

Primi interventi in materia di erogazione delle attività sanitarie in area pneumologica.

"Allegato A" –

delib. CS n. 1499 del 29 DIC. 2015

Il **percorso** di seguito esplicitato per macro-azioni operative si propone di attuare una proficua collaborazione e sinergia tra le attività svolte nell'ambito del P.O. SS. Trinità e del P.O. Binaghi.

La finalità precipua è infatti quella di creare dei gruppi omogenei che agiscano a seconda delle necessità sia a livello Ospedaliero che Ambulatoriale, assolutamente intercambiabili, stabiliti sulla base delle patologie Polmonari ritenute preminenti, e quindi partendo dai bisogni reali del paziente, al centro di tutto il processo.

ATTIVITA' PNEUMOLOGICHE DA SALVAGUARDARE E POTENZIARE

Si intendono quelle attività a prevalente competenza della Pneumologia:

- Fisiopatologia Respiratoria
- Disassuefazione al Fumo
- Terapia Intensiva Respiratoria
- Pneumologia Interventistica di area Medica (in particolare Fibrobroncoscopia)
- Riabilitazione Respiratoria


PATOLOGIE PNEUMOLOGICHE DA DIAGNOSTICARE E TRATTARE IN STRUTTURA PNEUMOLOGICA:

- Asma grave non controllato (diagnosi e trattamento)
- BPCO stadio GOLD 3 e 4 (diagnosi e trattamento)
- Insufficienza respiratoria Acuta, Cronica, Acuta su Cronica (diagnosi e trattamento)
- Interstiziopatie polmonari (diagnosi e trattamento delle fasi avanzate)
- Neoplasie polmonari (diagnosi)
- Tubercolosi Polmonare (diagnosi e trattamento) – in questo caso considerare collaborazione con Malattie Infettive
- Patologie pleuro-polmonari che necessitano della Pneumologia Interventistica per la diagnosi e/o il trattamento (diagnosi e trattamento) – in questo caso considerare collaborazione con Chirurgia Toracica

PROGRAMMAZIONE

Sulla base di quanto precede occorre prevedere la presenza indispensabile dei seguenti nuclei di attività/servizi:

- IN REGIME PREVALENTEMENTE DI RICOVERO:

- 
1. Terapia Semintensiva;
 2. Posti Letto dedicati alle Patologie sopra indicate;

3. Riabilitazione Respiratoria per gli stati acuti della malattia polmonare (in condivisione con la Pneumologia Ambulatoriale);
4. Broncologia e Pneumologia Interventistica (in condivisione con la Pneumologia Ambulatoriale ed in collaborazione con la Chirurgia Toracica);
5. DH/Day service diagnosi Neoplasie Polmonari (in condivisione con la Pneumologia Ambulatoriale);
6. DH/Day service diagnosi Interstiziopatie Polmonari;

- IN REGIME PREVALENTEMENTE AMBULATORIALE

1. Fisiopatologia Respiratoria (in coordinamento/condivisione con la Pneumologia Ospedaliera);
2. Disassuefazione dal Fumo (in coordinamento con i Ser.D.);
3. Gravi Insufficienze Respiratorie (pz. in Ossigenoterapia e/o in Ventilazione Domiciliare);
4. Urgenze Pneumologiche (da considerare per questo nucleo l'eventuale immediato trasferimento dal Binaghi al SS. Trinità);
5. Prime Diagnosi;
6. Tubercolosi (in coordinamento con Malattie Infettive);
7. Interstiziopatie Polmonari;
8. Riabilitazione Respiratoria;

ATTIVITA' NON PRIORITARIE (non di esclusiva pertinenza Pneumologica o da non seguire in Regime di ricovero per acuti)

- IN REGIME DI RICOVERO

1. Quanto non contemplato nell'elenco sovrascritto, in particolare tutte quelle Patologie Polmonari che NON presentano Insufficienza Respiratoria Acuta o in cui la Patologia Polmonare costituisce un epifenomeno di altra malattia e può essere seguita tramite servizio di Consulenza Specialistica;
2. Stadi terminali non trattabili di Patologie Polmonari quali Neoplasie polmonari, Fibrosi Polmonari ed altre Insufficienze respiratorie end stage;

- Azioni correlate:

1. Agire sulla Appropriatezza dei ricoveri e della scelta del setting assistenziale a livello dei PP.SS.;
2. Stabilire dei protocolli con le altre UU.OO. di ambito medico per un'agile e concordata presa in carico dei pz in un contesto appropriato;
3. Potenziare PP.LL. Post-acuzie per i malati end stage anche non neoplastici;

- IN REGIME AMBULATORIALE

1. Follow-up asma bronchiale e BPCO, fatte salve le situazioni di scarso controllo della malattia, la presenza contemporanea di Insufficienza Respiratoria Cronica e la visita annuale per la conferma della Esenzione ticket (v. verifiche con i competenti Servizi Aziendali);
2. Quanto non contemplato nell'elenco sovrascritto delle Attività Ambulatoriali;

- Azioni correlate:

1. Avviare un rapporto costruttivo con i MMG della ASL 8 per percorsi condivisi di follow-up di asma e BPCO.

RISORSE UMANE

L'unificazione delle due strutture sotto una unica governance, deve innanzi tutto poter permettere l'interscambiabilità del Personale, ora indifferentemente allocato nelle due unità operative, sulla base essenzialmente delle capacità ed esperienze professionali e tenuto conto delle eventuali limitazioni di carattere sanitario documentate per legge.

La finalità ultima è quella di pervenire all'ottimizzazione nell'impiego delle risorse umane a disposizione sia della Dirigenza che del Comparto, a seguito dell'aggregazione delle strutture/attività, ferma restando la salvaguardia di situazioni giuridicamente tutelate, da valutare caso per caso.

Quanto precede, chiaramente, in attesa di poter definire nel corso della realizzazione del progetto le effettive necessità di personale, anche in ragione dei prossimi collocamenti a riposto, già predeterminati alla luce della vigente normativa.

ALTRI ASPETTI ORGANIZZATIVI

Sinergia di funzioni-attività anche sotto l'aspetto amministrativo in maniera tale che il Personale delle 2 strutture, indipendentemente dall'attuale assegnazione e dalla sede fisica in cui si trova ad operare, possa attivare processi di Ricovero, DH (nell'ambito delle dotazioni PL attive), richiesta esami (ADT, CUPWEB etc), previa verifica tecnica di fattibilità con i servizi interessati e/o competenti.

Il presente allegato è composto di n° TRE fogli. *gem*

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1499 DEL 29 DIC. 2015

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO *Dott.ssa Antonella Carreras* IL DIRETTORE SANITARIO *Dott. Pier Paolo Papi*

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO *Dott.ssa Savina Ortu*