e rischio clinico dipartimentale
- 5) Cornice amministrativa e gestionale della sperimentazione.
- 6) Iter di approvazione da parte degli organismi deliberanti degli enti.
- 7) Analisi Indicatori ad un anno e prima valutazione della sperimentazione.

Data la complessità e la novità anche giuridica del modello organizzativo proposto, il metodo non può prescindere da una prima fase sperimentale e da un adeguamento progressivo, prospettando anche modelli innovativi di riferimento a cui tendere, da perseguire con gradualità e prevedendo fasi di transizione, dovendosi superare problemi culturali, tecnici e giuridici.

Organizzazione di un dipartimento interaziendale di neuroscienze

I Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali e Riabilitativi (PDTA-R).

I PDTA-R sono un metodo per configurare all' interno del Dipartimento Funzionale i percorsi per i pazienti in base alla patologia o alla modalità di accesso alle strutture coinvolte. Garantiscono la presa in carico del paziente in modo univoco lungo tutte le fasi diagnosi e cura, includendo il collegamento con il territorio anche alla luce del DM 77/2022.

Il Decreto Interministeriale n. 70 del 2/04/2015 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”, prevede che in una visione integrata dell'assistenza sanitaria, l'ospedale assicura la gestione del percorso diagnostico terapeutico del problema clinico di cui si fa carico, sia all'interno del presidio che all'interno della rete ospedaliera di cui fa parte.

I PDTA-R sono quindi finalizzati alla condivisione di processi decisionali talora complessi, consequenziali e il più possibile standardizzati, mirati all'organizzazione dell'assistenza a gruppi specifici di pazienti, durante un periodo di tempo ben definito, da parte di un team multidisciplinare operante anche in differenti contesti organizzativi, sia ospedalieri che territoriali.

I PDTA-R aziendali o interaziendali già nascono da gruppi di lavoro multi specialistici e multidisciplinari che , partendo dalle Linee Guida nazionali ed Internazionali disponibili o da PDTA già redatti a livello nazionale (vedi esempio del PDTA Demenze proposto dal Istituto Superiore di Sanità) o da PDTA Regionali (ad esempio il PDTA Sclerosi Multipla o quelli relativi ad alcune Malattie Rare) , provano a declinare gli stessi nel contesto in cui si deve realizzare la presa in carico e la cura del paziente. Il vantaggio è il coinvolgimento coordinato di diverse Unità Operative, ciascuna per la propria competenza, nel percorso di cura del paziente in cui è previsto un Clinical Manager che ne garantisce la continuità e che è il riferimento dei diversi colleghi coinvolti, indipendentemente dal profilo professionale o dal ruolo svolto da ciascuno all'interno della propria Unità Operativa.

Inoltre la stesura del PDTA-R coinvolge anche le associazioni dei pazienti interessati, tenendo in considerazione gli aspetti assistenziali sanitari e socio-sanitari visti anche dal loro punto di vista, secondo i principi di massima condivisione delle cure, sancito anche dalla Legge 22 dicembre 2017, n. 219 “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”.

E' inoltre più agevole, mediante l'utilizzo di Indicatori di Processo o di Esito o più semplicemente Volumetrici, applicati ai diversi PDTA-R, misurare la quantità e, soprattutto, la qualità delle cure prodotte nel suo complesso dal Dipartimento Interaziendale.

Riconoscendone il valore di tipo organizzativo e tecnico-scientifico, con impatto anche sul profilo della sicurezza delle cure in base alla Legge 8 marzo 2017, n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”, Regione Lombardia ha recentemente approvato la DGR XI /6530 del 20 Giugno 2022 “Modello regionale per l'attuazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali – PDTA” con la quale riconosce che tra i principali obiettivi dei PDTA vi è “quello di incrementare il livello di sicurezza, efficacia, efficienza, appropriatezza terapeutico-assistenziale delle cure per un numero maggiore possibile di pazienti, attraverso l'implementazione delle migliori evidenze scientifiche (raccomandazioni ministeriali, linee guida, buone pratiche cliniche, etc..)”.

DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

Pazienti (regionali ed extraregionali). Garanzia di presa in carico della propria patologia neurologica o neuropsichiatrica infantile lungo tutto il percorso medico-chirurgico-riabilitativo-territoriale da parte di strutture di eccellenza, senza più preoccupazione di dover cercare diversi ambiti di cura nel territorio lombardo extra-provinciale o addirittura in altre regioni confinanti.

Operatori Sanitari. Maggiore motivazione; scambio di esperienze; lavoro in equipe multi specialistica e multidisciplinare; migliore “fluidità” del lavoro organizzativo con risparmio di tempo e di energie da dedicare maggiormente all’assistenza.

Aziende Promotrici. Possibilità di attivare nuovi progetti innovativi; maggiore capacità di attrattività extraregionale; possibilità di diventare un Polo di riferimento nazionale ed internazionale nell’ambito delle Neuroscienze; maggiore finalizzazione delle risorse umane, tecnologiche ed economiche;

ATS Pavia: possibilità di lavorare su reti di esperienze consolidate; integrazione fra ospedale e territorio; maggiore finalizzazione dei progetti di cura e delle risorse economiche.

Comune di Pavia: creare una prima vera esperienza di integrazione interaziendale sanitaria nella Città di Pavia fra i 2 IRCSS di maggiore tradizione, embrione di un possibile sviluppo di un Progetto di Integrazione più ampio fra i 3 IRCCS e CNAO (Pavia Città della Salute).

Sistema Sanitario Regionale: esempi di collaborazione in rete integrata fra enti che mettono in comune competenze e risorse a vantaggio dei pazienti ed evitando duplicazione di realtà; Maggiore attrattività; capacità di innovazione e di ricerca con attrazione di capitali anche privati in ricerca e sviluppo; potenziamento dell’eccellenza lombarda; possibilità di ulteriori sviluppi collaborativi in ambito pavese.

La ricerca Scientifica – Potenziamento rete dei neuroscienze; aumento della capacità di produrre lavoro scientifico e di attrarre finanziamenti su progetti interaziendali; crescita del Impact Factor delle aziende del Dipartimento.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO, DELLE SUE FASI E TEMPISTICHE

Il Progetto, pur apparentemente semplice nella sua ideazione, tocca dal punto di vista amministrativo e gestionale diversi aspetti delle Aziende Coinvolte e del SSR, per cui si possono prevedere i seguenti step attuativi, tenendo presente le diverse personalità giuridiche coinvolte, una di natura pubblica (Policlinico San Matteo) ed una di natura Privata (Fondazione Mondino):

- 1) Il Progetto: Identificazione del Perimetro Dipartimentale e dei Gruppi di Lavoro per i principali Progetti Dipartimentali da Sviluppare, ivi inclusa l'identificazione delle risorse umane e tecnologiche da condividere nella fase di start-up e da acquisire sulla base dei progetti condivisi nella fase iniziale.
- 2) Identificazione delle modalità di Governance
- 3) Condivisione del Progetto Tecnico-Scientifico e di Governance Dipartimentale da parte delle Presidenze e delle Direzioni Strategiche degli Enti.
- 4) Prima sottoscrizione dell'Accordo Interaziendale e prima comunicazione ufficiale
- 5) Start-Up operative.
- 6) Progressiva Implementazione dei progetti ivi compresa la digitalizzazione dei percorsi di cura
- 7) Prima Valutazione Indicatori di processo e di esito

1.1 Il Progetto di Dipartimento Interaziendale di Neuroscienze

Il Dipartimento Interaziendale di Neuroscienze, come descritto nella parte metodologica, è di tipo «funzionale», di conseguenza non è costituito da Unità Operative (semplici o complesse) ma è centrato sul paziente ed è quindi strutturato sulla base di percorsi per patologia e per intensità di cura (PDTA-R) ai quali le diverse Unità Operative coinvolte partecipano in base alla loro competenza e a quanto richiesto, nel massimo rapporto di condivisione ed integrazione in rete fra i 2 IRCCS coinvolti. Le attività dipartimentali sono costantemente regolate e monitorate dalle Direzioni Sanitarie dei due Enti. Il Nuovo Dipartimento Interaziendale non si caratterizza, quindi, per essere una struttura gerarchicamente chiusa in un ambito gestionale definito, ma è per definizione un Dipartimento dinamico ed aperto, costantemente in evoluzione e capace di integrare anche in fasi successive nuovi percorsi, nuove attività nell'ambito delle Neuroscienze e quindi anche nuove Unità Operative fino ad includere altri Enti oltre ai 2 IRCCS promotori. Del resto la patologia neurologica si presta per le sue caratteristiche anche di cronicità ad essere incardinata su «percorsi» multidisciplinari piuttosto che in rigide strutture gestionali. Ogni Unità Operativa coinvolta mantiene quindi la propria autonomia gestionale e responsabilità assistenziale per il «tratto» di percorso di propria competenza, in ottica di piena integrazione con le altre Unità Operative via via coinvolte.

In linea di massima le strutture di OSM e di FM coinvolte nella redazione dei PDTA-R e nella organizzazione dei percorsi assistenziali, almeno nella fase iniziale, sono descritte nel diagramma seguente.

Organizzazione di un dipartimento interaziendale di neuroscienze



Organizzazione di un dipartimento interaziendale di neuroscienze

L'organizzazione del Dipartimento Interaziendale di Neuroscienze (DIN) prevede lo sviluppo di progetti specifici di sviluppo di percorsi assistenziali sia nell'area dell'emergenza-urgenza sia nell'area dell'elezione per pazienti adulti ed in età evolutiva. Ciascun Progetto è curato nel suo sviluppo e nella sua implementazione da Gruppi di Lavoro appositamente costituiti con i responsabili delle Unità Operative interessate. Alcuni Gruppi di Lavoro hanno ambiti di evidente sovrapposizione funzionale di cui tenere conto per prevedere incontri congiunti sui temi/opportunità man mano emergenti. Sarà cura delle Direzioni Sanitarie in accordo con le Direzioni Generali individuare i componenti dei Tavoli e creare armonia e sinergia di funzionamento attraverso un costante coordinamento delle attività.

Nella fase di "start-up" a titolo esemplificativo e non esclusivo, è prevista l'attivazione dei seguenti **progetti dipartimentali**, predisposti e poi sviluppati dai corrispondenti Gruppi di Lavoro (supervisionati dalle Direzioni Sanitarie dei due Enti) che condividono anche la stesura dei relativi PDTA-R:

Progetto paziente neurologico in Area Critica

Coinvolge il PS del DEA di OSM e diverse Unità Operative di OSM e FM in base alle motivazioni di ingresso del paziente.

I pazienti neurologici (MDC1) ovvero psichiatrici in età evolutiva che nel 2021 hanno avuto accesso al PS sono:

Accessi al Pronto Soccorso pazienti Neurologici o Psichiatrici Adulti ed Età Evolutiva	
Numero Totale Pazienti Neurologici	5.090
Numero Totale Pazienti Neurologici in Età Evolutiva	891
di cui Numero Totale Pazienti Psichiatrici	141

Nel disegno dipartimentale il PS diventa centrale rispetto a OSM e FM con un'integrazione a tutti gli effetti di FM nella rete dell'emergenza-urgenza neurologica di cui FM diventa nodo insieme alla Stroke Unit di II livello del DEA di OSM già gestito da FM. Di fatto viene formalizzato ed istituzionalizzato un percorso che già esiste.

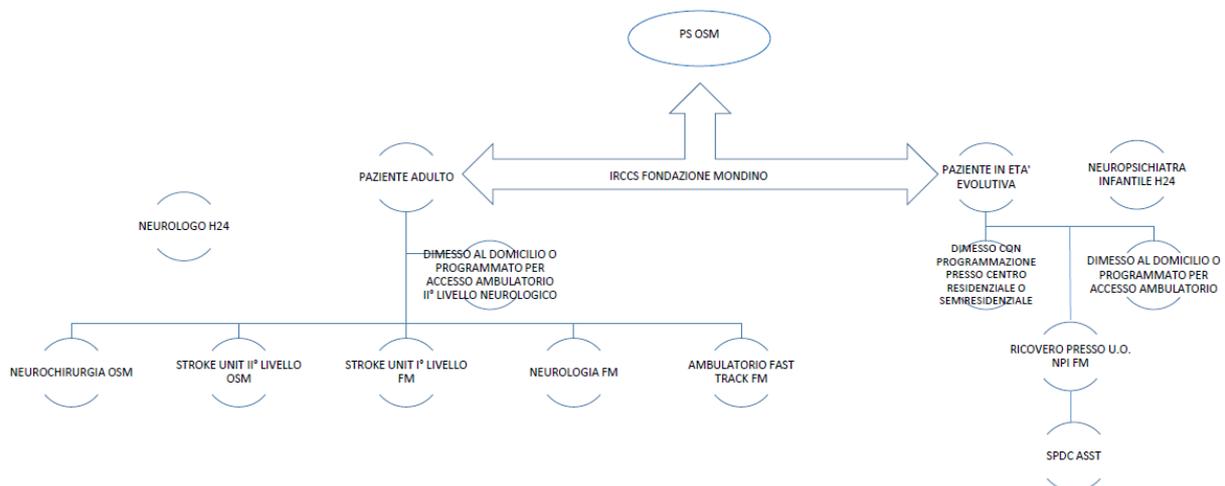
I percorsi riguardano sia i pazienti neurologici in età adulta che i giovani pazienti neurologici e psichiatrici in età evolutiva.

- 1) Percorso Adulti – Già parzialmente realizzato per presenza del neurologo di FM h24 presso il PS di OSM e per l'invio dei pazienti con Stroke presso Stroke Unit di II livello presso il DEA di OSM o verso la Stroke Unit di I° livello di FM. Inoltre l'UO Neurologia d'Urgenza di FM accoglie da PS anche pazienti neurologici non-stroke. Non sono richieste risorse umane, tecnologiche o strutturali aggiuntive. Si tratta di riconoscere formalmente il percorso nel Dipartimento con le relative funzioni (PS ovvero Rete Stroke) come da DGR XI/2014 del 31/07/2019 "Criteri per la definizione delle attività e servizi da finanziare con l'istituto delle funzioni di cui all'articolo 8-sexies del d.lgs. 502/1992, a decorrere dall'esercizio 2019". Terminato il percorso in Area Critica il paziente entra nel percorso Dipartimentale specifico per patologia, se presente.
- 2) Percorso Età Evolutiva – Il Dipartimento dovrebbe avviare con urgenza un Progetto che pone rimedio ad un'esigenza oggi molto sentita dal territorio, crescente nei numeri e nella gravità della patologia soprattutto in ambito psichiatrico, e che non ha una risposta sufficientemente organizzata e quindi adeguata. I piccoli o giovani pazienti che afferiscono al PS pediatrico o adulti di OSM per problemi neurologici o psichiatrici (compresi i Disturbi del Comportamento

Organizzazione di un dipartimento interaziendale di neuroscienze

Alimentare) vengono valutati quanto prima da un medico Neuropsichiatra Infantile come reperibile H24, il quale decide insieme al medico di PS il settings assistenziale più adeguato nell'ambito del DIN. In particolare, in caso di necessità di ricovero ospedaliero, deciderà se inviare (in base all'età e alla gravità del caso) presso SPDC di ASST Pavia ovvero presso il reparto di NPIA di FM. In questo caso il Progetto prevede che si strutturi presso FM un reparto protetto e sicuro, isolato dal contesto dei ricoveri neurologici pediatrici. Per il percorso in Area Critica dell'età evolutiva sono quindi da prevedere risorse aggiuntive dal punto di vista organizzativo (reperibilità medici presso PS di OSM) e strutturali (reparto protetto presso FM ovvero adeguamento OBI protetta presso PS OSM), che necessitano di essere reperite coerentemente con quanto previsto da parte di Regione Lombardia con DGR XI/5941 del 7/02/2022 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e socio-sanitario per l'esercizio 2022 - quadro economico programmatico", regole 2022, oltre che con le Funzioni già previste con DGR XI/2014 del 31/07/2019

AREA CRITICA – DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE DI NEUROSCIENZE



Progetto presa in carico paziente neuroconologico

Presso FM è operante da anni una Unità Operativa di Neuroncologia medica che può contare su un'esperta équipe multidisciplinare (medici neurologi, neuroradiologici e neurobiologici, psicologi, infermieri e terapisti) che ha maturato esperienza e relazioni in rete con alcune unità di OSM, con CNAO e con l'Istituto Tumori. OSM ha una Unità Operativa di Oncologia medica e un'Unità Operativa di Neurochirurgia. Pur partecipando sia OSM che FM al Dipartimento Interaziendale di Oncologia (DIPO) e pur esistendo un PDTA neuroncologico, non è mai stato formalizzato un percorso di presa in carico del paziente neuroncologico fra i 2 Enti e fra i 2 Enti e CNAO; le relazioni sono sempre state unicamente tenute dai singoli professionisti nell'ambito di collaborazioni personali. Il paziente ed i familiari vivono quindi un'esperienza spesso frammentata, talora di abbandono, sicuramente inefficiente ed inefficace mortificando spesso anche le competenze dei professionisti. Appare quindi necessario ed urgentissimo ricodificare un nuovo PDTA Dipartimentale di Neuroncologia, prima di tutto centrato sul percorso del paziente che deve essere condotto, a seconda dell'accesso, fra la Neuroncologia di FM, la Neurochirurgia e l'Oncologia di OSM e i servizi di assoluto rilievo forniti da CNAO in alcuni ambiti selezionati. Solo il Dipartimento Interaziendale di

Organizzazione di un dipartimento interaziendale di neuroscienze

neuroscienze potrà dare una risposta completa di presa in carico ai pazienti che devono far spesso fronte a un doloroso percorso che deve necessariamente includere anche i settings assistenziali riabilitativi o di sostegno (hospice) ovvero quelli territoriali come l'ADI.

Il Progetto che deve essere velocemente implementato, dovrà tenere conto degli investimenti necessari anche nelle nuove tecniche di diagnostica neurobiologica che stanno affiancando e in gran parte sostituendo quella istologica classica.

Nel DIN potrà trovare collocazione quindi uno dei più avanzati Centri di Neuroncologia in Italia ed in Europa.

Progetto Nuovi Percorsi di Neurologia e Neurochirurgia: dal nervo periferico alla patologia neurodegenerativa.

Questo Progetto contiene, soprattutto per quanto riguarda la patologia neurodegenerativa, i più alti contenuti di innovazione che tendono a rendere sempre più "one medicine" la neurologia e la neurochirurgia nella cura del paziente. A fianco infatti dello sviluppo sempre maggiore dei farmaci biologici ad alto costo e dai risultati spesso contrastanti nella letteratura internazionale (farmaci ad m-RNA e/o anticorpi monoclonali) si stanno affacciando all'utilizzo assistenziale tecnologie medico-chirurgiche innovative, mininvasive, che possono rivoluzionare l'approccio della medicina alle patologie neurodegenerative croniche quali Parkinson e Disturbi del Movimento, Epilessia e anche la già citata Neuroncologia. I pazienti con malattia di Parkinson o Disturbi del Movimento (tipo tremori essenziali) vengono oggi trattati solo in parte con terapie mediche tradizionali presso FM; in numero considerevole vengono inviati presso Centri di Neurochirurgia Funzionale dell'area milanese per l'impianto selettivo degli elettrostimolatori (Deep Brain Stimulation device), mancando a Pavia il relativo percorso. Lo stesso vale per i pazienti da sottoporre a High Frequency Focus Ultrasound che oggi possono recarsi solo presso il Besta di Milano, unico centro al momento autorizzato per questa terapia innovativa che sta ampliando sempre più i suoi ambiti di intervento, sostituendo farmaci ad alto costo e macro-interventi chirurgici e spesso anche l'impianto stesso di DBS.

Alla luce anche della possibilità di intervenire anche tramite la tecnologia adroterapia di CNAO vanno valutate nel Gruppo di Lavoro anche l'opportunità di intervenire in elezione anche con gamma-knife nella patologia oncologica, malformativa etc. etc.

Appare ovvio che un Dipartimento di Neuroscienze che nasce da due IRCCS di eccellenza e con storia secolare non può che avere come obiettivo i trattamenti più efficaci ed innovativi non solo nel campo dell'emergenza-urgenza ma anche nel trattamento in elezione delle patologie neurologiche più invalidanti o dalla prognosi più infausta. La possibilità di avere a disposizione della equipe multi specialistica e multidisciplinare del DIN una gamma di possibilità terapeutiche con cui intervenire, sia mediche innovative che chirurgiche mini-invasive oltre a quelle chirurgiche tradizionali, costituisce per i pazienti Lombardi affetti da patologia neurologia invalidante o a prognosi negativa un Centro di riferimento unico nel suo genere.

In quest'ottica le competenze neuroradiologiche e neuro interventistiche presenti nei 2 IRCCS e comprendenti il Gruppo di Lavoro, integrate nella loro operatività quotidiana rappresentano un valore aggiunto in più non solo nel trattamento in urgenza dello Stroke.

Anche la cura medica e chirurgica del trattamento del nervo periferico quali radiculopatie ovvero compressioni dei nervi ai diversi livelli (ad esempio il tunnel carpale o anche nevralgie trigeminali) richiedono approcci sempre più integrati. Queste ultime patologie, molto diffuse nella popolazione generale, faticano a trovare percorsi completi di presa in carico (dalla diagnosi al trattamento anche

Organizzazione di un dipartimento interaziendale di neuroscienze

riabilitativo) e spesso consegnano il paziente alla ricerca di centri in grado di risolvere il problema con notevole perdita di tempo e dispersione di risorse.

L'integrazione di fatto "simbiotica" fra la Neurochirurgia di OSM e FM apre ovviamente ad un nuovo possibile assetto della Neurochirurgia Dipartimentale che per alcune funzioni strettamente legate all'emergenza ictale o traumatica deve svolgersi presso il San Matteo mentre per alcune funzioni più innovative e correlate alla pratica neurologica potrebbero svilupparsi presso FM (quali a titolo esemplificativo l'High Frequency Focus Ultrasound ovvero prestazioni chirurgiche ambulatoriali a bassa intensità sul nervo periferico).

I PDTA che si potranno sviluppare dipenderà anche dagli investimenti Dipartimentali in tecnologia ad alto costo che rivestono la maggiore voce «una tantum» di questo articolato progetto che ha anche enormi potenzialità dal punto di vista scientifico, dati gli elevati contenuti di innovazione e di prospettive nuove ancora tutte da indagare.

Non è necessaria invece prevedere un investimento in capitale umano se non in formazione ovvero in un limitato numero di unità mediche e tecniche altamente specializzate negli approcci terapeutici individuati.

Dal punto di vista strutturale potrebbero rendersi necessari alcuni adeguamenti ai requisiti di accreditamento presso FM.

Progetto Disturbi Comportamenti Alimentari (DCA)

In considerazione della diffusione dei comportamenti patologici correlati ai disturbi dell'alimentazione (anoressia, bulimia, binge-eating) e della molteplicità delle professionalità coinvolte sia nei percorsi di diagnosi e cura, sia in quelli riabilitativi, in considerazione anche della recente rilevanza che Regione Lombardia ha voluto ribadire con la recente Legge Regionale 23 febbraio 2021 n.2 "Disposizioni per la prevenzione e la cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e il sostegno ai pazienti e alle loro famiglie", si ritiene che il Dipartimento di Neuroscienze debba dedicare un progetto ed PDTA specifici a tale condizione.

In particolare presso FM è stato istituito recente un Centro per i DCA nell'età evolutiva, con particolare riguardo alle anoressie e ai disturbi mentali correlati. Tale Centro si avvale già della collaborazione dei medici nutrizionisti di OSM. Tuttavia alcuni/alcune pazienti accedono anche a OSM (talora tramite PS) per le conseguenze più internistiche legate al cronicizzarsi di tali condizioni patologiche, senza mai aver ricevuto adeguata attenzione di tipo psichiatrico o psicologico.

Nell'ambito del DIN appare quindi un'opportunità istituire un apposito Gruppo di lavoro che predisponga un PDTA-R Dipartimentale sia per quanto riguarda l'età evolutiva che l'età adulta e che unisca tutte le competenze ed i diversi settings-assistenziali disponibili per assistere questi pazienti a 360°, sperando in un reinserimento positivo nella quotidianità e prevenendo tutte le comorbidità purtroppo correlate ai DCA.

Servizi di Supporto

Parallelamente ai Gruppi di Lavoro clinici, è opportuno che si strutturino, sempre supervisionati dalle Direzioni Sanitarie, i seguenti Gruppi di Lavoro Dipartimentali relativi ai servizi di supporto:

- a) Information Technologies. I delegati dei servizi informatici dei singoli enti dovranno lavorare congiuntamente ad un fascicolo clinico informatizzato condiviso da tutte le UO e i Servizi che partecipano ai percorsi dipartimentali. La condivisione dei dati lungo il percorso di assistenza al paziente è infatti elemento imprescindibile per il buon funzionamento del Dipartimento

Organizzazione di un dipartimento interaziendale di neuroscienze

funzionale. Sarà utile strumento di supporto anche lo sviluppo del Teleconsulto come strumento di lavoro condiviso fra i professionisti del Dipartimento.

- b) Centro Operativo del DIN. E' punto di riferimento per i pazienti inseriti nei percorsi del DIN e dei professionisti che vi lavorano; cura la continuità della presa in carico dei pazienti ed il loro successivo inserimento nei percorsi socio-sanitari territoriali in stretto contatto con le Case di Comunità e le Centrali Operative Territoriali (COT) come previsto dalla Legge Regionale 22/2021. E' punto di riferimento anche amministrativo del DIN. Prevede la presenza di una amministrativo e di un sanitario (assistente sanitaria/infermiera).
- c) Attività di Risk Management e Gestione Sinistri. E' prevista la costituzione di un Gruppo di lavoro permanente fra i Risk Manager e le Medicine legali degli enti per affrontare congiuntamente la caratterizzazione, la prevenzione e la gestione dei rischi emergenti dalle attività assistenziali realizzate nel Dipartimento. Controlla insieme ai sistemi di Qualità Aziendali la fattibilità e l'aggiornamento dei PDTA-R rispetto alle Linee Guida Nazionali ed Internazionali. Vengono previste attività di Audit e analisi sia reattive agli eventi avversi a ricaduta interaziendale sia di verifica pro-attiva della qualità dei processi. Interagisce con il Comitato Operativo per il miglioramento complessivo della qualità dell'organizzazione Dipartimentale.

Iniziative di Educazione e Prevenzione: La Medicina di Iniziativa

Compito del DIN e dei suoi professionisti è l'educazione sanitaria e la prevenzione. Oltre ad iniziative dirette quindi ai pazienti e alle loro associazioni anche in collaborazione con i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta, sono previste azioni mirate soprattutto sui pazienti cronici affinché venga mantenuta la puntualità dei controlli e delle attività previste anche in ambito territoriale. In questo senso appare nodale il supporto sia informatico che quello del Centro Operativo del DIN.

1.2 Identificazione delle Modalità di Governance del Dipartimento Sperimentale Interaziendale di Neuroscienze.

Il Dipartimento funzionale non prevede una Governance complessa, in quanto è un modello "orizzontale" alla Unità Operative degli enti che lo costituiscono, aperto, finalizzato a gestire processi e non strutture od organigrammi. Il punto nodale è quindi, una volta integrate le Unità Operative necessarie, individuare gli obiettivi e governare i processi per raggiungere gli stessi, valutando indicatori di processo e di esito ed apportando via via attività di miglioramento. In quest'ottica i Gruppi di Lavoro organizzati per progetto e supervisionati dalle Direzioni Sanitarie assumono rilievo particolare sia nella progettazione che nell'implementazione e nel miglioramento delle attività del Dipartimento.

Di conseguenza la Governance Dipartimentale si può così ipotizzare, cercando anche di non discostarsi troppo dai classici schemi proposti dalle diverse Regioni, in particolare da Regione Lombardia:

- 1) La Cabina di regia – Composta dai Presidenti e dalle Direzioni Strategiche (Generali, Sanitarie e Scientifiche) degli Enti. Ha compito di indirizzo e programmazione e verifica periodica dei risultati. A turno un Presidente ne assume il coordinamento per il periodo stabilito dall'Accordo Interaziendale.

- 2) Il Comitato Operativo – Composto dai Direttori Sanitari Aziendali degli Enti. Riferisce alla Cabina di Regia e coordina i Gruppi di Lavoro che ad esso riferiscono. A turno un Direttore Sanitario ne assume il coordinamento per il periodo stabilito dall'Accordo Interaziendale.
- 3) Il Comitato Tecnico-Scientifico. E' costituito dai Responsabili delle Unità Operative che fanno parte del Dipartimento Interaziendale, dai Direttori Medici di Presidio, dai Risk manager Aziendali, dai Coordinatori delle attività tecniche ed infermieristiche, dai Responsabili delle Farmacie Ospedaliere. Non ha autonomia organizzativa ed è convocato periodicamente dal Comitato Operativo per momenti di confronto, condivisione, progettazione o per risolvere difficoltà emergenti nel corso dell'attività del Dipartimento. Altri profili aziendali possono partecipare su richiesta del Comitato Operativo, per la discussione su argomenti per i quali è richiesta la loro presenza.
- 4) Il Coordinamento Dipartimentale dei Direttori Scientifici Viene convocato su iniziativa di uno dei Direttori Scientifici Aziendali per il miglioramento e il potenziamento dell'attività scientifica nel campo delle Neuroscienze. Opera in stretto coordinamento con il Comitato Operativo.

1.3 Condivisione dei Progetto Tecnico-Scientifico e di Governance Dipartimentale da parte delle Presidenze e delle Direzioni Strategiche degli Enti.

L'indirizzo di Istituzione del Dipartimento deve essere preliminarmente inserito nel POAS approvato da OSM e validato da Regione Lombardia, nonché inserito nel Piano Strategico di FM e approvato dal proprio CdA.

Il Progetto ed il Modello di Governance di cui al punto precedente fanno parte integrante dell'Accordo di Istituzione del Dipartimento Sperimentale Interaziendale di Neuroscienze, ove si stabiliranno i dettagli degli obblighi anche economici, qualora previsti, fra le parti. Devono quindi essere preliminarmente condivise con le Direzioni Strategiche e i rispettivi CdA.

Le attività assistenziali reciproche anche dipartimentali sono invece regolate da apposita convenzione generale, la quale riprende anche attività non necessariamente inserite fra quelle dipartimentali. Questa fase di condivisione e approvazione preliminare è previsto che possa chiudersi entro Ottobre 2022.

Sempre entro Ottobre è opportuno ottenere la condivisione anche sui Progetti da parte della DG Welfare di Regione Lombardia, avendo gli stessi effetti sulla programmazione sanitaria e su eventuali risorse da attribuire e/o redistribuire.

1.4 Prima sottoscrizione dell'Accordo Interaziendale e comunicazione ufficiale del nuovo Dipartimento di Neuroscienze.

Stabiliti i passaggi sopra descritti è possibile non oltre fine Novembre sottoscrivere l'Accordo da parte dei Presidenti degli enti e darne notizia pubblica, iniziando così la costituzione ufficiale della Governance dipartimentale e la predisposizione della fase operativa vera e propria.

1.5 Start Up -Operativa

Potrebbe essere prevista, qualora il progetto abbia superato le fasi precedenti, una prima start-up prevalentemente relativa ai progetti di PS e di Neuroncologia di cui sopra a Gennaio

2023. Potrebbe avviarsi anche il Centro Operativo dipartimentale che non richiede interventi autorizzativi e/o strutturali particolari.

1.6 Progressiva Implementazione dei progetti ivi compresa la Digitalizzazione dei percorsi di cura.

Nel corso del 2023, in base anche a quanto concordato con la Dg Welfare di regione Lombardia, potranno progressivamente attivarsi i rimanenti progetti che riguardano il potenziamento della Neurochirurgia sul versante funzionale/mini-invasivo e i relativi percorsi di presa in carico della patologia neuro-degenerativa. Una prima verifica dei progetti può essere a Giugno 2023 e poi a Dicembre 2023.

Nel corso del 2023 possono realizzarsi anche gli altri Progetti di supporto previsti.

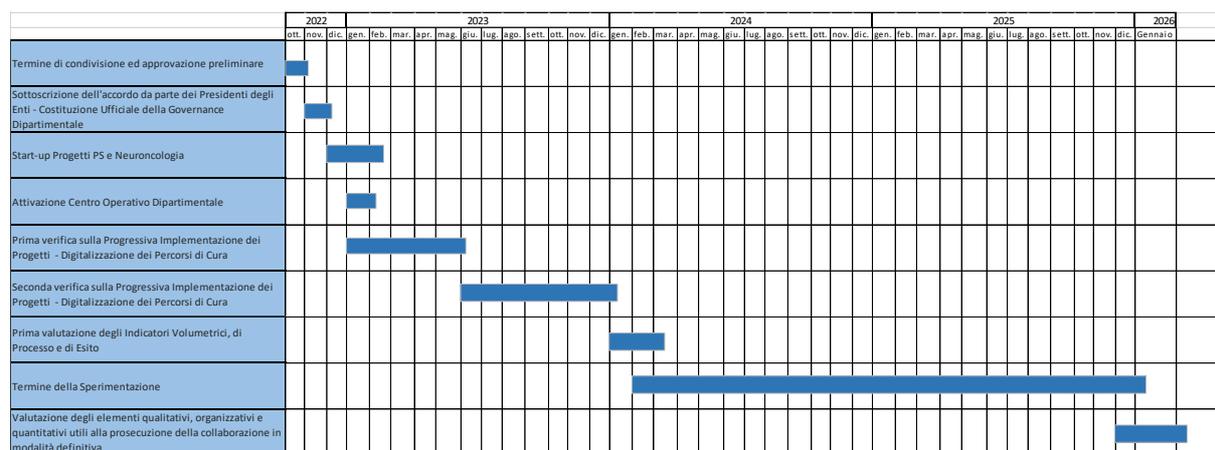
1.7 Prima Valutazione Indicatori volumetrici, di processo e di esito

A Marzo 2024 sarà possibile trarre le prime considerazioni in base alle attività realmente implementate. Potrà essere valutata la soddisfazione degli operatori e degli utenti, il numero dei pazienti trattati nei percorsi dipartimentali, gli esiti di malattia, la capacità di tenere il paziente dentro il percorso (vs dispersione), l'efficienza in termini soprattutto di tempi d'attesa per le diverse prestazioni medico-chirurgiche, tempo di completamento dei percorsi e possibile valorizzazioni dei costi.

Sarà quindi possibile procedere alla programmazione 2024, ipotizzando la fine della sperimentazione con tutte le attività possibili implementate per la fine 2025.

All'inizio del 2026 si dovrebbero avere tutti gli elementi utili qualitativi, organizzativi e quantitativi per comprendere l'utilità di proseguire e in che modalità definitiva.

Il Lavoro fra gli Enti interessanti, il sempre maggior allargamento al territorio e agli altri Enti interessati alla gestione in rete delle Neuroscienze ma soprattutto il sostegno e l'accompagnamento di Regione Lombardia potranno decretare o meno il successo di questa sperimentazione dipartimentale interaziendale.



COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE

I costi del Dipartimento sono prevalentemente legati ai Progetti da realizzare e ai relative percorsi clinici da rendere operative.

Il Dipartimento in quanto “strumento organizzativo, di verifica e programmazione, non ha costi strutturali propri di funzionamento e quindi non è dotato di bilancio. Tuttavia il Comitato Operativo monitora I costi e I ricavi delle attività dipartimentali unitamente agli indicatori di funzionamento e ne riferisce alla Cabina di Regia almeno semestralmente.

I costi del nuovo Dipartimento suddivisi principalmente fra personale e tecnologie/nuove apparecchiature sono relative all’implementazione dei singoli progetti e, seppur promossi e condivisi dalla Cabina di regia su proposta del Comitato Operativo sentito il Comitato Tecnico Scientifico, rimangono in capo al bilancio del singolo Ente salvo quanto disposto da eventuali specifiche convenzioni. Lo stesso vale per I contributi in conto capitale a sostegno degli investimenti ovvero delle remunerazioni derivanti dalle nuove attività. Possono essere previsti investimenti anche di miglioramento strutturale finalizzati alla realizzazione dei Progetti e al completamento dei percorsi (vedasi Progetto Adolescenti in Area Critica ovvero Neurochirurgia Funzionale).

Solo il Centro Operativo Dipartimentale, peraltro necessario alla continuità della presa in carico dei pazienti nei percorsi assistenziali anche territoriali ed essenziale per la loro efficienza, ha un costo limitato ai due operatori previsti per il suo funzionamento, di cui uno amministrativo e uno sanitario (infermiere gestionale/assistente socio-sanitario).

I costi per investimento in adeguamenti strutturali o tecnologici sono (ove non coperti da contributi in conto capitale) da considerare ammortizzabili in un numero di anni variabile da 3 a 10 in base alle disposizioni normative in materia fiscale e alle scelte degli Enti aderenti al Dipartimento.

Tabella 1 Previsione Costi DIN (euro)

	Personale	Investimenti Tecnologici	Investimenti Adeguamenti Strutturali	Costi Generali
Centro Operativo	90.000/anno. 1 amministrativo 1 inf./ass. Socio San.	NP*	NP*	20.000/anno
Condivisione/protezione Dati	NP*	200.000	NP*	NP
Pr. Adolescenti Area Critica.	400.000/anno. 5 dir. Medici	NP	600.000: reparto protetto 6 PL	NP
Pr. Neuroncologia	NP	150.000: Lab Neurobiologia Oncologica	NP	NP
Pr. Nuovi Percorsi Neurochirurgici	100.000/anno Dir Med. Alta Spec.	6.000.000 °	NP	NP
Pr. DCA	NP	NP	800.000: adeguamento spazi per MAC e DH adulti ed età evolutiva.	NP

*NP: Non Previsti; ° Importo massimo previsto, in base alle nuove tecnologie implementate nei percorsi medico/chirurgici.

RISULTATI ATTESI

La Sanità non procede più per ambiti “chiusi” ma per processi che organizzano percorsi di cura omogenei. Nello stesso tempo non è possibile replicare strutture con i relativi costi di investimento e di funzionamento per garantire la completezza dei percorsi, in particolare se si tratta di strutture già esistenti seppur appartenenti ad Enti diversi collocati nella stessa area urbana, le quali possono invece integrarsi in rete. Il primo risultato atteso dal nuovo Dipartimenti Interaziendale è quindi quello di fornire ai pazienti sia regionali che extra-regionali percorsi di presa in carico medico-chirurgici nell’ambito della patologia neurologica acuta o cronica, all’avanguardia rispetto alle più aggiornate conoscenze scientifiche in materia, massimizzando l’impiego delle strutture, delle risorse umane e delle tecnologie esistenti nei due Enti che daranno vita al nuovo Dipartimento Interaziendale.

Alcuni investimenti come si evince dal capitolo dei costi previsti sono inevitabili per poter implementare in Centro di Neuroscienze di eccellenza come compete a dure IRCCS storici quali la Fondazione Policlinico San Matteo e la Fondazione C. Mondino. Un secondo risultato sarà però quello di investire esclusivamente nel completamento, nel miglioramento e nel potenziamento dei percorsi concordati insieme a Regione Lombardia, necessari per la presa in carico a “tutto tondo” della patologia neurologica dell’adulto e dell’età evolutive, come descritto nei progetti condivisi, non espressione di un solo Ente ma di un intero Dipartimento Interaziendale che diventa “Sistema in Rete”, modello sperimentale anche per la Regione.

Un ulteriore risultato atteso sarà, per i pazienti Lombardi, lo stretto collegamento con la medicina di territorio tramite l’allargamento ad ASST Pavia, con iniziative anche di educazione e di prevenzione, al fine di far emergere tempestivamente patologie sommerse ed evitare che si debba curare il paziente solo nella fase dell’acuzie quando si presenta in PS ovvero quando la patologia neurologica è troppo avanzata per poter essere sottoposta ad eventuali terapie. E’ evidente il lavoro che la Centro Operativo Dipartimentale, monitorando il percorso dei pazienti fra i diversi Enti, potrà essere in stretto contatto con le Case di Comunità e le Centrali Operative Territoriali per quanto riguarda la prosecuzione e la condivisione delle cure.

Infine, essendo gli Enti promotori due IRCCS, un importante risultato atteso è il potenziamento della ricerca scientifica, aprendosi potenzialità oggi precluse sia in termini di cura che di attrattività; in particolare la sperimentazione di nuove terapie mediche o neurochirurgiche mininvasive ad alto contenuto innovative saranno rese possibili e sostenibili solo dal nuovo Dipartimento Interaziendale che potrà collocarsi anche come punto di riferimento per l’industria farmaceutica e biomedicale in rapporto anche con le altre iniziative di ricerca e di incubazione che l’Università di Pavia sta promuovendo insieme anche a Regione Lombardia (vedi Parco Tecnico-Scientifico G. Cardano).

Di seguito le tabelle relative ai costi del tutto orientativi relative al Centro operative Dipartimentale e all’implementazione/realizzazione dei singoli progetti.

CONCLUSIONI

La sanità lombarda, come confermato anche dalla Legge Regionale 22/2021, sta evolvendo verso un modello collaborativo superando quello competitivo, al fine di integrare in modo efficiente ed efficace nelle diverse macro-aree regionali, percorsi “in rete” di presa in carico. Nel nostro caso si vorrebbe promuovere attraverso lo strumento del Dipartimento Interaziendale Sperimentale di Neuroscienze (DIN) fra due IRCCS che hanno storicamente sviluppato diverse funzioni, percorsi integrati dedicati al paziente con patologia neurologica sia acuta (area critica) che cronica (elezione) di età adulta ovvero con patologia psichiatrica nell’età evolutiva. L’integrazione delle competenze fra i due IRCCS permetterà anche di creare un Centro Interaziendale di Medicina Nutrizionale in parte dedicata alle patologie neurologiche ed oncologiche trattate nel Dipartimento ed in parte dedicato ai Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sia nell’età adulta anche nell’età evolutiva. Ciò è reso possibile dalle competenze sviluppate nel tempo della Fondazione Policlinico San Matteo nei diversi ambiti della medicina e della chirurgia, e dalla competenza monotematica sviluppata in più di un secolo di storia dalla Fondazione C. Mondino nel campo delle neuroscienze. Unire competenze, servizi e strutture pur mantenendo ciascuno la propria autonomia giuridica diventa non solo consigliabile ma necessario per offrire ai pazienti neurologici o ai giovani pazienti con disagio psichiatrico risposte all’altezza dei tempi e delle tradizioni dei due IRCCS.

Lo strumento Dipartimentale Interaziendale appare quindi quello più adeguato, con una caratterizzazione sperimentale dovuta anche al fatto che la Fondazione Policlinico San Matteo è un IRCCS di Diritto Pubblico, mentre la Fondazione C. Mondino è un IRCCS di diritto privato, pur non avendo scopo di lucro. Il percorso dovrà essere accompagnato nel suo svolgersi da Regione Lombardia e dovrà necessariamente aprirsi ad altri Enti fondamentali per completare alcuni percorsi sia ospedalieri (ad esempio il Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica per il Progetto Neuroncologia) che territoriali (ad es. ASST Pavia per la continuità delle cure e la presa in carico dell’adolescente con disagio psichiatrico).

Per sua stessa natura il nuovo Dipartimento Interaziendale non ha natura gestionale ma funzionale ed è centrato sul paziente e sui PDTA-R piuttosto che sulle strutture operative semplici o complesse che ad esso afferiscono, per quanto di competenza, nel fornire una cura o un servizio al paziente. Il Modello di Governance richiede quindi una forte supervisione da parte delle Direzioni Sanitarie degli Enti che fan parte del Dipartimento attraverso un Comitato Operativo che riferisce ad una Cabina di Regia Strategica strettamente connessa con la Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia e che si avvale di un Comitato Tecnico-Scientifico.

In conclusione il Dipartimento Sperimentale Interaziendale di Neuroscienze, come organizzato nel modello proposto nel presente Project Work, è uno strumento operativo moderno, agile e molto flessibile per dare risposte di cura complesse ed innovative nel campo delle Neuroscienze ma che può essere utilizzato per altri percorsi interaziendali soprattutto in strutture operanti nello stesso Distretto ai sensi della Legge 22/2021, evitando duplicazioni, massimizzando le politiche di investimento ed offrendo ai pazienti le migliori opportunità di cura possibili.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- Legge o un atto avente valore di legge, citato per la prima volta in un testo:
- Legge 23 Dicembre 1978, n.833 in materia di “Istituzione del servizio sanitario nazionale”
- Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992, n.502 in materia di “Riordino della disciplina in materia sanitaria”
- Decreto Ministero della Salute 2 Aprile 2015, n.70 in materia di “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”
- Legge Regionale 11 Luglio 1997, n.31 in materia di “Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali”
- Legge regionale 11 Agosto 2015, n. 23 in materia di “Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche la titolo I e al Titolo II delle legge regionale 30 dicembre 2009, n.33
- Decreto del Ministero della Salute 23 Maggio 2022, n.77 in materia di “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”
- Legge regionale 14 Dicembre 2021, n.22 in materia di “Modifiche la titolo I e al Titolo VII delle legge regionale 30 dicembre 2009, n.33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità).
- Decreto Del Presidente Della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128 “Ordinamento interno dei servizi ospedalieri”
- Legge 18 aprile 1975, n. 148 “Disciplina sull'assunzione del personale sanitario ospedaliero e tirocinio pratico. Servizio del personale medico. Dipartimento. Modifica ed integrazione dei decreti del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, numeri 130 e 128”
- Legge 7 agosto 2012, n. 135 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”
- Legge 22 dicembre 2017, n. 219 “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”
- DGR XI /6530 del 20 Giugno 2022 “Modello regionale per l'attuazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali – PDTA”
- DGR XI/2014 del 31.07.2019 “Criteri per la definizione delle attività e servizi da finanziare con l’istituto delle funzioni di cui all’articolo 8-sexies del d.lgs. 502/1992, a decorrere dall’esercizio 2019”
- DGR XI/5941 del 7.02.2022 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e sociosanitario per l'esercizio 2022 - quadro economico programmatico”
- Legge Regionale 23 febbraio 2021, n. 2 “Disposizioni per la prevenzione e la cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e il sostegno ai pazienti e alle loro famiglie”

BIBLIOGRAFIA

- A. Cicchetti (a cura di), *I dipartimenti ospedalieri nel servizio sanitario Nazionale*, Franco Angeli, Milano 2012
- F. Pesaresi, *I dipartimenti ospedalieri*, ASI Editore, Roma, 2000
- Bondonio D., Cestari R. (1994) "Analisi e prospettive del dipartimento ospedaliero" in "Organizzazione sanitaria" n.2/1994;
- Guzzanti E., Mastrilli F., Mastrobuono I., Mazzeo M.C. (1994) "Aree funzionali omogenee e dipartimenti" in "Federazione Medica" n.10/1994;
- U. Montaguti "L'organizzazione dipartimentale nelle aziende sanitarie di USL e ospedaliere" in AA.VV. "Il medico e il management", Accademia nazionale di medicina, 1997;

SITOGRAFIA

Library & Information Services (1998). *Electronic library resources: a subject guide to selected resources on the Internet* [online]. The Nottingham Trent University, Nottingham. Disponibile su <<http://www.ntu.ac.uk/lis/elr.htm>> [Data di accesso: 16/07/2004].

Defoe D. (1998). *The fortunes and the misfortunes of the famous Moll Flanders* [online]. Project Gutenberg, Champaign, Illinois. Disponibile su <<http://www.archive.org/gutenberg.htm>> [Data di accesso: 16/04/2005].

