

7.5. Il percorso del paziente chirurgico

<i>Laboratorio</i>	7.5. Il percorso del paziente chirurgico
<i>Area</i>	Modelli organizzativi innovativi
<i>Abstract</i>	La crescente domanda di interventi chirurgici, dovuta a fattori demografici come l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle patologie croniche, insieme alle innovazioni tecnologiche come la chirurgia robotica, si inserisce in un contesto di risorse economiche e umane spesso insufficienti e variabili. Questa complessità richiede una gestione efficiente dell'intero percorso chirurgico, dalla pianificazione al follow-up, per migliorare l'efficacia del sistema sanitario, sostenere economicamente il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori sanitari, e assicurare un accesso equo alle cure per tutti i cittadini.

Scenario di riferimento

Durante la prima fase del laboratorio, il dr. Antonio Frangiosa e il dr. Marcello Persico hanno introdotto il tema del laboratorio attraverso delle presentazioni chiare del percorso del paziente chirurgico, mostrando le criticità presenti. Questo input iniziale ha dato vita a una proficua discussione, fin dai primi momenti, in cui i partecipanti hanno riportato sui post-it i punti che ritenevano essenziali da discutere e considerare e che poi sono stati effettivamente presi in esame anche nelle fasi successive:

- Criticità delle liste d'attesa e necessità di una loro centralizzazione. Il blocco viene individuato proprio nelle liste d'attesa, nella loro gestione, nella necessità di meno liste e di una suddivisione per gravità e patologia. Emerge la mancanza di uno strumento di autoregolamento e della condivisione di criteri. Nel valutare liste regionali, si considera il problema della diversa complessità nei vari ospedali.
- Criticità legate alla presa in carico
- Necessità di fare rete
- Ricerca di regole condivise
- Necessità di indicazioni, sicurezza e qualità
- Cambio codici d'accesso

- Controllo della fase di dimissione del paziente chirurgico
- Profili esami preoperatori condivisi
- Necessità di implementare l'attività chirurgica per far fronte alle elevate richieste
- Valutazione della necessità di occuparsi delle patologie semplici in tutti gli ospedali, mentre delle patologie importanti nei Grandi Ospedali; garantendo allo stesso tempo uno standard omogeneo, senza differire nella qualità delle cure mediche.

Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Durante la seconda fase del laboratorio sono state considerate le diverse fasi del percorso chirurgico, ove i partecipanti hanno esplorato le criticità e la possibile attuazione di proposte emerse nel corso del brainstorming, evidenziando i punti di forza e di debolezza in termini di utilità.

Fase pre-ospedalizzazione

- Per i casi di chirurgia minore sarebbe importante che i pazienti facciano quanto necessario in un unico ingresso nella struttura ospedaliera. Ciò al momento non avviene a causa delle elevate richieste
- Necessità di profili operatori, codice ASA
- I benefici della telemedicina
- Importanza dell'alleanza terapeutica, il rapporto medico paziente resta un elemento importante da non trascurare. Tuttavia, la sua importanza viene meno, nel momento in cui le tempistiche delle liste d'attesa restano interminabili
- Necessità di informare e formare ulteriormente gli operatori

Fase presa in carico

- Problematica dell'effettuare gli esami all'interno della struttura
- Criticità della lista presa in carico. C'è la necessità di un infermiere che segua il paziente e si occupi delle varie prenotazioni, durante questa fase
- Necessità di informare e formare ulteriormente gli operatori, anche in questa fase

Tempi chirurgici

- Informatizzare attraverso il bracciale elettronico, ciò permetterebbe di avere indicatori oggettivi
- Necessità di personale (infermieri ed équipe dedicate) e di risorse automatiche elettroniche
- Gestione delle urgenze indifferibili e delle urgenze reparto
- Criticità legate alla settimana corta del personale

Dimissioni

- Criticità delle dimissioni precoci
- Necessità di una migliore comunicazione, ai pazienti in questa fase, da parte dei dottori
- Criticità legate alla reperibilità (contatto con medici e reparto) e alle risorse

Nella fase della prioritizzazione sono state individuate le azioni da mettere subito in campo, queste dovrebbero essere:

- Liste uniche d'attesa per patologie a bassa complessità
- Lista di presa in carico
- Proposta di ricovero e di presa in carico informatizzata
- Indirizzi condivisi per l'attribuzione dei codici di priorità
- Codifica delle liste d'attesa
- Riprogrammazione sale in funzione del montaggio dell'utilizzo
- Week surgery, day surgery e chirurgia ambulatoriale

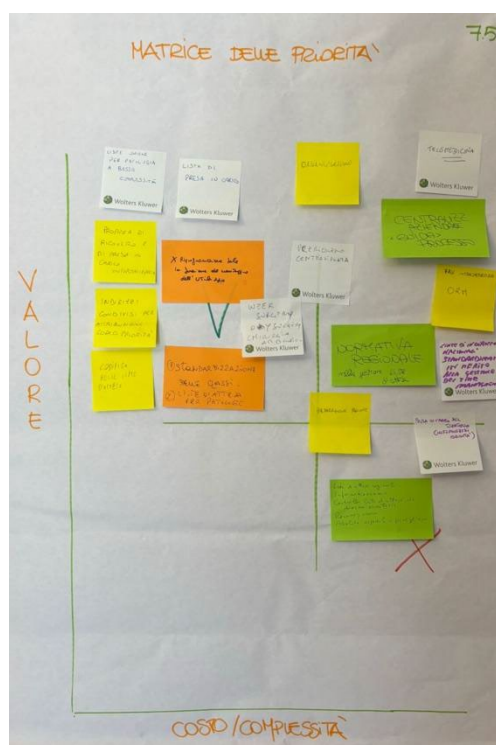
Sono emersi poi elementi che dovrebbero essere attuati e sono da prendere seriamente in considerazione, seppur presentano un costo elevato in termini di risorse o sono complesse da attuare:

- Normativa regionale nella gestione delle liste d'attesa
- Telemedicina, ha un costo elevato ma rappresenta un investimento importante per il futuro, con un ritorno economico e di risorse

- Linee di indirizzo nazionali standardizzate in merito alla gestione del time management
- Prevedere nella fase intraoperatoria l'ORM e la presenza di una figura che possa seguire e programmare tutto il percorso chirurgico dei pazienti

Alcuni elementi si pongono al limite e variano in quanto a fattibilità sulla base delle differenti risorse presenti in ogni ospedale. I punti sono:

- Il pre-ricovero centralizzato
- L'organizzazione: prevede un investimento importante da parte delle risorse del personale
- Presa in carico da parte del territorio
- Preparazione paziente



Conclusioni

Sono state individuate delle linee d'azione che possono essere programmate e attuate fin da subito. Altre richiedono risorse ed investimenti che avrebbero un ritorno importante e un riscontro istantaneo e costante nel tempo; pertanto rappresentano degli elementi da prendere seriamente in considerazione.

Hanno partecipato

Moderatori: Antonio Frangiosa, AORN A. Cardarelli, Napoli; Marcello Persico, AOU Federico II, Napoli

Management Advisor: Monica Calamai, AOU di Ferrara

Facilitatore: Nicole Bellanca, dottoressa in Psicologia, Università degli Studi di Napoli Federico II

Partecipanti: Maria Altamura, Flora Ascione, Alessia Brioschi, Emanuele Mario Caputi, Antonio Corcione, Giuseppe De Fusco, De Simone Giuseppe, Vincenzo Maffei, Maria Pia Mannelli, Pietro Riccio, Corrado Rispoli, Enza Speranza, Andrea Tubaro, Francesco Vercilli.