

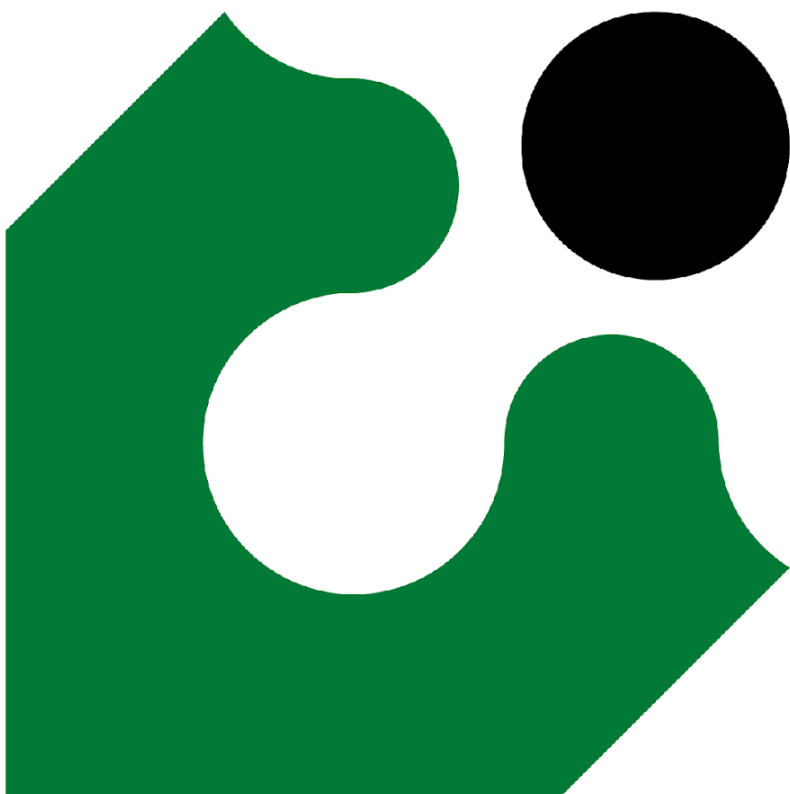
## **Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa**

Nuovo modello organizzativo: definizione della diagnosi e presa in carico del paziente attraverso i PAC  
(Pacchetti Ambulatoriali Complessi)

Dott.ssa Clara Giacomina Moreschi

**Corso di formazione manageriale per Dirigente di struttura complessa**

Anno 2024



Codice edizione : UNIMI DSC 2401/AE  
Ente erogatore : Università degli Studi di Milano

**AUTORE** : Dott.ssa Clara Giacomina Moreschi

**Il docente di progetto** : Dott.ssa Anna Prenestini

## **Il Responsabile didattico scientifico :**

*Federico Lega, , Professore ordinario Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute e Presidente Del Collegio Didattico - Collegio Didattico del Corso di Laurea Magistrale in Management delle Aziende Sanitarie e del Settore Salute, 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

Nuovo modello organizzativo: definizione della diagnosi e presa in carico del paziente attraverso i PAC (Pacchetti Ambulatoriali Complessi)

**Polis-Lombardia**

Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano

[www.polis.lombardia.it](http://www.polis.lombardia.it)

# INDICE

INDICE	3
INTRODUZIONE	5
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO	6
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO	7
METODOLOGIA ADOTTATA	8
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE	9
ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE	12
RISULTATI ATTESI	13
CONCLUSIONI	14
RIFERIMENTI NORMATIVI	15
BIBLIOGRAFIA	16
SITOGRAFIA	17

## INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni si sono verificati importanti mutamenti nello scenario sanitario italiano. I cambiamenti socio-demografici, legati all'aumento dell'età media, ai fenomeni migratori, alla frammentazione delle reti familiari e alla precarietà del lavoro, hanno profondamente modificato i bisogni sanitari e quindi la domanda di assistenza da parte dei cittadini: la sanità non può più essere incentrata esclusivamente sui servizi ospedalieri può più essere incentrata esclusivamente sui servizi ospedalieri (Barloti, 2023). Gli indicatori di salute confermano, infatti, un considerevole incremento delle malattie cronico degenerative, con conseguente progressivo aumento delle disabilità e della non autosufficienza (World Health Organization, 2022), determinando, pertanto, la necessità di adeguare i sistemi sociosanitari verso una organizzazione in grado non solo di curare il bisogno acuto, ma soprattutto di prevenire la cronicità.

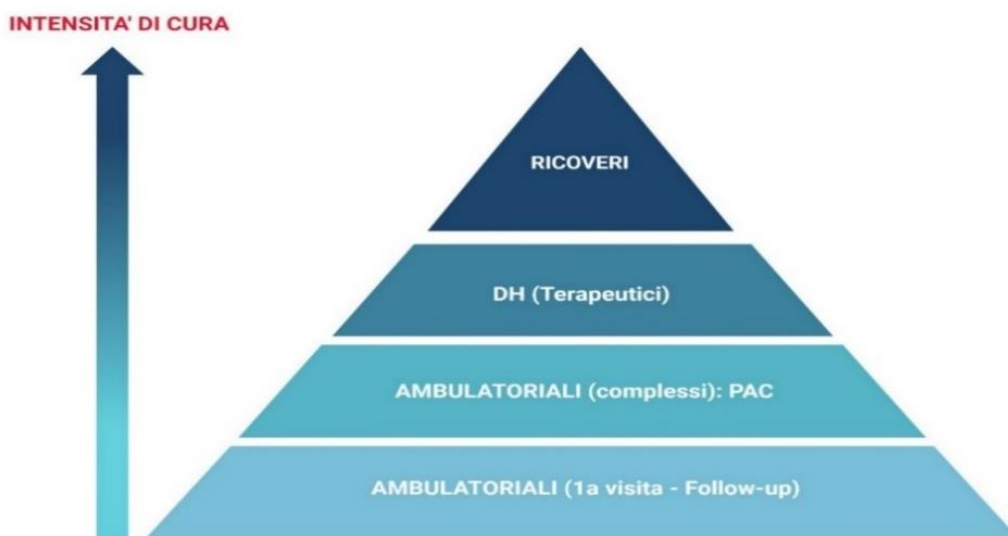
Tutto questo, associato alle forti tensioni economiche e al problema delle risorse limitate, contribuisce a sottolineare l'esigenza di spostare il baricentro del sistema sanitario dall'assistenza ospedaliera verso quella territoriale, come spunto innovativo da parte del governo della salute (Collicelli, 2023).

Pur nella consapevolezza dell'inevitabilità di una risposta diversa e differenziata da fornire ai cittadini, il definitivo rafforzamento di uno dei due pilastri del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), quale il territorio, tende però a ritardare per il permanere di difficoltà all'interno delle organizzazioni sanitarie. I modelli organizzativi ospedalieri per la gestione dei pazienti con patologie croniche /degenerative potrebbero trarre giovamento nell'innovare l'organizzazione che vede nella progettazione dei nuovi processi un fattore di potenziale vantaggio sia a favore dei cittadini che dell'organizzazione, attraverso il superamento della visione tradizionale dell'ospedalizzazione.

Il fenomeno della deospedalizzazione ha interezato l'ambiente sanitario in senso più generale; uno degli obiettivi da perseguire, con l'intento di ridurre i costi sanitari, è stato quello di sottrarre al ricovero ospedaliero i soggetti affetti da patologie suscettibili di trattamento domiciliare o attraverso strutture dislocate sul territorio. (Treccani, 2010)

La de-ospedalizzazione potrebbe contribuire a ridurre le conseguenze negative direttamente imputabili a prolungate degenze ospedaliere, potrebbe inoltre contribuire all'abbattimento dei costi e l'inquadramento dell'assistenza al malato nell'ambito di processi e strutture in grado di evitare l'isolamento sociale e la compromissione della qualità di vita.

Il cambiamento demografico e la diffusione delle malattie croniche e la loro incidenza sulla spesa sanitaria dovrebbero aumentare la consapevolezza di ripensare e quindi innovare i modelli organizzativi della sanità, ancora oggi strutturati su logiche che non sempre corrispondono alle reali necessità del cittadino ma rispondono alle logiche di staticità e conservatorismo che, in alcuni casi sono totalmente insostenibile sia dal punto di vista dell'efficacia che dell'efficienza di gestione dei pazienti. Bisognerebbe pensare ad un cambio di paradigma, dove il ricovero ospedaliero è destinato a chi necessita di cure ad alta intensità, come mostrato in Figura 1, potenziando altri servizi con cui è possibile prendere in carico il paziente, a seconda delle cure da erogare.



*Figura 1 – Piramide che evidenzia come l'intensità di cura cambia in base alla tipologia di accesso in ospedale. Fonte: rielaborazione personale*

Il Piano Nazionale della Cronicità (2016) individua “un disegno strategico comune inteso a promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell’assistenza”. Affinché tale disegno si concretizzi è necessaria una riorganizzazione dei diversi sistemi sanitari regionali. Il DM 70/2015 mira a “promuovere la qualità dell’assistenza, la sicurezza delle cure, l’uso appropriato di risorse, implementando forme alternative al ricovero, quando le stesse rispondano più efficacemente ai bisogni di una popolazione anziana e/o non autosufficiente”. Gli strumenti forniti dalla L. 135/2012 (che prevede 3,7 posti letto per mille abitanti, tasso di ospedalizzazione di 160/1.000 tasso di occupazione dei posti letto tendenziale al 90% degenza media 7 giorni) e dal DM 70, insieme ai dati del PNE (Programma Nazionale Esiti) rappresentano indubbiamente strumenti per migliorare appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza delle cure.

## OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

**Obiettivo Strategico:** Sistematizzazione e diffusione di un nuovo modello organizzativo di setting ambulatoriale.

Il progetto si pone l'obiettivo di diffondere e comunicare ad altre strutture ospedaliere del SSL il modello organizzativo di setting ambulatoriale avviato presso la Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta di Milano. Tale modello organizzativo potrebbe essere attuato in realtà simili alla Fondazione, ad esempio strutture sanitarie per pazienti a bassa complessità assistenziale e/o contesti estremamente omogenei, come nel caso di strutture monospecialistiche.

La definizione di questo nuovo modello organizzativo è nata dalla necessità di riorganizzare la struttura ospedaliera rendendola più vicina ai bisogni del paziente. Tale necessità è emersa dall'analisi di alcuni fenomeni quali l'allungamento delle liste d'attesa per l'esecuzione di esami specifici o l'allungamento delle liste di attesa del ricovero ospedaliero o ancora le prescrizioni di esami ad ampio spettro in tempi diversi, che sottolineavano la necessità da parte delle organizzazioni sanitarie di prendere in carico il singolo cittadino e indirizzarlo al migliore percorso di cura. Questo vale in tutti i contesti, ma ancor di più là dove il cittadino presenta una disabilità o sintomatologia specifica ed è in attesa di una diagnosi : da qui nasce l'esigenza di creare un sistema che possa prendere in carico la persona, inquadrare il problema e il singolo bisogno specifico per permettere al personale e al servizio sanitario di indirizzarlo verso il giusto piano terapeutico.

### Obiettivi Specifici

Per mettere in campo il progetto, è necessario effettuare in primis la descrizione dei percorsi dei pazienti per le singole tematiche patologiche specialistiche finalizzate alla puntualizzazione diagnostica efficace - PDTA, in modo da avere dei comportamenti meno discrezionali nella definizione dell'iter seguito dal paziente.

Successivamente è fondamentale identificare le variabili e gli elementi su cui fare leva per apportare il cambiamento. Il punto di partenza deve essere la cultura organizzativa : instillare il seme della necessità di cambiamento per poter convertire parte dell'attività da ricovero a prestazioni ambulatoriali complesse e coordinate, garantendo l'eccellenza e l'appropriatezza della diagnosi senza ricorrere al ricovero ospedaliero. Solo in questo modo sarà possibile promuovere la de-ospedalizzazione, là dove possibile, sempre più per quei pazienti che non hanno bisogno di cure acute o intensive, sostituendo il ricovero con dei percorsi ospedalieri costruiti ad hoc in cui il paziente, con il caregiver, in una giornata, riesce a svolgere più esami diagnostico/specilistici, per di più finalizzati a dare una risposta al quesito diagnostico e i successivi follow-up di presa in carico.

## **DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO**

Destinatari del progetto sono le organizzazioni sanitarie che, adottando questo modello nuovo, decidono di instillare nella propria cultura organizzativa l'idea di presa in carico multidisciplinare della persona. Si passa dunque dall'organizzazione di un ricovero ordinario e tradizionale che prevede più giornate di degenza in cui vengono organizzate visite ed esami specialistici, ad una presa in carico globale della persona e ad una nuova ottimizzazione dei servizi e delle risorse. L'introduzione di questo modello organizzativo consente la diminuzione dei costi di gestione dei pazienti e un miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri ordinari, gestendo così in maniera più efficace l'occupazione dei posti letto.

E' una nuova organizzazione che coinvolge più professionisti tra cui medici, infermieri, operatori socio sanitari e tecnici sanitari, oltre a tutti i servizi diagnostici.

Questo modello organizzativo ben si adatta a tutte quelle realtà ospedaliere che si occupano della presa in carico e della cura di patologie croniche o subacute e di pazienti senza una diagnosi che si rivolgono a delle cure o esami ospedalieri. Ben si adatta alle realtà monospecialistiche o agli istituti di ricerca ove il ricovero ordinario deve essere destinato solo a pazienti non autosufficienti, che necessitano di cure intensive o acute e che dovranno eseguire esami diagnostici/terapeutici invasivi che necessitano una stretta sorveglianza e osservazione.

In questo modo il paziente, in una sola giornata ospedaliera, senza la necessità di pernottamento, riesce a concentrare più esami e visite e a non impattare completamente sulle sue attività di vita ordinaria e, eventualmente, anche lavorativa.

In questa ottica, l'altro grande destinatario del progetto è proprio il cittadino che, in quanto paziente, si rivolge all'organizzazione sanitaria. Grazie a più professionisti che coordinano le varie attività, il cittadino percepisce la presa in carico globale e riceve una risposta multidisciplinare più efficace e produttiva anche per l'organizzazione stessa.

## METODOLOGIA ADOTTATA

La necessità di ottimizzare la presa in carico del paziente in ambiente ospedaliero, al fine di incrementare sia l'efficienza organizzativa sia la qualità dell'assistenza fornita, ha determinato la predisposizione di una nuova modalità di erogazione delle prestazioni che potesse coniugare al meglio questi aspetti.

Il modello dei Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) è stato istituito presso la Fondazione IRCCS Istituto Neurologico C. Besta con decorrenza ultimo trimestre 2022, inizialmente come fase di sperimentazione e in seguito consolidata per le annualità 2023 e 2024.

L'analisi della numerosità dei ricoveri afferenti ai Dipartimenti di Neuroscienze Cliniche (DINEC), delle liste di attesa e delle prestazioni erogate in setting ambulatoriale, unitamente alla necessità di una ottimizzazione dei processi, ha consentito all'Istituto di porre in essere questo nuovo modello di presa in carico.

Il flusso SDO e il flusso 28SAN sono state le fonti di dati fondamentali per comprendere la necessità di introdurre questo nuovo modello e stimarne gli impatti in termini di produttività e ulteriori benefici potenziali per l'Istituto.

Per quanto riguarda la predisposizione del progetto, il cronoprogramma, un'analisi del contesto accurata e relativa analisi SWOT sono stati ritenuti elementi fondamentali per una corretta pianificazione.

L'analisi del contesto ha permesso di identificare le risorse umane, spaziali ed economiche necessarie per l'implementazione del nuovo modello organizzativo, definendo così ruoli e responsabilità.

Il cronoprogramma mediante GANTT ha consentito una rappresentazione visiva della programmazione della timeline di realizzazione delle attività, con un focus sulle attività core del progetto stesso. La rappresentazione grafica è in grado di mostrare la pianificazione di un progetto e le varie attività comprese tra la data di inizio e di fine, permette di fornire con chiarezza scadenze, pietre miliari e l'avanzamento del progetto. Al termine del 2024, è prevista la calendarizzazione di incontri, anche mediante visite in loco, da parte degli stakeholders interessati (Regione Lombardia, direzioni generali, direzioni sanitarie e direzione delle professioni sanitarie), precedentemente identificati tramite una survey diffusa online.





L'analisi SWOT, illustrata in Tabella 1, ha consentito di individuare le leve fondamentali per la gestione del progetto, grazie alla visualizzazione schematica dei punti Forza, Debolezza, Opportunità e Minacce del progetto PAC.

PUNTI DI FORZA	OPPORTUNITA'
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realtà monospecialista</li> <li>• Diagnostiche e tecnologia innovativa presente nel singolo presidio</li> <li>• Disponibilità al cambiamento da parte dell'organizzazione</li> <li>• Valorizzazione delle diverse figure coinvolte nel processo</li> <li>• Attrattività del brand</li> <li>• Ottimizzazione delle risorse e turnazione dei dipendenti del comparto</li> <li>• Trasformazione di aree di degenza tradizionali in spazi polifunzionali diurni</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuzione dei costi sanitari</li> <li>• Continuità assistenziale infermieristica</li> <li>• Riduzione delle liste d'attesa dei ricoveri</li> <li>• Miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri</li> <li>• Presa in carico globale del paziente</li> <li>• Convenzioni con il terzo settore</li> <li>• Applicabilità del modello in altri contesti di cura</li> </ul>
PUNTI DI DEBOLEZZA	MINACCE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinamento complesso del gruppo multi-disciplinare</li> <li>• Maggior sforzo ed impegno dei Clinici</li> <li>• Pagamento dei singoli ticket da parte del paziente</li> <li>• Coordinamento di tutti i servizi</li> <li>• Mancanza di un database informatizzato strutturato per il monitoraggio istantaneo del percorso del paziente nella struttura ospedaliera</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficoltà a far recepire il cambiamento all'organizzazione</li> <li>• Diminuzione dei DRG</li> <li>• Scarso <i>appeal</i> da parte delle politiche regionali per la formalizzazione e adeguata valorizzazione nel realizzare "formula intermedia" fra il ricovero e l'ambulatoriale</li> <li>• Nuovo modello organizzativo poco conosciuto</li> <li>• Minor introito per l'organizzazione (DRG vs Visite esami/ambulatoriali)</li> </ul>

*Tabella 1. Analisi SWOT implementazione Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) nella realtà organizzativa*

Si è ritenuto particolarmente utile questo strumento in quanto ha consentito un'analisi chiara degli obiettivi, infatti analizzando la matrice nel suo complesso sono stati messi in luce aspetti non considerati inizialmente che, durante il rollout del progetto, si sono rivelati non secondari.

## DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE

L'elaborazione di linee guida e di percorsi diagnostico-terapeutici (PDT) finalizzati al miglioramento della qualità dell'assistenza e alla continuità delle cure avviene all'interno del Programma Nazionale per le Linee Guida (PNLG), previsto dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 e DL 229/99. Le problematiche emergenti relative ai PDT sono contenute nella Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2017-2021.

Questi documenti propongono l'adozione di linee guida e PDT come richiamo all'utilizzo efficiente ed efficace delle risorse disponibili, miglioramento dell'appropriatezza delle cure e della continuità dell'assistenza.

- Produrre informazioni utili ad indirizzare le decisioni degli operatori, clinici e non solo, verso una maggiore efficacia ed appropriatezza, oltre che verso una maggiore efficienza, nell'uso delle risorse;
- Rendere le informazioni facilmente accessibili e seguirne l'adozione esaminando le condizioni ottimali per l'introduzione nella pratica;
- Valutarne l'impatto organizzativo e di risultato;
- Sperimentare nuove modalità erogative favorevoli all'integrazione con le altre professionalità sanitarie al fine di garantire una più efficace risposta ai nuovi bisogni di salute e di assistenza;
- Migliorare in particolare le modalità di comunicazione tra ospedale e medici di Medicina Generale in relazione al ricovero dei pazienti, alla dimissione protetta, all'attuazione di PDT condivisi, grazie alla disponibilità di strumenti informatici e telematici per lo scambio di informazioni cliniche.

L'ultima fase del progetto vedrà il coinvolgimento attivo delle altre strutture sanitarie del SSL ; tramite survey online appositamente strutturata e predisposta dalla Fondazione, verrà raccolta la manifestazione di interesse e schedato un planning per la condivisione delle metodologie adottate e dei risultati ottenuti. Ad ogni struttura interessata, verrà proposta la possibilità di osservare l'intero percorso PAC e dunque la messa in atto del nuovo modello organizzativo, in loco.

### 1.1 IMPATTO SULL'ORGANIZZAZIONE

La prima fase sperimentale, sono stati erogati 123 PAC (dal 1 settembre 2022 al 31 dicembre 2022), nella prima fase l'attività era focalizzata unicamente sul paziente adulto, in una seconda fase (aprile 2023) sono stati inclusi nel progetto anche i pazienti pediatrici. Il 2024 viene ritenuto pertanto l'annualità di riferimento per valutare l'impatto del progetto in termini di miglioramento del setting assistenziale, con maggiore adeguatezza e maggior confort per il paziente, ma anche in termini di incremento di produzione con contenimento delle liste d'attesa.

Nel corso del 2023, per quanto riguarda i tre dipartimenti clinici, come illustrato in Tabella 2, sono stati erogati 531 PAC, il dato è complessivo e comprende i pazienti adulti e pediatrici, pertanto rispetto al 2022 si registra un deciso incremento dell'attività a fronte di un mantenimento della numerosità dei

ricoveri ordinari, questo depone a favore dell'impatto sul contenimento delle liste d'attesa e sul miglioramento dell'offerta di salute.

Il primo semestre del 2024 ha visto l'erogazione di 548 PAC tra pazienti adulti e pediatrici, con un lieve incremento dell'attività di ricovero ordinario, dunque si riscontra la conferma dell'impatto positivo del progetto per quanto riguarda il contenimento della lista d'attesa, unito alla valorizzazione del personale infermieristico che è maggiormente coinvolto nel processo gestionale e al confort del paziente che limita la permanenza temporale in ospedale.

<b>Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta</b>			
<b>Dipartimento</b>	<b>Periodo</b>	<b>PAC</b>	<b>Ric. Ordinari</b>
NCH	set-dic 2022	7	773
	Anno 2023	28	2.229
	gen-giu 2024	9	1.187
<b>Totale NCH</b>		<b>44</b>	<b>4.189</b>
NEU	set-dic 2022	116	629
	Anno 2023	320	1.925
	gen-giu 2024	359	988
<b>Totale NEU</b>		<b>795</b>	<b>3.542</b>
NPI	set-dic 2022	0	292
	Anno 2023	183	732
	gen-giu 2024	180	353
<b>Totale NPI</b>		<b>363</b>	<b>1.377</b>
<b>TOTALE set-dic 2022</b>		<b>123</b>	<b>1.694</b>
<b>TOTALE Anno 2023</b>		<b>531</b>	<b>4.886</b>
<b>TOTALE gen-giu 2024</b>		<b>548</b>	<b>2.528</b>

*Tabella 2 – Confronto tra il numero di PAC e il numero di Ricoveri Ordinari eseguiti nei periodi di riferimento presso la Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta di Milano, divisi per singolo dipartimento. Fonte : rielaborazione personale*

L'introduzione di questo nuovo modello ha coinvolto il Dipartimento delle Neuroscienze Cliniche (in Tabella 2 e nella Figura 2 definito NEU), il Dipartimento Chirurgico (in Tabella 2 e nella Figura 2 definito NCH), e il Dipartimento Infantile (in Tabella 2 e nella Figura 2 definito NPI). Tale coinvolgimento non è stato omogeneo tra i vari dipartimenti e il motivo è da ricercare nella natura e nei fattori caratteristici del ricovero ordinario dei diversi pazienti che, con percorsi del tutto differenti, accede ai vari dipartimenti. Il Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, viste la quantità di nuove diagnosi e il percorso specifico che il paziente neurologico segue all'interno della Fondazione, è stato quello più coinvolto e che fin da subito ha avviato diversi PAC. A seguire il Dipartimento infantile, a partire dal 2023, grazie anche al fatto che per il paziente e il genitore è stato lampante fin da subito come la possibilità di evitare il ricovero ordinario potesse giovare al paziente e alla sua famiglia. Il Dipartimento chirurgico, aderisce meno al modello in quanto spesso, non avendo un servizio territoriale interno alla struttura, i pazienti contattano le segreterie per eseguire gli esami diagnostici di follow-up. Questo è il motivo

della minore adesione al modello : la Figura 2 mostra il grafico dell'implementazione del modello PAC in confronto al ricovero ordinario, per ogni singolo dipartimento e in totale per tutta la Fondazione.

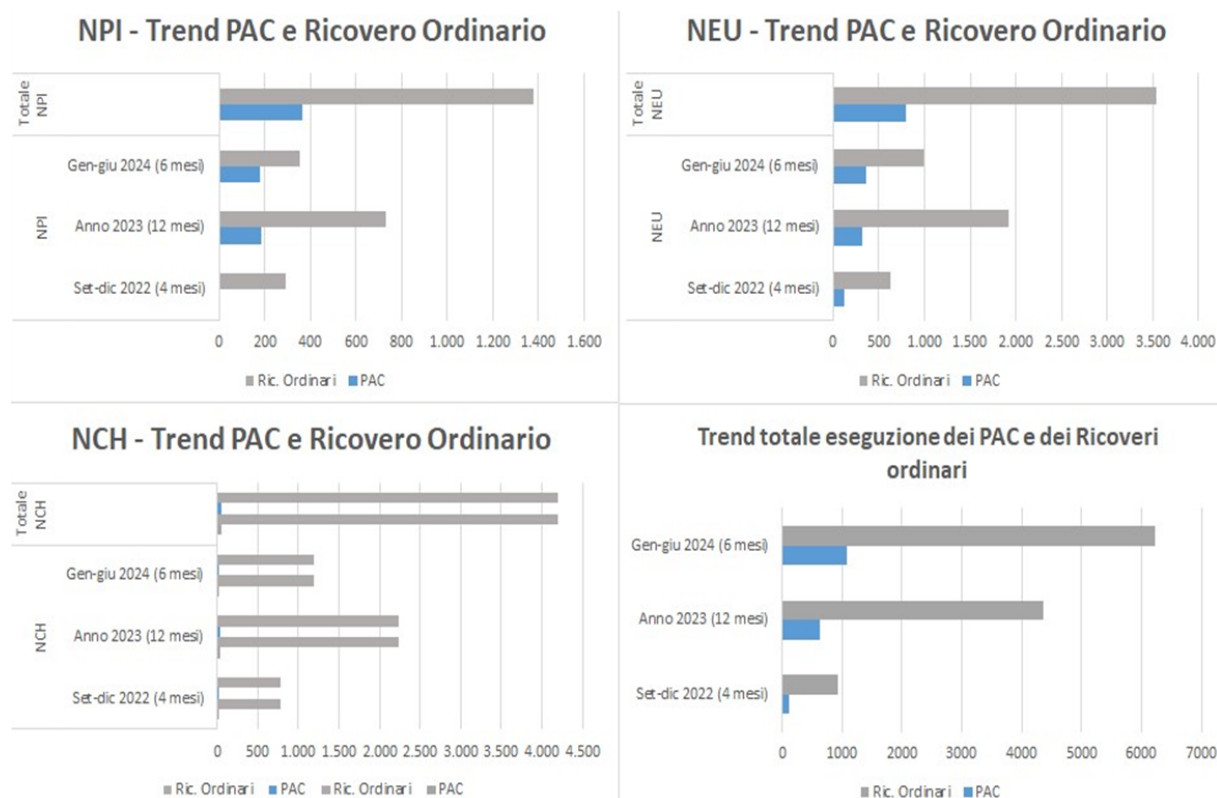


Figura 3 – Grafico del trend del numero di PAC e di Ricoveri Ordinari eseguiti nei periodi di riferimento con particolare riferimento ai singoli dipartimenti. Fonte: rielaborazione personale

Viene infine monitorata periodicamente l'andamento della produzione mediante analisi dei dati estratti dal flusso SDO e flusso 28SAN, unitamente al report derivante dalla Customer Satisfaction predisposta per il setting ambulatoriale e dai dati inviati periodicamente dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP).

## 1.2 PREDISPOSIZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE DEL SGQ

L'IRCCS Fondazione Istituto Neurologico C. Besta è certificata secondo la norma ISO 9001:2015, pertanto si è reso necessario declinare il percorso PAC all'interno dei vari processi aziendali e predisporre la documentazione richiesta per l'adeguamento alla norma: è stato pertanto effettuato l'aggiornamento dei processi ed è stata predisposta ed emessa l'Istruzione Operativa dedicata, aggiornata in seguito all'introduzione del paziente pediatrico nel percorso.

## 1.3 PERCORSO PAC : IL RUOLO DELL'INFERMIERE e dei PROFESSIONISTI MEDICI

Di seguito si riporta in dettaglio il percorso PAC della Fondazione, a partire dalla presa in carico che richiede necessariamente una prima valutazione da parte di un medico specialista dell'Istituto: questa valutazione può essere effettuata in regime ambulatoriale (prima visita) oppure può essere il medico di riferimento che propone il paziente già presente in lista d'attesa di ricovero per il percorso PAC. In

questo modo, si rende l'offerta di cura maggiormente aderente alle reali necessità del paziente e si ottimizzano spazi e risorse destinate ai ricoveri ordinari.

La peculiarità di questo percorso è quella di organizzare e programmare prestazioni senza necessità di ricovero del paziente, garantendo, allo stesso modo del ricovero, una diagnosi di inquadramento attraverso l'esecuzione di esami diagnostici coordinati e programmati in una o più giornate al termine delle quali lo specialista è in grado di formulare la diagnosi del paziente. L'insieme delle prestazioni individuate per ogni paziente sono riassunte con la dicitura di Pacchetto Ambulatoriale Complesso (PAC). Le prestazioni ambulatoriali possono prevedere: visite neurologiche, neurochirurgiche, neuropsichiatriche; somministrazione di "test farmacologici" o "scale cliniche complesse"; indagini strumentali neuroradiologiche o neurofisiologiche; esami laboratoristici ad alta complessità; indagini genetiche; test neuropsicologici; prestazioni interventistiche, quali rachicentesi, biopsie di cute o muscolo, che sono organizzate a secondo della indicazione specialistica.

I Pacchetti Ambulatoriali vengono attivati dai medici della Fondazione e gestiti in Day Service con una presa in carico a livello infermieristico.

Durante il percorso PAC vi è una presa in carico degli utenti nell'organizzazione e gestione delle prestazioni specifiche di ogni paziente. Nell'area di degenza dedicata (Neurologia C - primo piano per i PAC adulti e NCH A per il PAC pediatrico) è inoltre prevista una assistenza infermieristica e del personale di supporto, personalizzata per le necessità dei singoli utenti. I PAC adulti non prevedono prestazioni relative a follow-up clinico di specifiche patologie, che sono organizzate in maniera autonoma da ogni Struttura Complessa del Dipartimento di Neuroscienze Cliniche. Le prestazioni ambulatoriali rimangono gestite a livello di CUP e sono generalmente disgiunte dai PAC.

Il PAC pediatrico, invece, può prevedere anche prestazioni per controllo di patologia specifica che necessitano di sedazione profonda.

L'infermiere dedicato (selezionato e valorizzato con incarico professionale esperto - Contratto Collettivo Nazionale di lavoro del comparto sanità del 2019-2021 Cap III art. 24 Il sistema degli incarichi) inserisce in lista di attesa i pazienti segnalati dagli specialisti per il percorso PAC, organizza le prestazioni previste, in collaborazione con i vari referenti dei servizi della Fondazione.

## **1.4 La presa in carico del paziente**

Le chiamate dei pazienti sono a carico della segreteria che li avvisa sul giorno/ora del PAC, inviando e-mail come promemoria con l'indicazione di un eventuale alloggio convenzionato (Casa Amica) qualora le prestazioni richiedano più di un giorno per il completamento del percorso PAC programmato.

Tutte le accettazioni hanno luogo il giorno programmato ritirando dal totem il biglietto PAC. Al suo arrivo l'utente, si recherà in Neurologia C dove vi sarà una presa in carico infermieristica con la compilazione di una apposita scheda infermieristica ambulatoriale PAC e riceverà una busta con tutte le impegnative e il percorso da seguire in giornata.

L'utente, quindi, sarà preso in carico dall'infermiere dedicato, con inquadramento sintetico dei bisogni e rilevazione dei parametri, che verranno tracciati in una cartella appositamente creata alla quale sarà seguita per documentare l'esecuzione delle prestazioni richieste. Ogni giorno al termine degli esami organizzati, il paziente si recherà in Neurologia C per verificare la corretta esecuzione delle prestazioni richieste. L'ultimo giorno, al termine di tutte le prestazioni strumentali richieste, l'utente si recherà sempre in Neurologia C, per eseguire la visita neurologica conclusiva o per una successiva programmazione della stessa entro un mese dall'esito di tutti i referti necessari, in presenza o in telemedicina. Solo nei casi in cui il pacchetto preveda l'esecuzione di esami ematici di genetica i tempi

per la visita neurologica conclusiva avranno una tempistica più lunga. In questo caso il paziente verrà contattato direttamente dal medico referente o dalla Segreteria di competenza per la programmazione della data, in presenza o in telemedicina.

Di seguito la Figura 3 mostra la flow chart che individua le competenze messe in atto dai singoli professionisti per il percorso PAC.

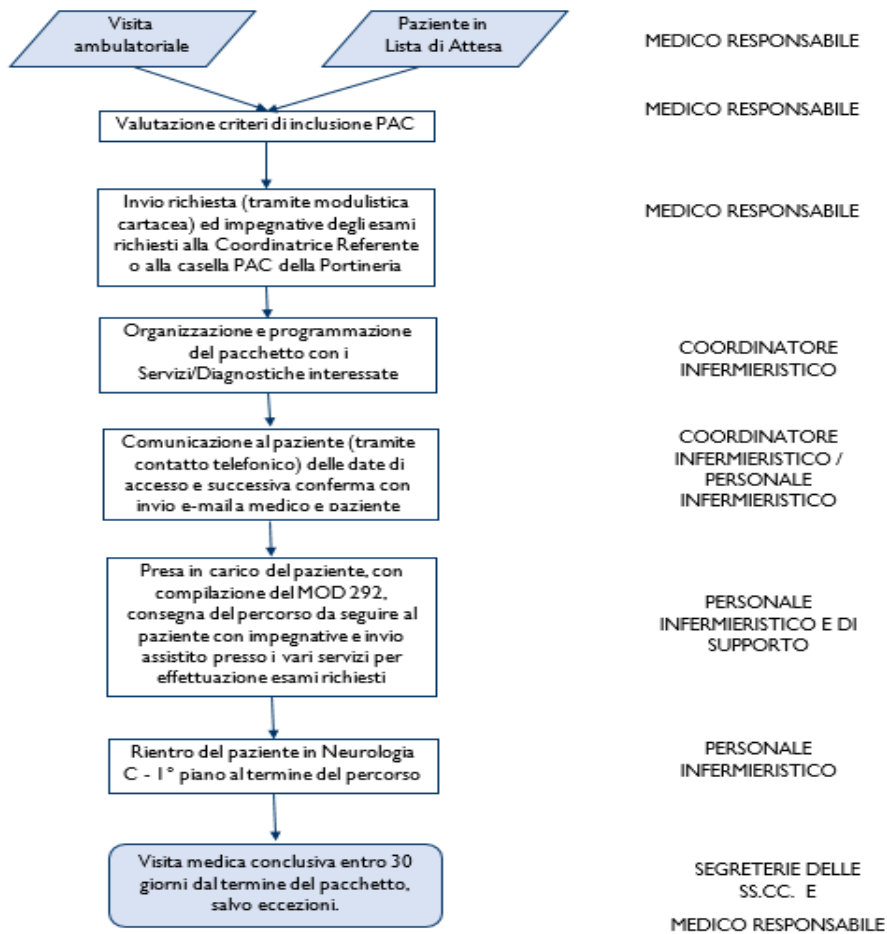


Figura 4. Fasi del processo dei PAC. Fonte: Istruzione Operativa interna della Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta di Milano

## **ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE**

L'analisi costo - beneficio, propedeutica all'introduzione di questo nuovo modello organizzativo volto alla valorizzazione delle competenze multidisciplinari e al recepimento delle indicazioni in materia di appropriatezza dei ricoveri e contenimento delle liste d'attesa, si focalizza :

- Tempo impiegato per la progettazione e la realizzazione della survey online ;
- Tempo impiegato per far conoscere il modello organizzativo e la sua applicazione alle altre aziende.

Non sono previsti ulteriori costi di implementazione, anzi, è previsto un impatto positivo in termini di produzione delle prestazioni erogate, come specificato nel paragrafo dei risultati attesi.

Da questa analisi è stata ovviamente esclusa la comparazione tra le valorizzazioni economiche dei ricoveri ordinari e dei PAC singoli, data la scarsa prevedibilità della numerosità dei PAC delle singole Unità Operative almeno nella prima fase. È comunque attesa una certa compensazione tra la valorizzazione del ricovero ordinario e relativo DRG medio e l'incremento della numerosità della prestazione ambulatoriale pur con singola valorizzazione puntualmente inferiori al DRG medio.



## RISULTATI ATTESI

Come mostrato dai dati preliminari riferiti alla prima fase sperimentale del progetto, si prevede che l'implementazione del nuovo modello organizzativo porti a:

- Ottimizzazione dei tempi di definizione della diagnosi;
- Riduzione dello stress del paziente e del caregiver;
- Tempi di attesa ridotti rispetto alle liste d'attesa;
- Ricoveri ospedalieri ottimizzati;
- Valutazione e presa in carico interdisciplinare e assistenziale garantita;
- Valorizzazione delle attività infermieristiche

Entrando più nello specifico, adottando tale modello organizzativo ci si aspetta innanzitutto:

- impatto sulle liste di attesa della Fondazione, sia in ambito ricovero ordinario che in ambito specialistica ambulatoriale;
- impatto sulla produzione delle prestazioni erogate in regime ambulatoriale;
- impatto sulla qualità dell'assistenza al paziente e valorizzazione delle risorse umane presenti.

### 1. Impatto su liste d'attesa:

Indicatore: diminuzione tempo lista d'attesa ricovero ordinario 2024 VS 2023 almeno del 10%

L'impatto atteso sulle liste d'attesa nelle varie classi di priorità previste dalla normativa vigente, con l'adozione del progetto PAC, è sicuramente positivo. La possibilità da parte del medico specialista di valutare il setting assistenziale più idoneo per il paziente durante la prima visita effettuata presso gli ambulatori dell'Istituto consente di ottimizzare gli inserimenti dei pazienti nelle liste d'attesa per i ricoveri ordinari nelle varie classi di priorità. D'altra parte, l'incremento di attività da erogare in regime ambulatoriale richiede inevitabilmente una migliore ottimizzazione dei processi e delle liste d'attesa delle varie agende predisposte dall'Istituto, sia per la gestione dei pazienti interni che dei pazienti esterni, al fine di compensare la maggiore richiesta di slot per prestazioni ambulatoriali e diagnostiche.

### 2. Impatto sulla produzione ambulatoriale:

Indicatore: aumento produzione pacchetti ambulatoriali 2024 VS 2023 almeno del 10%

L'impatto atteso sulla produzione ambulatoriale è ovviamente positivo, in quanto la numerosità media di prestazioni erogate in un singolo PAC neurologico adulti è pari a 4, mesi queste almeno 2 sono visite neurologiche e almeno 2 sono prestazione di diagnostica, da questo computo sono esclusi i prelievi ematici eseguiti nel centro prelievi dell'Istituto e le valutazioni neuropsicologiche, anch'esse eseguite dai professionisti della Fondazione.

### 3. Impatto sulla qualità dell'assistenza al paziente:

Indicatore: valutazione questionari customer satisfaction

Il tempo medio dedicato al paziente in regime di ricovero ordinario neurologico è pari a 180 minuti, come da normativa vigente. La riorganizzazione del percorso ambulatoriale incrementa il tempo dedicato all'assistenza del paziente, in quanto il personale sanitario dedicato segue durante tutta la

permanenza in Istituto il paziente, rileva regolarmente i parametri durante la giornata e ne valuta i reali bisogni assistenziali al momento dell'ingresso, personalizzando l'assistenza all'utente : dunque in un'unica sede e generalmente in una giornata, il paziente riceve le risposte efficaci al bisogno di salute cucito ad hoc del singolo paziente. Questa modalità influisce sulla qualità di vita del paziente e del caregiver con un impatto molto positivo dal punto di vista personale, familiare oltre che economico. Il buon trattamento ricevuto, veloce coordinato e completo, è testimoniato da tanti pazienti che produce una *good reputation* della nostra Fondazione e contestualmente anche a favore del SSR.

La creazione di un nuovo modello organizzativo dedicato ai PAC ha come obiettivo quello di fornire da un lato la continuità alle cure, con risposta efficace ai bisogni del paziente dall'altro la presa in carico del paziente globale e l'ottimizzazione delle risorse.

#### 4. Valorizzazione delle risorse umane

Introdurre il progetto PAC implica inevitabilmente la necessità di rimodulare e ridefinire il ruolo delle figure professionali coinvolte, in particolare per quanto riguarda le relazioni tra i profili amministrativi e sanitari. Le opportunità di crescita professionale, con un ampliamento delle competenze tipiche del profilo amministrativo (inserimento lista d'attesa, primo contatto telefonico con il paziente, utilizzo gestionale ADT), a seguito di un iniziale breve affiancamento formativo, sono dunque non banali e concorrono a ritenere positiva l'adozione di questo nuovo modello PAC.

Come dimostrano i dati sopra presentati, tendenzialmente non si verificano contrazioni di prestazioni, infatti le prestazioni diagnostiche dedicate ai pazienti ricoverati vengono fruite dai pazienti in regime di PAC e contemporaneamente si assiste alla valorizzazione delle risorse interne nonché ad un abbattimento dei costi sul lungo periodo nel sistema sanitario regionale. Ci si aspetta inoltre un aumento dell'efficienza volta alla miglior gestione dell'appropriatezza con abbattimento dei DRG inappropriati e una vera presa in carico dei pazienti. Gli studi di Cartabellotta (2017) portano ad affermare che il problema della sostenibilità del Sistema Sanitario non è di natura squisitamente finanziaria, perchè un'aumentata disponibilità di risorse non permette comunque di risolvere le cinque criticità ampiamente documentate nei paesi industrializzati, quali: l'estrema variabilità nell'utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie, gli effetti avversi dell'eccesso di medicalizzazione, le disuguaglianze conseguenti al sottoutilizzo di servizi e prestazioni sanitarie dall'elevato value, l'incapacità di attuare efficaci strategie di prevenzione, gli sprechi che si annidano a tutti i livelli (Rapporto Gimbe, 2017).

Ciò può permettere di modernizzare il contesto di lavoro per ridurre l'inappropriatezza e aumentare l'efficacia dei servizi e dell'amministrazione delle risorse.

## CONCLUSIONI

La “buona sanità” produce una ricchezza non immediatamente percepita, talora intellegibile, ma che con il tempo, in ragione di quanto già sperimentato e guardando al futuro, darà ragione della bontà del progetto. Infatti, il progetto sposa un modello innovativo che incontra le esigenze dei pazienti, in primo luogo, inteso nella sua individualità e collettività, e l’organizzazione per gli aspetti da incentivare e da implementare che sono stati ampiamente descritti in questo lavoro.

Un aspetto che completa il quadro è dato dal fatto di portare delle modifiche finalizzate al modernizzare e rendere più attrattiva la professione infermieristica per quanto riguarda la conciliazione lavoro-famiglia riducendo i turni notturni, prefestivi e festivi. Ovviamente alcune skill vanno potenziate e rigenerate soprattutto a livello di coordinamento dei servizi con l’implemento di *care manager* assistenziali che facciano da *trait d’union* tra i servizi territoriali e ospedalieri.

Infatti, l’assistenza erogata come sottolinea la letteratura, è influenzata da fattori clinici (ricerca clinica, evidenze scientifiche) e da competenze professionali, ma anche da aspetti che riguardano il benessere organizzativo nel contesto di lavoro. Il progetto incontra, tutti questi aspetti che entrano a pieno titolo nella gestione del governo clinico generando anche benessere nell’organizzazione.

## RIFERIMENTI NORMATIVI

- Piano Nazionale della Cronicità - Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016 (Disponibile su: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2584\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf) - Data di accesso 29/08/2024)
- **Errore. Il segnalibro non è definito.**Decreto Legislativo del 19 giugno 1999, n. 229— Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.
- Decreto del 2 aprile 2015, n. 70 Regolamento recante “definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”.
- Legge del 7 agosto del 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”.

## BIBLIOGRAFIA

1. Cartabellotta A. Gili R., Beltramello C., Descovich C., (2017). Modelli organizzativi alternativi al ricovero ospedaliero per i pazienti con malattie acute. *Evidence* 2017;9(10):e1000175  
doi: 10.4470/E1000175
2. Collicelli C. (2023). Le criticità della sanità italiana e il necessario cambiamento di paradigma. *Recenti Prog Med* ;114(10):609-616.

## SITOGRAFIA

1. Dizionario di Medicina (2010). Treccani. Deospedalizzazione  
[https://www.treccani.it/enciclopedia/deospedalizzazione\\_\(Dizionario-di-Medicina\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/deospedalizzazione_(Dizionario-di-Medicina)/) [Data di accesso: 29/08/2024]
2. D. Massai, M. Fadanelli, L. Tamburini (2009). L'infermiere di famiglia come figura responsabile della presa in carico. Disponibile su:  
[https://www.researchgate.net/publication/277719067\\_L'INFERMIERE\\_DI\\_FAMIGLIA\\_COME\\_FIGURA\\_RESPONSABILE DELLA PRESA IN CARICO](https://www.researchgate.net/publication/277719067_L'INFERMIERE_DI_FAMIGLIA_COME_FIGURA_RESPONSABILE DELLA PRESA IN CARICO) [Data di accesso: 29/08/2024]
3. Sito istituzionale – Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Besta. [online]. Disponibile su:  
<https://intranet.istituto-besta.it/group/guest> [Data di accesso: 29/08/2024]
4. Agenas. Piano nazionale Esiti (2023). Disponibile su:  
[https://pne.agenas.it/assets/documentation/report/agenas\\_pne\\_report\\_2023.pdf](https://pne.agenas.it/assets/documentation/report/agenas_pne_report_2023.pdf) [Data di accesso: 29/08/2024]
5. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. Disponibile su:  
[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_947\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_947_allegato.pdf) [Data di accesso: 29/08/2024]
6. ARAN. CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE DI LAVORO RELATIVO AL PERSONALE DEL COMPARTO FUNZIONI LOCALI TRIENNIO 2019 – 2021. Disponibile su:  
[https://www.funzionepubblica.gov.it/sites/funzionepubblica.gov.it/files/CCNL\\_Comparto\\_Funzioni\\_Locali\\_2019-2021.pdf](https://www.funzionepubblica.gov.it/sites/funzionepubblica.gov.it/files/CCNL_Comparto_Funzioni_Locali_2019-2021.pdf) [Data di accesso: 29/08/2024]
7. 2° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2017. Disponibile a: [www.rapportogimbe.it](http://www.rapportogimbe.it). [Data di accesso: 29/08/2024]
8. World Health Organization (2022). Ageing and Health. Disponibile su:  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> [Data di accesso: 29/08/2024]

