

## LE NUOVE MODALITA' DI GESTIONE DELLA ASSISTENZA: DAL DAY HOSPITAL AL DAY SERVICE

### I confini del problema

Negli ultimi anni le Autorità Sanitarie hanno riservato una crescente attenzione alle scelte di carattere organizzativo-gestionale in grado di ottimizzare il rapporto fra costi, qualità delle cure, appropriatezza e continuità assistenziale. La progettualità si è pertanto indirizzata alla messa a punto di modalità alternative al ricovero ordinario che consentissero un percorso assistenziale centrato sul paziente, agevole, efficiente e che ne permettesse la "presa in carico", fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi di cura in fasce di popolazione come gli anziani. La "presa in carico" assicura inoltre al cittadino la riduzione del tempo sottratto all'attività lavorativa o domestica per ottenere le prestazioni richieste.

La centralità dell'appropriatezza e continuità assistenziale è stata evidenziata da diversi atti normativi sia nazionali che regionali. Le modalità più diffusamente proposte sono rappresentate dall'assistenza erogata in regime di ricovero diurno (Day Hospital e Day Surgery [DH]) e dal ricorso, ove clinicamente e strutturalmente possibile, all'assistenza in Day Service Ambulatoriale [DS] su pazienti esterni. Il DS ambulatoriale rappresenta pertanto un modello di organizzazione integrata dell'assistenza alternativo al regime di ricovero diurno (DH).

La concezione multidisciplinare, multiprofessionale e intersettoriale del progetto DS dovrebbe essere in sintonia con una visione condivisa tra direzione aziendale e professionisti rispetto agli obiettivi di qualità, appropriatezza e continuità assistenziale.

Il DS si configura come un "progetto assistenziale" integrato e polispecialistico che rende possibile, in uno o due accessi, l'erogazione di un "pacchetto" di prestazioni specialistiche a pazienti non ricoverati. Il vantaggio consiste nella salvaguardia della continuità di diagnosi e cura e di una efficiente gestione dell'iter diagnostico unite alla riduzione del tasso di ospedalizzazione, dei ricoveri impropri in DH e delle liste d'attesa.

### Modalità di Funzionamento

Le prestazioni erogate in DS (definite "pacchetti di cure ambulatoriali (PAC)") devono permettere il rapido e completo inquadramento clinico-diagnostico di condizioni patologiche ad alta prevalenza oppure il follow-up di pazienti sottoposti a particolari trattamenti. Il PAC viene gestito direttamente dal medico specialista ospedaliero e nasce da un precedente protocollo diagnostico-assistenziale finalizzato a semplificare le modalità di accesso senza tempi di attesa e l'interscambio tra il medico di medicina generale e il medico specialista.

Il DS si configura come un ambulatorio specialistico per esterni, che prevede le stesse modalità di erogazione, compartecipazione, addebito e rimborso delle prestazioni comprese nel Nomenclatore Tariffario Regionale. L'attivazione del PAC e la presa in carico del paziente sono affidati all'Unità Operativa che organizza l'analogo percorso ambulatoriale all'interno dell'ospedale e la sede è in genere identificata presso il DH delle singole Unità Operative. Non sono, perciò, richieste nuove strutture e le risorse materiali ed umane funzionali al percorso assistenziale del D.S., tenendo fede all'ottimizzazione nell'uso delle risorse, dovrebbero coincidere con quelle destinate alle attività del DH.

L'utente per il quale, sulla base dell'analisi del problema effettuata, lo Specialista ("Referente") dell'Unità Operativa ritenga necessario attivare il pacchetto diagnostico-terapeutico in DS, va informato sulle modalità di trattamento, sulla diretta partecipazione alla spesa e sul regime di esenzione.

Come documentazione, è prevista la compilazione di un modello di *consenso informato* del DS e la sottoscrizione da parte dell'assistito della sezione relativa alla sua posizione rispetto al regime delle *esenzioni*. Il documento aziendale ed operativo di attivazione della procedura assistenziale è rappresentato dalla *scheda di attivazione* del DS. Allo Specialista, oltre alla parte anagrafica relativa al paziente, compete l'indicazione del sospetto diagnostico e dei servizi che intende attivare in prima istanza. Tale prima scheda è indispensabile per l'apertura della *Cartella di DS*, che viene effettuata una volta trasmessa la scheda di attivazione ed il modello di consenso informato all'Ufficio Accettazione Amministrativa Ricoveri dell'Azienda Ospedaliera. La valenza di questo documento è amministrativa e finalizzata alla raccolta dei dati utili al monitoraggio delle attività. Tale monitoraggio consente alla Direzione Aziendale un riepilogo periodico dell'attività svolta da ciascuna Unità Operativa al fine di analizzare l'andamento e l'applicazione della nuova modalità organizzativa. Fondamentale per la valorizzazione delle prestazioni erogate è la *scheda di rilevazione delle prestazioni eseguite* a favore del paziente assistito in D.S.

Trattandosi di un approccio assistenziale incentrato sull'utente e sui percorsi diagnostico-terapeutici, la flessibilità nella gestione del paziente è essenziale per questa modalità assistenziale. A tale scopo la cartella clinica può essere tenuta aperta per tempi limitati (secondo indirizzi regionali) trasmettendo trimestralmente la scheda per la rilevazione delle prestazioni eseguite dall'unità operativa. La chiusura della cartella D.S. prevede l'effettuazione di una visita di controllo e la compilazione della *scheda di dimissione* del paziente completando le informazioni con la diagnosi di dimissione e il relativo codice ICD 9 CM e predisponendo la *relazione di dimissione* per il medico di medicina generale.

La soluzione organizzativa del DS è risultata indicata per patologie di particolare rilevanza o complessità diagnostica che necessitano di definizione diagnostica rapida con approccio plurispecialistico e trattamento tempestivo e/o che richiedano cicli terapeutici o di supporto per via endovenosa con osservazione clinica durante tutta la durata dell'infusione.

### **Svantaggi e potenziali criticità del DS**

Si possono così riassumere:

- 1) Mancanza di cartella clinica (possibili carenze nella raccolta e nell'archiviazione dei dati, riduzione delle informazioni a disposizione del medico, potenziali problemi medico-legali)
- 2) Scarso riconoscimento economico per l'Unità Operativa che attiva il DS. Tale aspetto può ulteriormente sottostimare la produttività in termini finanziari della nostra Area specialistica (l'impiego di risorse destinato alla organizzazione del percorso ed alla sua efficace realizzazione risulta scotomizzato).
- 3) Mancata valorizzazione nei confronti dell'Unità Operativa che attiva il DS dell'"indotto" creato dal percorso diagnostico-terapeutico presso le UO eroganti i servizi (a cui viene attribuita la totalità della remunerazione attinente le prestazioni diagnostico-terapeutiche).
- 4) Utilizzazione di risorse strutturali ed umane già afferenti al DH. Tale impegno, finalizzato ad ottimizzare il consumo di risorse, espone tuttavia al rischio di un ulteriore eccessivo carico assistenziale e dell'uso di dotazioni logistiche non ottimali.
- 5) Mancato riconoscimento della specificità professionale endocrinologica (il PAC per il Nodulo Tiroideo della Regione Lazio prevede l'erogazione anche da parte di UOC di Medicina Generale e di Chirurgia, mentre le Strutture Endocrinologiche sono escluse dal PAC sulla Ipertensione).

L'obiettivo della azione futura della nostra Associazione deve pertanto essere l'individuazione di indicatori per la classificazione dei pazienti trattati (per specialità? per profilo? per ambulatorio? per severità?) in relazione alle prestazioni erogate onde poter (ri)definire adeguate misure organizzative da un lato, aggiornare percorsi assistenziali e valorizzare in maniera congrua la remunerazione dell'Unità Operativa che ha condotto il Day Service.

*ALLEGATI:*

### **1.DH: PRESTAZIONI INDICATIVE DI APPROPRIATEZZA NELLA REGIONE LAZIO**

### **2.DAY SERVICE ED EROGAZIONE DEI PAC NELLA REGIONE LAZIO**