



RETI INTERAZIENDALI

PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI E ASSISTENZIALI INTERAZIENDALI PER LE RETI INTEGRATE DI ONCOLOGIA CARDIOCHIRURGIA, NEUROCHIRURGIA, CHIRURGIA TORACICA, CARDIOLOGIA (SINDROME CORONARICA ACUTA), EMATOLOGIA, RADIOTERAPIA, RIABILITAZIONE POST-ACUZIE, OFTALMOLOGIA.

Considerato

- che negli ultimi anni è stato fortemente ridimensionato il ruolo dell'ospedale nell'ambito di numerosi processi assistenziali, soprattutto per quanto concerne l'assistenza a pazienti affetti da patologie a carattere cronico-degenerativo.
- che i processi di riorganizzazione dei sistemi sanitari regionali sono stati finalizzati, nell'ultimo decennio, soprattutto al potenziamento delle strutture sanitarie territoriali, in quanto ritenute più adeguate al trattamento delle patologie croniche, affidando all'ospedale il ruolo di struttura deputata al trattamento delle acuzie non altrimenti trattabili.
- che questo processo di riorganizzazione dei modelli assistenziali ha richiesto, inevitabilmente, l'implementazione e sviluppo di percorsi diagnostici-terapeutici integrati tra Ospedale e Territorio, all'interno del quale sono stati individuati e condivisi i ruoli, le competenze e le professionalità necessarie a garantire le diverse fasi del percorso assistenziale, secondo un modello integrato e multidisciplinare di presa in carico del paziente.
- che la rete integrata e multidisciplinare Ospedale-Territorio rappresenta, al momento attuale, il modello di risposta più adeguato al soddisfacimento dei bisogni di salute delle popolazioni.

Dato atto

- che le strutture sanitarie di eccellenza rappresentano, nell'ambito della rete Ospedale-Territorio, il luogo di cura in cui si realizzano quelle attività assistenziali di alta specializzazione, in quanto presentano professionalità, tecnologie e modelli organizzativi complessi, che gli ospedali periferici per acuti non possono garantire.
- che l'integrazione tra strutture di eccellenza e quelle periferiche si realizza secondo il modello integrato dell'hub and spoke (perno e raggi), che prevede il collegamento tra una sede centrale di riferimento (hub) e più sedi periferiche (spoke), per lo svolgimento in maniera integrata di attività e processi connotati da particolare complessità da svolgersi mediante percorsi assistenziali condivisi.
- che le relazioni tra sede centrale di riferimento e sedi periferiche devono ispirarsi ai seguenti criteri:
 - ✓ il governo del percorso clinico del paziente in carico alle unità periferiche;
 - ✓ la selezione e l'invio dei pazienti agli hub secondo protocolli condivisi con gli spoke, a garanzia dell'appropriatezza;

- ✓ la gestione integrata del paziente, che dopo aver eseguito la procedura e non appena le sue condizioni lo permettono, ritorna allo spoke per il completamento del percorso ed il follow-up.

Considerato, pertanto

- che il modello hub and spoke traduce nella pratica il modello delle reti cliniche, che va sviluppato in tutti i settori, a partire da quelli di alta complessità (emergenza, patologia cardiovascolare, patologia neuro-cerebrovascolare, oncoematologia etc.) cioè quelle che si caratterizzano per la severità dei quadri clinici e per la complessità delle tecnologie.
- che tali reti si avvalgono naturalmente delle competenze e delle professionalità operanti nelle strutture di alta specialità, ovvero quelle che sviluppano attività di discipline ad ampio bacino d'utenza per loro natura fortemente specialistiche.

Vista

- la dimensione regionale assunta rispettivamente dall'Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza, dall'I.R.C.C.S. CROB di Rionero e, per alcuni aspetti, dall'Ospedale Madonna delle Grazie di Matera e dall'Ospedale di Venosa, che ne accentua proprio la funzione di strutture di riferimento finale (HUB) per una serie di reti cliniche e di percorsi assistenziali, per il sistema di emergenza-urgenza regionale e per prestazioni di eccellenza (con riferimento alle professionalità ed alle tecnologie).

Ritenuto

- di dover attivare un percorso assistenziale interaziendale per pazienti afferenti all'Azienda Ospedaliera San Carlo, all'I.R.C.C.S. Crob, all'Ospedale Madonna delle Grazie di Matera e all'Ospedale di Venosa che necessitano di trattamenti di:
 - ✓ Oncologia
 - ✓ Cardiochirurgia,
 - ✓ Neurochirurgia,
 - ✓ Chirurgia Toracica,
 - ✓ Cardiologia (Cardiopatía Ischemica - SCA)
 - ✓ Ematologia
 - ✓ Radioterapia
 - ✓ Riabilitazione
 - ✓ Oftalmologia

Preso atto

- della disponibilità dei professionisti dell'Azienda Ospedaliera San Carlo, dell'I.R.C.C.S. Crob e dell'Ospedale Madonna delle Grazie di Matera e dell'Ospedale di Venosa ad operare presso strutture periferiche collocate nell'ambito di rilevanti percorsi clinico-assistenziali.

Vista

la Legge regionale n. 12 del 01 luglio 2008 di "Riassetto organizzativo e territoriale del SSR" con la quale sono state istituite l'Azienda Sanitaria locale di Potenza (ASP) e l'Azienda Sanitaria locale di Matera (ASM);

Ritenuto pertanto

necessario definire un protocollo assistenziale tra l'ASP, l'ASM, l'Azienda Ospedaliera San Carlo e l'I.R.C.C.S. CROB per garantire assistenza a pazienti che necessitano di trattamento per Oncologia, Cardiochirurgia, Neurochirurgia, Chirurgia Toracica, Ematologia, Cardiologia (Sindrome Coronarica Acuta), Radioterapia, Riabilitazione post acuzie e Oftalmologia.

Precisato che

sono a carico del centro HUB tutte le prestazioni erogate dal personale di quest'ultimo al fine di valutare l'indicazione per l'eventuale ricovero presso la stessa struttura HUB

Tutto ciò espresso in narrativa

Azienda Sanitaria Locale di Potenza, C.F. 01722360763
rappresentata dal Direttore Generale Dr. Pasquale Francesco Amendola

Azienda Sanitaria Locale di Matera, C.F. 01178540777
rappresentata dal Direttore Generale Dr. Vito Nicola Gaudiano

l'Azienda Ospedaliera Regionale "San Carlo" di Potenza, C.F. 01186830764
rappresentata dal Direttore Generale Ing. Giovanni De Costanzo

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico CROB di Rionero, C.F. 93002460769
rappresentato dal Direttore Generale Dr. Rocco Alessandro Maglietta

condividono e approvano i

Percorsi Diagnostico Terapeutici e Assistenziali (P.D.T.A.) Interaziendali

per le seguenti reti integrate:

- ✓ ***Oncologia***
- ✓ ***Cardiochirurgia***
- ✓ ***Neurochirurgia***
- ✓ ***Chirurgia Toracica***
- ✓ ***Cardiologia (Sindrome Coronarica Acuta)***
- ✓ ***Ematologia***
- ✓ ***Radioterapia***
- ✓ ***Riabilitazione post-acuzie***
- ✓ ***Oftalmologia***

RETE CHIRURGIA TORACICA

Percorso assistenziale integrato di accesso

I percorsi assistenziali nella rete dei servizi

Per il raggiungimento degli obiettivi di qualità assistenziale che una rete integrata di servizi si propone è fondamentale che l'organizzazione dell'intero sistema e di ciascuno dei suoi componenti adotti il modello del percorso assistenziale, in grado di garantire le esigenze di continuità, coordinamento, uniformità e condivisione del processo di cura.

Nel percorso assistenziale vengono rilevati i bisogni, espliciti o impliciti, del paziente con uno specifico problema di salute allo scopo di attivare una serie di azioni per soddisfarli. I bisogni, e le conseguenti attività di cura, sono raggruppati in categorie di cura (categorie assistenziali principali o funzioni) in base a criteri predefiniti. Tali categorie sono presenti, in numero variabile in base ad esigenze specifiche, nel percorso assistenziale e nelle sue diverse fasi.

Le categorie di cura generalmente presenti in un percorso assistenziale definito in base alle prove di evidenza clinica sono le seguenti:

- Valutazione
- Presa in carico/pianificazione
- Comunicazione/informazione/consenso/educazione
- Sicurezza
- Indagini diagnostiche
- Consulenze
- Terapia Medica
- Terapia Chirurgica
- Interventi e procedure assistenziali

Le prime quattro categorie rappresentano i bisogni fondamentali di ogni paziente a prescindere dalla complessità del problema di salute presentato, e sono alla base di tutte le altre categorie assistenziali; pertanto queste devono essere sempre presenti in un percorso assistenziale.

In ogni percorso assistenziale è possibile individuare diverse "fasi" o "episodi di cura" quali processi temporali predefiniti. Generalmente vengono individuate le seguenti fasi:

FASE I: Accesso e presa in carico

- Valutazione del problema clinico ai fini dell'inserimento nel percorso assistenziale
- Presa in carico nel percorso assistenziale

FASE II: Cura e trattamento

- Erogazione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e assistenziali necessarie per la risoluzione del problema clinico trattato

FASE III: Dimissione e follow-up

- Conclusione del percorso assistenziale o di una sua fase
- Monitoraggio del problema di salute e/o attivazione di un nuovo percorso assistenziale

La qualità dell'assistenza erogata nel percorso deve garantire almeno i criteri di appropriatezza, efficacia, sicurezza, efficienza ed equità.

RETE CHIRURGIA TORACICA

Percorso assistenziale integrato di accesso

Il percorso assistenziale di accesso

Viene definito il percorso assistenziale per l'accesso alla rete di Chirurgia Toracica

Categorie di cura

Le categorie di cura particolarmente importanti nel contesto preso in considerazione sono:

1. Valutazione
2. Presa in carico e pianificazione del percorso
3. Informazione e decisione condivisa
4. Sicurezza
5. Indagini diagnostiche
6. Consulenze
7. Interventi assistenziali (professioni sanitarie non mediche)

Le fasi

Le fasi del percorso assistenziale sono così definite:

FASE I: Valutazione di accesso e presa in carico

FASE II: Erogazione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e assistenziali necessarie per l'accesso alla rete di Chirurgia Toracica

FASE III: Dimissione dalla struttura di Chirurgia Toracica e continuità assistenziale

1. FASE I. Accesso e presa in carico

Accedono al percorso i pazienti con problemi clinici che richiedono un trattamento chirurgico di competenza della Chirurgia Toracica.

I pazienti sono sottoposti a valutazione in quanto:

- a. pazienti che arrivano in emergenza ad un Pronto Soccorso DEA o ad un Pronto Soccorso Attivo
- b. pazienti degenti presso una unità operativa ospedaliera
- c. pazienti ambulatoriali

1.1 Criteri

I criteri per la indicazione ad un intervento chirurgico di Chirurgia Toracica, da effettuarsi presso la U.O.C. di Chirurgia Toracica dell'IRCCS CROB di Rionero in Vulture e presso la struttura dell'A.O. San Carlo di Potenza ed eventualmente presso la U.O.C di Chirurgia Generale del Presidio Ospedaliero di Matera con modalità organizzative da concordare, saranno definiti da linee-guida e raccomandazioni di best practice basate sull'evidenza scientifica, condivise con i medici coinvolti nel percorso assistenziale.

Le tipologie della terapia chirurgica specialistica assicurate dalla rete assistenziale sono le seguenti:

1. chirurgia invasiva e miniinvasiva del polmone e della pleura
2. chirurgia dei tumori mediastinici
3. chirurgia della parete toracica
4. chirurgia della trachea
5. chirurgia dei tumori dell'apice responsabili della sindrome di Pancoast
6. chirurgia funzionale del paziente con insufficienza respiratoria
7. chirurgia estesa nelle infiltrazioni dei grossi vasi mediastinici
8. chirurgia delle metastasi polmonari
9. chirurgia del timo nella miastenia gravis
10. chirurgia nella stadiazione delle malattie linfoproliferative.

2. FASE II. Trasferimento

Le modalità di accesso alla struttura di Chirurgia Toracica sono differenziate in base alle condizioni cliniche in atto al momento dell'accesso, e precisamente:

- a. paziente in situazione clinica stabile e con autonomia respiratoria
- b. paziente in situazione clinica instabile e/o in respirazione assistita

2.1 Paziente in situazione clinica stabile e con autonomia respiratoria

Rientrano in questa categoria i pazienti giunti alla valutazione in situazione di emergenza, i pazienti degenti presso strutture ospedaliere della Regione e i pazienti valutati mediante il percorso di assistenza ambulatoriale specialistica.

2.1.1 Paziente in emergenza

Nel caso del paziente in emergenza la valutazione del medico di Pronto Soccorso può essere integrata, se necessario, dalla consulenza di altri specialisti.

Il paziente giunto in emergenza, presso un DEA o un PSA, dopo la valutazione del medico di P.S., con la eventuale consulenza del medico specialista, previa consultazione telefonica con lo specialista chirurgo toracico di riferimento territoriale, concordata la indicazione alla terapia chirurgica specialistica, viene trasferito presso la struttura indicata.

2.1.2 Paziente degente presso unità operativa ospedaliera

Per il paziente degente presso una Unità Operativa Ospedaliera, il Dirigente medico di quest'ultima concorda e definisce con un dirigente medico della U.O. di Chirurgia Toracica di riferimento territoriale l'indicazione, la modalità e la tempistica di trasferimento più appropriate al caso clinico trattato.

2.1.3 Paziente ambulatoriale

Il paziente con un problema di salute che pone indicazione al trattamento chirurgico ricadente nelle tipologie sopra indicate ha accesso alla rete mediante valutazione specialistica, da attuarsi nei modi e nei tempi più appropriati alla classe di priorità del problema di salute, mediante percorsi assistenziali predefiniti.

2.2 Paziente in situazione clinica instabile e/o con respirazione assistita

La instabilità della situazione clinica è determinata dalle condizioni cardiocircolatoria, respiratoria e neurologica in atto al momento della valutazione, tenendo anche conto della loro presumibile prossima evoluzione.

Il criterio determinante ai fini dell'accesso alla struttura di Chirurgia Toracica per questa tipologia di pazienti è la disponibilità del posto letto nella U.O. di Rianimazione nelle strutture territoriali di riferimento.

Nel caso di disponibilità del posto letto, accertata ed acquisita dal dirigente medico del P.S. o della U.O. di degenza del paziente, gli stessi concordano e definiscono con un dirigente medico della U.O. di Chirurgia Toracica la modalità e la tempistica di trasferimento più appropriate al caso clinico trattato.

Nel caso di non disponibilità di posto letto nella U.O. di Rianimazione si provvederà a trasferire il paziente presso altra struttura assistenziale idonea.

3. FASE II. Trattamento

Team mobile di Chirurgia Toracica

Per i pazienti che per specifiche condizioni cliniche in atto, necessitano di trattamento di chirurgia toracica compatibile con le risorse tecnologiche presenti nel Presidio Ospedaliero di Matera è prevista, previa valutazione dello specialista chirurgo toracico, la possibilità della erogazione del trattamento presso quest'ultimo presidio ospedaliero, secondo modalità organizzative da definire.

4. FASE III. Dimissione/Continuità assistenziale

Per i pazienti sottoposti a trattamento presso la U.O. di Chirurgia Toracica all'interno di questo percorso assistenziale, al momento della dimissione viene concordata da parte del dirigente medico e della posizione organizzativa sanitaria o personale equivalente la presa in carico con le strutture operative più appropriate per garantire la continuità assistenziale.

Queste strutture possono essere, in base ai bisogni determinati dalla condizione clinica del paziente alla dimissione, una unità operativa ospedaliera, se si rende necessario il ricovero, o una struttura territoriale (cure primarie, assistenza domiciliare integrata, assistenza riabilitativa).

REGIONE BASILICATA

Le prestazioni ambulatoriali e/o di consulenza saranno a carico dell'Azienda HUB.

RETE CARDIOCHIRURGIA

I percorsi assistenziali nella rete dei servizi

Per il raggiungimento degli obiettivi di qualità assistenziale che una rete integrata di servizi si propone è fondamentale che l'organizzazione dell'intero sistema e di ciascuno dei suoi componenti adotti il modello del percorso assistenziale, in grado di garantire le esigenze di continuità, coordinamento, uniformità e condivisione del processo di cura.

Nel percorso assistenziale vengono rilevati i bisogni, espliciti o impliciti, del paziente con uno specifico problema di salute allo scopo di attivare una serie di azioni per soddisfarli. I bisogni, e le conseguenti attività di cura, sono raggruppati in categorie di cura (categorie assistenziali principali o funzioni) in base a criteri predefiniti. Tali categorie sono presenti, in numero variabile in base ad esigenze specifiche, nel percorso assistenziale e nelle sue diverse fasi.

Le categorie di cura generalmente presenti in un percorso assistenziale definito in base alle prove di evidenza clinica sono le seguenti:

- Valutazione
- Presa in carico/pianificazione
- Comunicazione/informazione/consenso/educazione
- Sicurezza
- Indagini diagnostiche
- Consulenze
- Terapia Medica
- Terapia Chirurgica
- Interventi e procedure assistenziali

Le prime quattro categorie rappresentano i bisogni fondamentali di ogni paziente a prescindere dalla complessità del problema di salute presentato, e sono alla base di tutte le altre categorie assistenziali; pertanto queste devono essere sempre presenti in un percorso assistenziale.

In ogni percorso assistenziale è possibile individuare diverse "fasi" o "episodi di cura" quali processi temporali predefiniti. Generalmente vengono individuate le seguenti fasi:

FASE I: Accesso e presa in carico

- Valutazione del problema clinico ai fini dell'inserimento nel percorso assistenziale
- Presa in carico nel percorso assistenziale

FASE II: Cura e trattamento

- Erogazione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e assistenziali necessarie per la risoluzione del problema clinico trattato

FASE III: Dimissione e follow-up

- Conclusione del percorso assistenziale o di una sua fase
- Monitoraggio del problema di salute e/o attivazione di un nuovo percorso assistenziale

La qualità dell'assistenza erogata nel percorso deve garantire almeno i criteri di appropriatezza, efficacia, sicurezza, efficienza ed equità.

RETE CARDIOCHIRURGIA

Il percorso assistenziale di accesso

Categorie di cura

Le categorie di cura particolarmente importanti nel contesto preso in considerazione sono:

1. Valutazione
2. Presa in carico e pianificazione del percorso
3. Informazione e decisione condivisa
4. Sicurezza
5. Indagini diagnostiche
6. Consulenze
7. Interventi assistenziali (professioni sanitarie non mediche)

Le fasi

Le fasi sono così definite:

FASE I: Valutazione di accesso e presa in carico

FASE II: Erogazione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e assistenziali necessarie per l'accesso alla struttura di Cardiocirurgia (Trasferimento, Trattamento)

FASE III: Dimissione dalla struttura di Cardiocirurgia e continuità assistenziale

1. FASE I. Accesso e presa in carico

Accedono al percorso i pazienti con problemi clinici che richiedono un trattamento cardiocirurgico.

I pazienti sono sottoposti a valutazione in quanto:

- a. pazienti che arrivano in emergenza ad un Pronto Soccorso DEA o ad un Pronto Soccorso Attivo
- b. pazienti degenti presso una unità operativa ospedaliera
- c. pazienti ambulatoriali

1.1 Criteri

I criteri per la indicazione al trattamento cardiocirurgico, da effettuarsi presso l'Ospedale San Carlo o, dopo l'attivazione del Team mobile presso l'Ospedale di Matera o dopo l'attivazione dell'ambulatorio specialistico di cardiocirurgia presso gli Ospedali sedi di PSA e presso l'Ospedale di Venosa, saranno definite da linee-guida e raccomandazioni di best practice basate sull'evidenza scientifica, condivise con i medici coinvolti nel percorso assistenziale.

La valutazione del medico di Pronto Soccorso può essere integrata, se necessario, dalla consulenza di altri specialisti (Anestesista rianimatore, Cardiologo).

Nel caso in cui dovesse essere necessaria la consulenza dello specialista cardiocirurgo, non presente nella struttura punto di accesso della rete, si attiverà il teleconsulto, ove possibile, con tutti i criteri di sicurezza e tracciabilità della procedura, oppure, in alternativa, il consulto telefonico, adeguatamente tracciato.

2. FASE II. Trasferimento

Le modalità di accesso alla struttura di Cardiocirurgia sono differenziate in base alle condizioni cliniche in atto al momento dell'accesso, e precisamente:

- a. paziente in situazione emodinamica stabile e con autonomia respiratoria
- b. paziente in situazione emodinamica instabile e/o in respirazione assistita

2.1 Paziente in situazione emodinamica stabile e con autonomia respiratoria

2.1.1 Paziente in emergenza

Il paziente gestito al Pronto Soccorso, dopo la valutazione del medico di P.S., con la eventuale consulenza del medico rianimatore e del medico cardiologo, posta la indicazione al trattamento cardiocirurgico, viene trasferito al Pronto Soccorso dell'Ospedale San Carlo, sede della struttura operativa di Cardiocirurgia.

REGIONE BASILICATA

Il medico del P.S. dell'Ospedale San Carlo, previa consulenza del medico cardiocirurgo, dispone il ricovero del paziente presso la Unità Operativa del San Carlo ritenuta più appropriata.

2.1.2 Paziente degente presso unità operativa ospedaliera

Per il paziente degente presso una Unità Operativa Ospedaliera, il Dirigente medico di quest'ultima concorda e definisce con un dirigente medico della U.O. di Cardiocirurgia la modalità e la tempistica di trasferimento più appropriate al caso clinico trattato.

2.1.3 Paziente ambulatoriale

Il paziente con un problema di salute che pone indicazione al trattamento cardiocirurgico ha accesso alla rete mediante valutazione specialistica, da attuarsi nei modi e nei tempi più appropriati alla classe di priorità del problema di salute, mediante percorsi assistenziali predefiniti. La valutazione specialistica è erogabile anche "in loco" dai cardiocirurghi dell'Ospedale San Carlo con cadenza predefinita; casi clinici che presentano una classe di priorità alta potranno essere valutati presso la Unità Operativa di Cardiocirurgia dell'Ospedale San Carlo, previo accordo diretto con i cardiocirurghi.

2.2 Paziente in situazione emodinamica instabile e/o con respirazione assistita

Il criterio determinante ai fini dell'accesso alla struttura di Cardiocirurgia per questa tipologia di pazienti è la disponibilità del posto letto nella U.O. di Rianimazione Cardiologica dell'Ospedale San Carlo.

Nel caso di disponibilità del posto letto, accertata ed acquisita dal dirigente medico del P.S. o della U.O. di degenza del paziente, gli stessi concordano e definiscono con un dirigente medico della U.O. di Cardiocirurgia la modalità e la tempistica di trasferimento più appropriate al caso clinico trattato.

Nel caso di non disponibilità di posto letto nella U.O. di Rianimazione Cardiologica dell'Ospedale San Carlo, la struttura proponente provvederà a trasferire il paziente in altra idonea struttura fuori regione

3. FASE II. Trattamento

Team mobile di Cardiocirurgia

Per i pazienti che per specifiche condizioni cliniche in atto necessitano di trattamento cardiocirurgico in elezione compatibile con le risorse tecnologiche presenti nel Presidio Ospedaliero di Matera può essere prevista l'attivazione di un team mobile di cardiocirurgia per la erogazione del trattamento presso quest'ultimo presidio ospedaliero, secondo modalità organizzative da definire.

Un possibile modello organizzativo del team è il seguente:

- a. Composizione del team: due cardiocirurghi, un cardioanestesista, una tecnico perfusionista, un infermiere di sala operatoria.
- b. Identificazione degli "spazi" idonei presso il Presidio Ospedaliero di Matera (sale operatorie, posto letto in Rianimazione)
- c. Definizione di una lista di attesa di pazienti affetti da patologie cardiocirurgiche trattabili "in sicurezza" con le risorse tecnologiche del Presidio Ospedaliero di Matera
- d. Collocazione presso il Presidio di Matera di una macchina cuore-polmone e di un contropulsatore aortico, materiale attualmente in dotazione all'Ospedale San Carlo.
- e. Composizione di un "set" di strumentario cardiocirurgico di proprietà dell'Ospedale San Carlo da destinarsi alle sedute operatorie presso l'Ospedale di Matera.
- f. Utilizzo nelle sedute operatorie di materiale "disposable" (circuiti, ossigenatori, protesi valvolari e quant'altro di necessità) in dotazione alla U.O. Cardiocirurgia del San Carlo
- g. Presenza nel Presidio di Matera, per le prime 24 ore postoperatorie, di un cardiocirurgo e di un cardioanestesista dell'Ospedale San Carlo.
- h. Reperibilità "a distanza", per le prime 24 ore, di un cardiocirurgo, un tecnico perfusionista e di un infermiere di sala operatoria.

REGIONE BASILICATA

4. FASE III. Dimissione/Continuità assistenziale

Per i pazienti sottoposti a trattamento presso la U.O. di Cardiocirurgia all'interno di questo percorso assistenziale, al momento della dimissione viene concordata da parte del dirigente medico e della posizione organizzativa sanitaria o personale equivalente la presa in carico con le strutture operative dell'azienda Sanitaria di provenienza più appropriate per garantire la continuità assistenziale.

Queste strutture possono essere, in base ai bisogni determinati dalla condizione clinica del paziente alla dimissione, una unità operativa ospedaliera, se si rende necessario il ricovero, o una struttura territoriale (cure primarie, assistenza domiciliare integrata, assistenza riabilitativa).

Le prestazioni ambulatoriali e/o di consulenza saranno a carico dell'Azienda HUB.

RETE DI NEUROCHIRURGIA

Percorso assistenziale integrato di accesso

I percorsi assistenziali nella rete dei servizi

Per il raggiungimento degli obiettivi di qualità assistenziale che una rete integrata di servizi si propone è fondamentale che l'organizzazione dell'intero sistema e di ciascuno dei suoi componenti adotti il modello del percorso assistenziale, in grado di garantire le esigenze di continuità, coordinamento, uniformità e condivisione del processo di cura.

Nel percorso assistenziale vengono rilevati i bisogni, espliciti o impliciti, del paziente con uno specifico problema di salute allo scopo di attivare una serie di azioni per soddisfarli. I bisogni, e le conseguenti attività di cura, sono raggruppati in categorie di cura (categorie assistenziali principali o funzioni) in base a criteri predefiniti. Tali categorie sono presenti, in numero variabile in base ad esigenze specifiche, nel percorso assistenziale e nelle sue diverse fasi.

Le categorie di cura generalmente presenti in un percorso assistenziale definito in base alle prove di evidenza clinica sono le seguenti:

- Valutazione
- Presa in carico/pianificazione
- Comunicazione/informazione/consenso/educazione
- Sicurezza
- Indagini diagnostiche
- Consulenze
- Terapia Medica
- Terapia Chirurgica
- Interventi e procedure assistenziali

Le prime quattro categorie rappresentano i bisogni fondamentali di ogni paziente a prescindere dalla complessità del problema di salute presentato, e sono alla base di tutte le altre categorie assistenziali; pertanto queste devono essere sempre presenti in un percorso assistenziale.

In ogni percorso assistenziale è possibile individuare diverse "fasi" o "episodi di cura" quali processi temporali predefiniti. Generalmente vengono individuate le seguenti fasi:

FASE I: Accesso e presa in carico

- Valutazione del problema clinico ai fini dell'inserimento nel percorso assistenziale
- Presa in carico nel percorso assistenziale

FASE II: Cura e trattamento

- Erogazione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e assistenziali necessarie per la risoluzione del problema clinico trattato

FASE III: Dimissione e follow-up

- Conclusione del percorso assistenziale o di una sua fase
- Monitoraggio del problema di salute e/o attivazione di un nuovo percorso assistenziale

La qualità dell'assistenza erogata nel percorso deve garantire almeno i criteri di appropriatezza, efficacia, sicurezza, efficienza ed equità.

RETE NEUROCHIRURGIA

Il percorso assistenziale di accesso

Viene definito il percorso assistenziale per l'accesso alla rete di Neurochirurgia

Categorie di cura

Le categorie di cura particolarmente importanti nel contesto preso in considerazione sono:

1. Valutazione
2. Presa in carico e pianificazione del percorso
3. Informazione e decisione condivisa
4. Sicurezza
5. Indagini diagnostiche
6. Consulenze
7. Interventi assistenziali (professioni sanitarie non mediche)

Le fasi

Le fasi del percorso assistenziale sono così definite:

FASE I: Valutazione di accesso e presa in carico

FASE II: Erogazione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e assistenziali necessarie per l'accesso alla rete di Neurochirurgia (Trasferimento, Trattamento)

FASE III: Dimissione dalla struttura di Neurochirurgia e continuità assistenziale

1. FASE I. Accesso e presa in carico

Accedono al percorso i pazienti con problemi clinici che richiedono un trattamento neurochirurgico.

I pazienti sono sottoposti a valutazione in quanto:

- a. pazienti che arrivano in emergenza ad un Pronto Soccorso DEA o ad un Pronto Soccorso Attivo
- b. pazienti degenti presso una unità operativa ospedaliera
- c. pazienti ambulatoriali

1.1 Criteri

I criteri per la indicazione al trattamento neurochirurgico, da effettuarsi presso l'Ospedale San Carlo o, dopo l'attivazione del Team mobile di neurochirurgia, presso l'I.R.C.C.S. CROB di Rionero e l'Ospedale di Matera, saranno definite da linee-guida e raccomandazioni di best practice basate sull'evidenza scientifica, condivise con i medici coinvolti nel percorso assistenziale.

La valutazione del medico di Pronto Soccorso può essere integrata, se necessario, dalla consulenza di altri specialisti (Anestesista rianimatore, Neurologo).

Nel caso in cui dovesse essere necessaria la consulenza dello specialista neurochirurgo, non presente nella struttura punto di accesso della rete, si attiverà il teleconsulto, ove possibile, con tutti i criteri di sicurezza e tracciabilità della procedura, oppure, in alternativa, il consulto telefonico, adeguatamente tracciato.

2. FASE II. Trasferimento

Le modalità di accesso alla struttura di Neurochirurgia sono differenziate in base alle condizioni cliniche in atto al momento dell'accesso, e precisamente:

- a. paziente in situazione clinica stabile e con autonomia respiratoria
- b. paziente in situazione clinica instabile e/o in respirazione assistita

2.1 Paziente in situazione clinica stabile e con autonomia respiratoria

Rientrano in questa categoria i pazienti giunti alla valutazione in situazione di emergenza, i pazienti degenti presso strutture ospedaliere della Azienda Sanitaria di Matera e i pazienti valutati mediante il percorso di assistenza ambulatoriale specialistica.

2.1.1 Paziente in emergenza

Il paziente giunto alla valutazione in emergenza, presso un DEA o un PSA, dopo la valutazione del medico di P.S., con la eventuale consulenza del medico rianimatore e del medico neurologo, posta

la indicazione al trattamento neurochirurgico, viene trasferito al Pronto Soccorso dell'Ospedale San Carlo, sede della struttura operativa di Neurochirurgia, previa comunicazione telefonica al medico della U.O. di Neurochirurgia e al medico di P.S. dell'Ospedale San Carlo. Quest'ultimo, previa consulenza medico neurochirurgo, dispone il ricovero del paziente presso la Unità Operativa del San Carlo ritenuta più appropriata.

2.1.2 Paziente degente presso unità operativa ospedaliera

Per il paziente degente presso una Unità Operativa Ospedaliera, il Dirigente medico di quest'ultima concorda e definisce con un dirigente medico della U.O. di Neurochirurgia le indicazioni, la modalità e la tempistica di trasferimento più appropriate al caso clinico trattato.

2.1.3 Paziente ambulatoriale

Il paziente con un problema di salute che pone indicazione al trattamento neurochirurgico ha accesso alla rete mediante valutazione specialistica, da attuarsi nei modi e nei tempi più appropriati alla classe di priorità del problema di salute, mediante percorsi assistenziali predefiniti.

2.2 Paziente in situazione clinica instabile e con respirazione assistita

La instabilità della situazione clinica è determinata dalle condizioni cardiocircolatoria, respiratoria e neurologica in atto al momento della valutazione, tenendo anche conto della loro presumibile prossima evoluzione.

Il criterio determinante ai fini dell'accesso alla struttura di Neurochirurgia per questa tipologia di pazienti è la disponibilità del posto letto nella U.O. di Rianimazione presso l'Ospedale San Carlo.

Nel caso di disponibilità del posto letto, accertata ed acquisita dal dirigente medico del P.S. o della U.O. di degenza del paziente, gli stessi concordano e definiscono con un dirigente medico della U.O. di Neurochirurgia la modalità e la tempistica di trasferimento più appropriate al caso clinico trattato.

Nel caso di non disponibilità di posto letto nella U.O. di Rianimazione dell'Ospedale San Carlo, si provvederà a trasferire il paziente presso altra struttura assistenziale idonea.

3. FASE II. Trattamento

Team mobile di Neurochirurgia

Per i pazienti che per specifiche condizioni cliniche in atto necessitano di trattamento neurochirurgico compatibile con le risorse tecnologiche presenti nell'I.R.C.C.S. CROB di Rionero e nel Presidio Ospedaliero di Matera è prevista l'attivazione di un team mobile di neurochirurgia per la erogazione del trattamento presso quest'ultimo presidio ospedaliero, secondo modalità organizzative da definire.

4. FASE III. Dimissione/Continuità assistenziale

Per i pazienti sottoposti a trattamento presso la U.O. di Neurochirurgia all'interno di questo percorso assistenziale, al momento della dimissione viene concordata da parte del dirigente medico e della posizione organizzativa sanitaria o personale equivalente la presa in carico con le strutture operative più appropriate per garantire la continuità assistenziale.

Queste strutture possono essere, in base ai bisogni determinati dalla condizione clinica del paziente alla dimissione, una unità operativa ospedaliera, se si rende necessario il ricovero, o una struttura territoriale (cure primarie, assistenza domiciliare integrata, assistenza riabilitativa).

Le prestazioni ambulatoriali e/o di consulenza saranno a carico dell'Azienda HUB.

RETE DI RIABILITAZIONE POST ACUZIE

Percorso assistenziale integrato di accesso

I percorsi assistenziali nella rete dei servizi

Il corretto funzionamento delle strutture ospedaliere per acuti è indiscutibilmente condizionato dalla attivazione di una rete parallela di presidi e servizi destinati agli interventi sanitari di riabilitazione ed alla lungodegenza post-acuzie: non è infatti possibile conciliare sotto l'aspetto organizzativo ed operativo l'esistenza di strutture in grado di rispondere contemporaneamente a domande così diversificate come quelle che provengono da un paziente acuto rispetto ad un paziente riabilitando e ad un soggetto lungodegente post episodio acuto.

Ad una prima fase di ricovero in cui le cure riabilitative (quoad valitudinem) sono complementari alle cure di base (spesso quoad vitam) consegue la fase in cui le cure riabilitative divengono trattamento di base (teso al migliore recupero e/o al massimo miglioramento possibile della funzione) mentre il trattamento della patologia originaria è ora di tipo più contenuto, meno suscettibile di continue necessità di adattamento.

Obiettivo della rete è quello di garantire ai pazienti necessitanti di cure riabilitative il percorso riabilitativo post-acuzia più appropriato per tipologia di struttura e modalità di intervento, tenuto conto delle normative vigenti in materia, nello spirito dell'appropriatezza e della pratica della clinical governance.

1. FASE I. Accesso e presa in carico

I pazienti affetti da malattia disabilitante o a rischio di disabilità iniziano ad essere seguiti nell'U. O. per acuti dall'U.O. di Medicina Riabilitativa, su segnalazione del medico di reparto e a seguito di consulenza fisiatrica.

Per i pazienti afferenti all'I.R.C.C.S. CROB la valutazione del fabbisogno riabilitativo viene assicurata dal medico fisiatra referente del territorio di competenza.

La valutazione fisiatrica stabilisce gli obiettivi a breve termine ed il piano di trattamento. I controlli successivi puntualizzano l'evoluzione del quadro clinico - funzionale, il raggiungimento degli obiettivi previsti ed aggiungono, alla data prevista per la dimissione, l'opportunità di proseguire o concludere il trattamento riabilitativo ed il successivo percorso:

- soggetti con disabilità lieve o media verranno indirizzati al trattamento ambulatoriale.
- soggetti con disabilità più complesse e con maggiore potenzialità di recupero verranno avviati in regime di degenza presso le UU. OO. di Riabilitazione per il prosieguo riabilitativo intensivo o di alta specialità.
- soggetti con scarso potenziale di recupero e quelli con potenziale di recupero nullo, ma che richiedono intenso nursing assistenziale, possono ricevere ospedalità, rispettivamente, nella lungodegenza a valenza riabilitativa e nella lungodegenza semplice.

1.1. Percorsi riabilitativi

Vengono riportati i percorsi riabilitativi per specifiche tipologie di pazienti.

- 1) I pazienti affetti da lesione midollare traumatiche e non con necessità di una presa in carico specifica allo scopo di permettere di raggiungere il miglior stato di salute e il più alto livello di capacità funzionali compatibili con la lesione saranno avviati presso la struttura specifica di codice 28 in via di attivazione presso l'Ospedale di Pescopagano dell'A.O.R. San Carlo.
- 2) I pazienti affetti da gravi cerebrolesioni acquisite (di origine traumatica, anossica o di altra natura) caratterizzata nella evoluzione clinica da un periodo di coma più o meno protratto (GCS inferiore a 8) e dal coesistere di gravi menomazioni comportamentali, che determinano disabilità multiple e complesse, e che necessitano di interventi valutativi e terapeutici specifici saranno avviati presso specifiche strutture di cod. 75 in via di attivazione presso l'Ospedale di Pescopagano dell'A.O.R. San Carlo.
- 3) I pazienti affetti da con disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno diagnostico medico specialistico a indirizzo riabilitativo e terapeutico in termini di complessità e/o di durata dell'intervento che richiedono la permanenza in ambiente riabilitativo dedicato specialistico e l'interazione con altre discipline specialistiche verranno avviate a strutture di riabilitazione intensiva cod.56 della rete: Az. Osp. Reg. "S. Carlo" - A.

S. M.; in caso di indisponibilità di pl, fermo restando la tipologia della struttura ritenuta idonea, a strutture di cod. 56 non comprese nella rete.

- 4) I pazienti affetti da con disabilità importanti soggetti con scarso potenziale di recupero e quelli con potenziale di recupero nullo, ma che richiedono intenso nursing assistenziale, saranno avviati, rispettivamente, nella lungodegenza a valenza riabilitativa, quando la presa in carico è comunque tale da richiedere una presa in carico specificatamente riabilitativa, e nella lungodegenza semplice o medica, quando è necessario un forte impegno assistenziale con supporto riabilitativo. Allo stato le strutture di lungodegenza della rete sono presenti nella A. S. M.

2. FASE II. Trasferimento

2.1. Criteri di trasferibilità da UU.OO. per acuti a strutture di degenza riabilitativa

Criteri generali

Un paziente può essere dimesso dalle UU. OO. per acuti e avviato al percorso riabilitativo post-acuzia quando:

- le sue condizioni fisiologiche si siano stabilizzate;
- sia venuta meno la necessità di monitoraggio e trattamento intensivo e non siano programmati interventi chirurgici urgenti.

Criteri specifici per i trasferimenti in sicurezza

Criteri di sufficiente stabilizzazione medica:

- non necessità di monitoraggio continuo cardiocircolatorio per avvenuto superamento di instabilità cardiocircolatoria in assenza di farmaci in infusioni continua, non crisi iperipotensive, non aritmie "minacciose" o che inducano instabilità emodinamica (tachicardie ventricolari, extrasistoli polimorfe ripetitive);
- respiro autonomo da più di 48 ore (anche se con O₂terapia) con SAO₂ >95%, PO₂ > 60 mmHg, CO₂ non > 45 mmHg. In pazienti con BPCO preesistente possono essere accettati valori di SAO₂ > 90%. La presenza di cannula tracheostomica non costituisce controindicazioni. I parametri elencati devono essere verificati in assenza di supporto respiratorio (per esempio CPAP);
- non insufficienza acuta d'organo (per esempio insufficienza respiratoria acuta o diabete mellito mal controllato con terapia insulinica) o multiorgano;
- assenza di stato settico, definito come risposta infiammatoria acuta sistemica all'infezione, resa manifesta dalla presenza di 2 o più delle seguenti condizioni:
 - o temperatura corporea > 38° C o < 36° C;
 - o frequenza cardiaca > 90 bpm;
 - o frequenza respiratoria > 20 atti/min o PCO₂ < 32 mmHg
 - o globuli bianchi > 12.000/mm³, o 4.000/ mm³ e > 10% di cellule immature
- superamento del bisogno di alimentazione parenterale previsto nell'arco di 7 –10 giorni o mantenimento di adeguati parametri idroelettrolitici e metabolici con nutrizione enterale (per os, sondino nasogastrico, PEG);
- assenza prioritaria di interventi di chirurgia generale e/o ortopedica.

Non costituiscono controindicazioni al trasferimento, presso una struttura riabilitativa, la presenza:

- cannula tracheostomia
- nutrizione parenterale con catetere venoso centrale;
- sondino nasogastrico o gastrostomia (PEG, ecc.)
- crisi epilettiche ancora non completamente controllate dalla terapia.

Per il raggiungimento degli obiettivi di qualità assistenziale che una rete integrata di servizi si propone è fondamentale che l'organizzazione dell'intero sistema e di ciascuno dei suoi componenti adotti il modello del percorso assistenziale, in grado di garantire le esigenze di continuità, coordinamento, uniformità e condivisione del processo di cura.

2.2. Comunicazione e documentazione

Nel trasferimento dei pazienti, dal reparto per acuti alla degenza riabilitativa o all'ambulatorio, un fattore essenziale è la circolazione delle informazioni.

A tale scopo:

- per i pazienti con necessità di prosieguo post-acuzia in regime di degenza è da prevedere l'utilizzo di una scheda conoscitiva che contenga informazioni cliniche, fornite dall'U.O. di degenza, e informazioni a valenza riabilitativa con indicazione della tipologia di struttura ritenuta idonea (cod. 56 riabilitazione intensiva – cod. 60 lungodegenza riabilitativa – cod. 60 lungodegenza medica - RSA), fornite dall'U.O. di Riabilitazione operante all'interno delle UU. OO. per acuti. (allegato 1)
- per i pazienti a prosieguo riabilitativo non degenziale una apposita relazione al medico di medicina generale informerà lo stesso della necessità di riabilitazione con specificazione della menomazione/disabilità, degli obiettivi, della tipologia di struttura (DH – Amb. di Recupero e Rieducazione Funzionale – Ambulatorio di Riabilitazione - ADI) e delle eventuali prestazioni. (allegato 2)

Il percorso post-acuzia attivato alla dimissione dovrà essere indicato sia in cartella clinica che nel foglio di dimissione.

Il trasferimento del paziente verrà preceduto da contatti tra i responsabili delle UU.OO., U.O per acuti di degenza e U.O. di riabilitazione intensiva od estensiva accettante, per acquisire eventuali ulteriori informazioni e predisporre il necessario prima dell'invio del paziente.

Nel trasferimento in strutture di degenza post-acuzia non bisogna trascurare di valutare le caratteristiche della famiglia e le informazioni che le sono state fornite, rispetto alla patologia, alla prognosi ed alle possibilità del miglioramento della disabilità. Facendo chiarezza su questi punti e dando alla famiglia un ruolo attivo nella definizione e conduzione degli obiettivi e delle priorità, oltre che a limitare incomprensioni e malintesi, si ottiene una più efficace e accurata personalizzazione del trattamento. La partecipazione della famiglia alla preferenza del setting di cura post-acuzia più appropriato è essenziale per il raggiungimento degli obiettivi.

3. FASE III. Dimissione/Continuità assistenziale

Tutte le strutture della rete del percorso riabilitativo post-acuzie hanno l'obiettivo di facilitare nel più breve tempo la dimissione dalle UU.OO. per acuti per l'avvio dei progetti e dei programmi riabilitativi.

Per i pazienti sottoposti a trattamento riabilitativo presso una delle strutture della rete, al momento della dimissione viene concordata da parte del dirigente medico e della posizione organizzativa sanitaria o personale equivalente la presa in carico con le strutture operative più appropriate per garantire la continuità assistenziale.

Queste strutture possono essere, in base ai bisogni determinati dalla condizione clinica del paziente alla dimissione, una unità operativa ospedaliera, se si rende necessario il ricovero, o una struttura territoriale (cure primarie, assistenza domiciliare integrata).

RETE DI RADIOTERAPIA ONCOLOGICA

L'articolazione della rete

La distanza tra la residenza dei pazienti e la più vicina struttura di RT rappresenta un fattore che condiziona e limita l'accessibilità al servizio, nel senso che il tasso di utilizzo della RT può ridursi progressivamente all'aumentare della distanza. In tal senso a livello regionale il ricorso ai trattamenti RT può essere sub-ottimale.

Per coprire una eventuale quota di fabbisogno è necessario prevedere investimenti adeguati in termini di strutture e personale per i servizi esistenti, e scegliere l'ubicazione di eventuali nuovi servizi.

In tale ottica, una soluzione gestionale-operativa ed innovativa-avanzata può consistere nella realizzazione di una rete territoriale inter-aziendale per i trattamenti radioterapici per la regione Basilicata.

La rete è composta dalle seguenti strutture:

- U.O.C. di Radioterapia dell'I.R.C.C.S. CROB, con funzione di centro di riferimento e coordinamento
- Struttura (in corso di istituzione) di Radioterapia dell'Azienda Ospedaliera San Carlo
- 2 siti/sezioni operativi satelliti da ubicare rispettivamente presso il P.O. di Matera e il P.O. Unificato del Lagonegrese

Il percorso assistenziale di accesso

Viene definito il percorso assistenziale per l'accesso alla rete di Radioterapia Oncologica

Categorie di cura

Le categorie di cura particolarmente importanti nel contesto preso in considerazione sono:

1. Valutazione
2. Presa in carico e pianificazione del percorso
3. Informazione e decisione condivisa
4. Sicurezza
5. Consulenze
6. Interventi assistenziali (professioni sanitarie non mediche)

Le fasi

Le fasi del percorso assistenziale sono così definite:

FASE I: Valutazione di accesso e presa in carico

FASE II: Erogazione delle prestazioni, terapeutiche e assistenziali necessarie per l'accesso alla rete di Radioterapia Oncologica (Trasferimento, Trattamento)

FASE III: Dimissione dalla struttura sede di Radioterapia Oncologica e continuità assistenziale

1. FASE I. Accesso e presa in carico

Accedono al percorso i pazienti con problemi oncologici che richiedono un trattamento radioterapico.

I pazienti sono sottoposti a valutazione in quanto:

- a. pazienti degenti presso una unità operativa ospedaliera
- b. pazienti ambulatoriali

1.1 Criteri

I criteri per la indicazione al trattamento radioterapico, da effettuarsi presso l'I.R.C.C.S. CROB, l'Ospedale San Carlo, il P.O. di Matera, e il P.O. Unificato del Lagonegrese saranno definite da linee-guida e raccomandazioni di best practice basate sull'evidenza scientifica, condivise con i medici coinvolti nel percorso assistenziale.

Nel caso in cui dovesse essere necessaria la consulenza dello specialista radioterapista, non presente nella struttura punto di accesso della rete, la stessa sarà effettuata da operatori della U.O. di Radioterapia dell'I.R.C.C.S. CROB Centro di riferimento e coordinamento regionale.

2. FASE II. Trattamento

Le strutture della rete dovranno avere una dotazione tecnica compatibile tra loro per il regolare svolgimento delle attività.

2.1. Paziente ambulatoriale

Il paziente oncologico che necessita di trattamento radioterapico ha accesso alla rete mediante valutazione specialistica da attuarsi per le sue strutture satelliti da parte dei radioterapisti del centro di riferimento regionale nei modi e nei tempi più appropriati alla classe di priorità del caso clinico e mediante percorsi assistenziali predefiniti.

2.2. Paziente degente presso unità operativa ospedaliera

Per il paziente degente presso una Unità Operativa Ospedaliera, il Dirigente medico di quest'ultima concorda e definisce con un dirigente medico radioterapista del centro di riferimento territoriale la modalità e la tempistica per la valutazione ai fini del trattamento radioterapico e ai fini di un eventuale trasferimento presso la struttura HUB.

3. FASE II. Dimissione/ Continuità assistenziale

Per i pazienti sottoposti a trattamento radioterapico presso una delle strutture della rete, al momento della dimissione viene concordata da parte del dirigente medico e della posizione organizzativa sanitaria o personale equivalente la presa in carico con le strutture operative più appropriate per garantire la continuità assistenziale.

Queste strutture possono essere, in base ai bisogni determinati dalla condizione clinica del paziente alla dimissione, una unità operativa ospedaliera, se si rende necessario il ricovero, o una struttura territoriale (cure primarie, assistenza domiciliare integrata, assistenza riabilitativa).

4. FASE IV. Vantaggi

I vantaggi attesi previsti potranno essere:

- la riduzione della mobilità legata ai percorsi diagnostico-terapeutici oncologici;
- la maggiore accessibilità e fruibilità delle prestazioni radioterapiche;
- la riduzione delle liste di attesa;
- la realizzazione di un sistema integrato ed omogeneo di definizione, valutazione e validazione della qualità dei percorsi terapeutici in oncologia e della tecnica dei trattamenti radioterapici in tutta la regione;
- la razionalizzazione delle spese e vantaggi in termini di ritorno economico;
- la possibilità di avere sempre personale esperto, aggiornato e specificamente formato attraverso la condivisione tecnico-scientifica con l'IRCCS di Rionero.

L'integrazione fra i centri della rete regionale potrebbe rappresentare una delle più avanzate realizzazioni di strutture di radioterapia in rete sul territorio italiano, e consentirà un'offerta di prestazioni di livello qualitativo molto elevato per i pazienti che potranno proseguire le terapie radianti poco lontano da casa, evitando i disagi dovuti a trasporti e attese. In tal modo, si potrà prevedere di dare un'adeguata risposta ai bisogni di salute della popolazione lucana.

RETE SINDROME CORONARICA ACUTA

I percorsi assistenziali nella rete dei servizi

Per il raggiungimento degli obiettivi di qualità assistenziale che una rete integrata di servizi si propone è fondamentale che l'organizzazione dell'intero sistema e di ciascuno dei suoi componenti adotti il modello del percorso assistenziale, in grado di garantire le esigenze di continuità, coordinamento, uniformità e condivisione del processo di cura.

Nel percorso assistenziale vengono rilevati i bisogni, espliciti o impliciti, del paziente con uno specifico problema di salute allo scopo di attivare una serie di azioni per soddisfarli. I bisogni, e le conseguenti attività di cura, sono raggruppati in categorie di cura (categorie assistenziali principali o funzioni) in base a criteri predefiniti. Tali categorie sono presenti, in numero variabile in base ad esigenze specifiche, nel percorso assistenziale e nelle sue diverse fasi.

Le categorie di cura generalmente presenti in un percorso assistenziale definito in base alle prove di evidenza clinica sono le seguenti:

- Valutazione
- Presa in carico/pianificazione
- Comunicazione/informazione/consenso/educazione
- Sicurezza
- Indagini diagnostiche
- Consulenze
- Terapia Medica
- Terapia Chirurgica
- Interventi e procedure assistenziali

Le prime quattro categorie rappresentano i bisogni fondamentali di ogni paziente a prescindere dalla complessità del problema di salute presentato, e sono alla base di tutte le altre categorie assistenziali; pertanto queste devono essere sempre presenti in un percorso assistenziale.

In ogni percorso assistenziale è possibile individuare diverse "fasi" o "episodi di cura" quali processi temporali predefiniti. Generalmente vengono individuate le seguenti fasi:

FASE I: Accesso e presa in carico

- Valutazione del problema clinico ai fini dell'inserimento nel percorso assistenziale
- Presa in carico nel percorso assistenziale

FASE II: Cura e trattamento

- Erogazione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e assistenziali necessarie per la risoluzione del problema clinico trattato

FASE III: Dimissione e follow-up

- Conclusione del percorso assistenziale o di una sua fase
- Monitoraggio del problema di salute e/o attivazione di un nuovo percorso assistenziale

La qualità dell'assistenza erogata nel percorso deve garantire almeno i criteri di appropriatezza, efficacia, sicurezza, efficienza ed equità.

RETE SINDROME CORONARICA ACUTA

Il percorso assistenziale di accesso

Viene definito il percorso assistenziale di accesso alla Rete della Sindrome Coronaria Acuta

Categorie di cura

Le categorie di cura particolarmente importanti nel contesto preso in considerazione sono:

- Valutazione
- Presa in carico/pianificazione
- Comunicazione/informazione/consenso/educazione
- Sicurezza
- Indagini diagnostiche
- Consulenze
- Terapia Medica
- Terapia Chirurgica
- Interventi assistenziali (professioni sanitarie non mediche)

Le fasi

Le fasi del percorso assistenziale sono così definite:

FASE I: Accesso e presa in carico

FASE II: Erogazione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e assistenziali necessarie per l'accesso alla rete SCA (Trasferimento, Trattamento)

FASE III: Dimissione dalla/e struttura/e della rete in cui è stata erogata l'assistenza e Continuità assistenziale

FASI E CRITERI

Per tutto quanto attiene alle diverse fasi del percorso assistenziale ed ai relativi criteri per l'accesso e la presa in carico, il trattamento e la dimissione e Continuità assistenziale si rimanda a quanto riportato nel documento "Raccordo territorio-ospedale per la gestione dell'emergenza cardiologica in corso di infarto acuto del miocardio, relativo alla attivazione della rete integrata ospedale-territorio per l'emergenza coronaria, approvato con delibera di Giunta Regionale n. 1435 del 22 ottobre 2007 che si allega alla presente.

Le prestazioni ambulatoriali e/o di consulenza saranno a carico dell'Azienda HUB.

RETE DI EMATOLOGIA

Percorso assistenziale integrato di accesso

I percorsi assistenziali nella rete dei servizi

Per il raggiungimento degli obiettivi di qualità assistenziale che una rete integrata di servizi si propone è fondamentale che l'organizzazione dell'intero sistema e di ciascuno dei suoi componenti adotti il modello del percorso assistenziale, in grado di garantire le esigenze di continuità, coordinamento, uniformità e condivisione del processo di cura.

Nel percorso assistenziale vengono rilevati i bisogni, espliciti o impliciti, del paziente con uno specifico problema di salute allo scopo di attivare una serie di azioni per soddisfarli. I bisogni, e le conseguenti attività di cura, sono raggruppati in categorie di cura (categorie assistenziali principali o funzioni) in base a criteri predefiniti. Tali categorie sono presenti, in numero variabile in base ad esigenze specifiche, nel percorso assistenziale e nelle sue diverse fasi.

Le categorie di cura generalmente presenti in un percorso assistenziale definito in base alle prove di evidenza clinica sono le seguenti:

- Valutazione
- Presa in carico/pianificazione
- Comunicazione/informazione/consenso/educazione
- Sicurezza
- Indagini diagnostiche
- Consulenze
- Terapia Medica
- Terapia Chirurgica
- Interventi e procedure assistenziali
- Farmacovigilanza

Le prime quattro categorie rappresentano i bisogni fondamentali di ogni paziente a prescindere dalla complessità del problema di salute presentato, e sono alla base di tutte le altre categorie assistenziali; pertanto queste devono essere sempre presenti in un percorso assistenziale.

In ogni percorso assistenziale è possibile individuare diverse "fasi" o "episodi di cura" quali processi temporali predefiniti. Generalmente vengono individuate le seguenti fasi:

FASE I: Accesso e presa in carico

- Valutazione del problema clinico ai fini dell'inserimento nel percorso assistenziale
- Presa in carico nel percorso assistenziale

FASE II: Cura e trattamento

- Erogazione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e assistenziali necessarie per la risoluzione del problema clinico trattato

FASE III: Dimissione e follow-up

- Conclusione del percorso assistenziale o di una sua fase
- Monitoraggio del problema di salute e/o attivazione di un nuovo percorso assistenziale

La qualità dell'assistenza erogata nel percorso deve garantire almeno i criteri di appropriatezza, efficacia, sicurezza, efficienza ed equità.

RETE DI EMATOLOGIA

Percorso assistenziale integrato di accesso

Categorie di cura

Le categorie di cura particolarmente importanti nel contesto preso in considerazione sono:

1. Valutazione
2. Presa in carico e pianificazione del percorso
3. Informazione e decisione condivisa
4. Sicurezza
5. Indagini diagnostiche
6. Consulenze
7. Interventi assistenziali differenziati in base alla tipologia di paziente

Le fasi

Le fasi sono così definite:

FASE I: Valutazione di accesso e presa in carico

FASE II: Erogazione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e assistenziali necessarie per l'accesso alla struttura di Ematologia (Inquadramento clinico, Pianificazione del percorso, eventuale Trasferimento, Trattamento in regime ambulatoriale, DH o Ricovero)

FASE III: Dimissione dalla struttura di Ematologia e continuità assistenziale attraverso gli strumenti dell'Ambulatorio, Day Hospital e/o assistenza domiciliare/Hospice.

1. FASE I. Valutazione

Accedono al percorso i pazienti con problemi clinici che richiedono un inquadramento diagnostico esaustivo (prestazioni diagnostiche di secondo e terzo livello) del problema ematologico e/o un conseguente trattamento specifico per l'emopatia precedentemente diagnosticata

I pazienti sono sottoposti a valutazione in quanto:

- a. pazienti che arrivano in urgenza ad un Pronto Soccorso DEA o PSA
- b. pazienti degenti presso una unità operativa ospedaliera della rete
- c. pazienti ambulatoriali

1.1 Criteri

I criteri per la indicazione alla presa in carico da parte della Equipe di Ematologia sono:

-Valutazione del medico di Pronto Soccorso, con eventuale consulenza del medico Ematologo

-Valutazione diretta dell'Ematologo a seguito di una visita ambulatoriale, rispettando le classi di priorità rispetto alla situazione clinica da valutare

2. FASE II. Trasferimento

Le modalità di accesso alla struttura di Ematologia sono differenziate in base alle condizioni cliniche in atto al momento dell'accesso, e precisamente:

- a. paziente in situazione clinica stabile, che non necessita di terapia urgente
- b. paziente in situazione clinica instabile
- c. paziente con sospetta patologia ematologica

2.1 Paziente in situazione clinica stabile in assenza di scompenso midollare o scompenso d'organo

Pazienti con diagnosi nota di emopatia ed inquadrati in un precedente ricovero ordinario o DH, in cui sia stato pianificato un percorso terapeutico definito:

prosecuzione di chemioterapia; terapia di mantenimento o consolidamento.

Pazienti candidati al trapianto di cellule Staminali (autologo o allogenico); in questo caso la data d'ingresso è rigidamente programmata

Donatori di midollo ricoverati per l'espianto di cellule staminali; in questo caso la data d'ingresso è rigidamente programmata

2.1.1 Paziente in condizioni critiche

Il paziente giunto al Pronto Soccorso DEA o PSA, dopo la valutazione del medico di P.S., con la consulenza del medico ematologo, sulla base del riscontro di una situazione clinica instabile e di parametri ematologici che richiedono la rapida esecuzione di indagini di secondo o terzo livello, viene trasferito presso una delle Unità Operative di Ematologia della Regione che possiedano i requisiti per una assistenza intensiva ematologica.

2.1.2 Paziente degente presso unità operativa ospedaliera

Per il paziente degente presso una Unità Operativa Ospedaliera, il Dirigente medico di quest'ultima concorda e definisce con un dirigente medico della U.O. di Ematologia la modalità e la tempistica di trasferimento più appropriate.

2.1.3 Paziente ambulatoriale

Il paziente con un problema di salute che pone indicazione al trattamento ematologico ha accesso alla rete mediante valutazione specialistica, da attuarsi nei modi e nei tempi più appropriati alla classe di priorità del problema di salute, mediante percorsi assistenziali predefiniti.

4. FASE III. Dimissione/Continuità assistenziale

Per i pazienti sottoposti a trattamento presso la U.O. di Ematologia all'interno di questo percorso assistenziale, al momento della dimissione viene concordata da parte del dirigente medico e della posizione organizzativa sanitaria o personale equivalente la presa in carico con le strutture operative più appropriate per garantire la continuità assistenziale.

Queste strutture possono essere, in base ai bisogni determinati dalla condizione clinica del paziente alla dimissione, una unità operativa ospedaliera, se si rende necessario il ricovero, o una struttura territoriale (cure primarie, assistenza domiciliare integrata, assistenza riabilitativa).

5. Aspetti peculiari

Saranno successivamente definiti alcuni percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali nella rete relativi a:

- Percorso in Ematologia pediatrica e malattie rare
- Percorso delle Patologie della coagulazione
- Percorso Trapiantologico

Le attività di diagnostica strumentale e di laboratorio saranno garantite dall'I.R.C.C.S. CROB di Rionero.