



Università degli Studi di Perugia
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Corso di Organizzazione e Programmazione Sanitaria
Prof.ssa Liliana Minelli



L'OSPEDALE...QUESTO SCONOSCIUTO

10 MAGGIO 2013

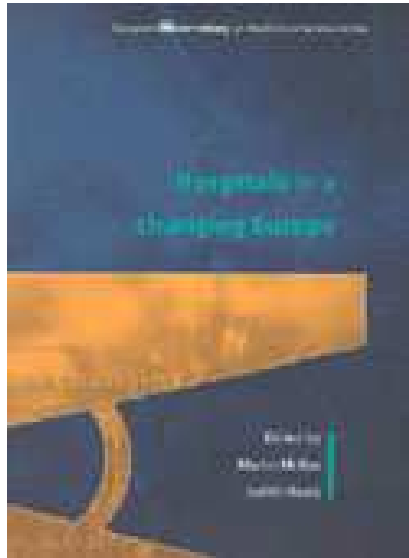
Iaria Bernardini

Riccardo Casadei

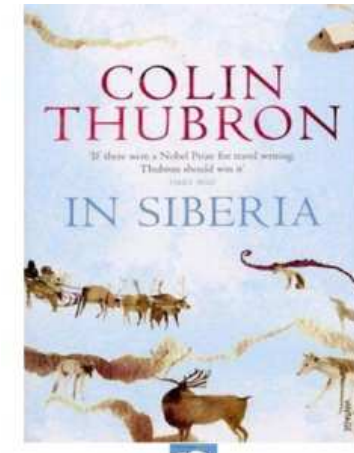
Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva

*“...Istituzione che offre posti letto, pasti ed assistenza continua ai suoi pazienti, mentre questi sono sottoposti alle cure mediche necessarie sotto la supervisione dei professionisti medici.
Nell’eseguire questi servizi, l’ospedale si adopera per restituire ai pazienti la salute” (Miller TS, 1997)*





“Hospital in a changing Europe” (McKee M, Healy J, 2002)

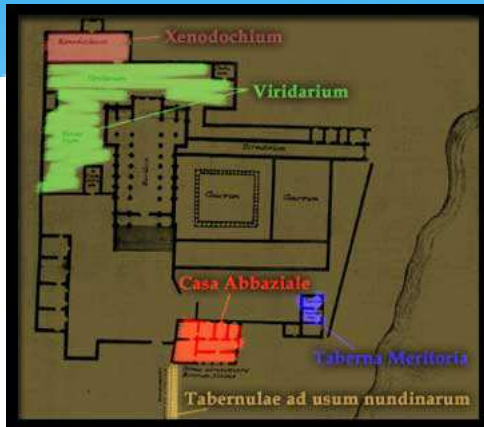


Ospedale di Potoslovo, 10 posti letto

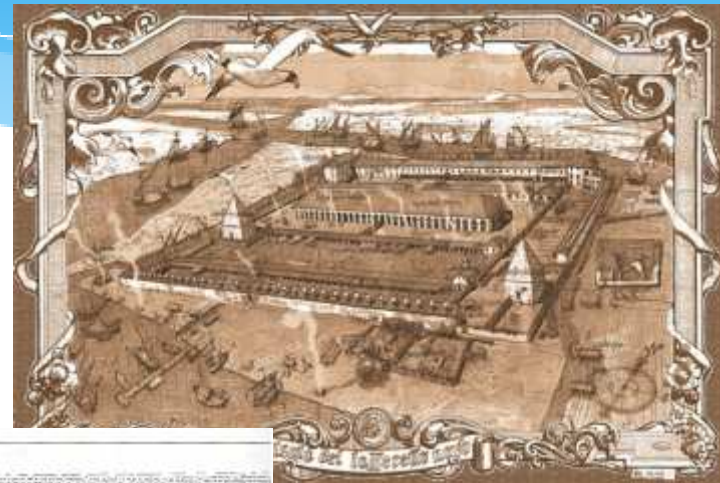


Johann Wolfgang Goethe University Hospital di Francoforte, 60 edifici, 1440 posti letto

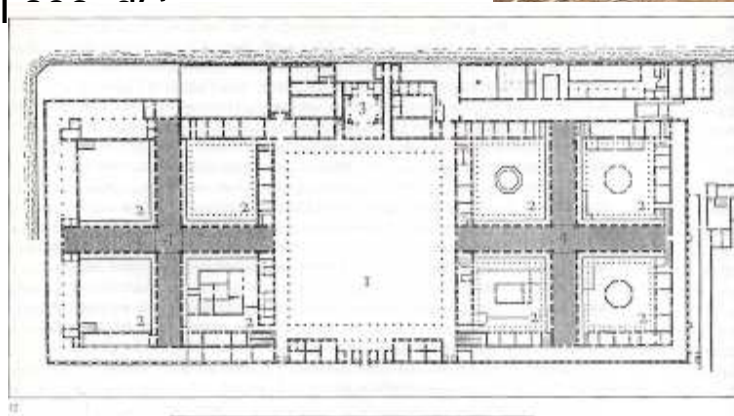
L'Ospedale rispecchia la Medicina del momento



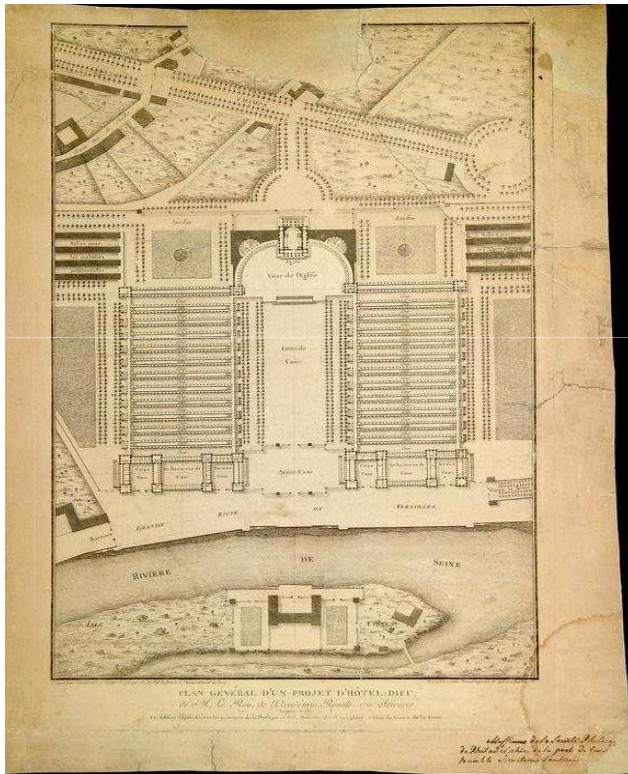
Abbazia di Casamari XIII secolo



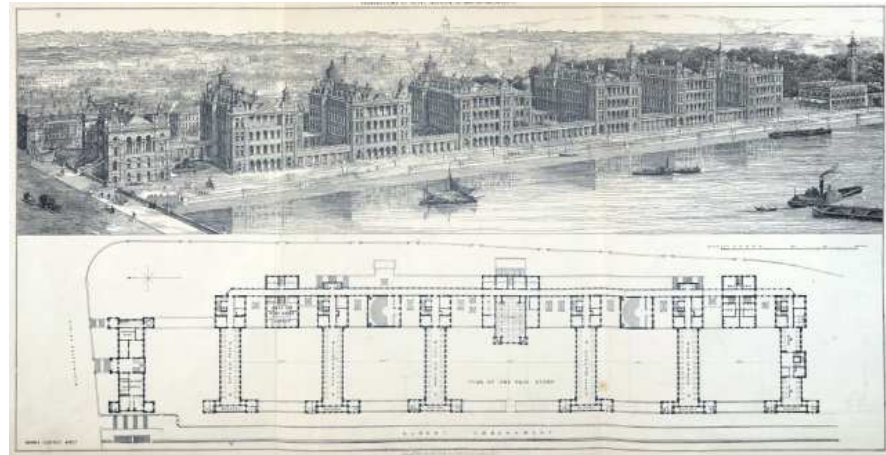
Ospedale Maggiore Nuovo 1400



Ospedale Ca' Granda-Filarete –Milano
1456



Progetto di Leroy Hotel-Dieu
Paris(1777)



St Thomas Hospital, Londra, 1900-Pianta
Nightingale



Ospedale a padiglioni –Monteluce-
Perugia 1923-2001



Ospedale monoblocco- San Martino
Genova



Le cause dell'aumento dei bisogni



Da: M. Gray e W. Ricciardi

Invecchiamento in Italia

Popolazione anziana (over 65) per ripartizione geografica;
anni 2011, 2030 e 2065, dati in milioni

	2011			2030			2065		
	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e più	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e più	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e più
Nord-ovest	2,2	10,5	3,5	2,2 (2,0 ; 2,4)	10,5 (10,3 ; 10,7)	4,6 (4,4 ; 4,7)	2,3 (1,7 ; 2,9)	9,8 (8,6 ; 10,8)	5,5 (4,8 ; 6,0)
Nord-est	1,6	7,6	2,5	1,7 (1,5 ; 1,8)	7,9 (7,8 ; 8,1)	3,3 (3,2 ; 3,4)	1,8 (1,4 ; 2,3)	7,7 (6,8 ; 8,6)	4,3 (3,8 ; 4,7)
Centro	1,6	7,8	2,6	1,6 (1,5 ; 1,7)	8,0 (7,9 ; 8,2)	3,4 (3,2 ; 3,5)	1,7 (1,3 ; 2,1)	7,4 (6,5 ; 8,2)	4,2 (3,7 ; 4,7)
Sud	2,1	9,5	2,5	1,7 (1,6 ; 1,8)	8,4 (8,3 ; 8,5)	3,6 (3,4 ; 3,7)	1,3 (1,0 ; 1,6)	5,8 (5,3 ; 6,4)	4,1 (3,6 ; 4,6)
Isole	1,0	4,5	1,3	0,8 (0,8 ; 0,9)	4,0 (4,0 ; 4,0)	1,7 (1,7 ; 1,8)	0,6 (0,5 ; 0,8)	2,9 (2,6 ; 3,1)	1,9 (1,7 ; 2,2)
Italia	8,5	39,8	12,3	8,0 (7,4 ; 8,6)	38,9 (38,3 ; 39,4)	16,6 (15,9 ; 17,2)	7,8 (5,9 ; 9,7)	33,5 (29,8 ; 37,2)	20,0 (17,7 ; 22,3)

Fonte: ISTAT 2011. Il futuro demografico del paese. Previsioni regionali della popolazione residente al 2065.



ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'assistenza ospedaliera viene garantita da:

- Ospedali non costituiti in Azienda
- Aziende Ospedaliere
- Aziende Ospedaliere Universitarie
- Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico
- Istituti privati accreditati

In base ai livelli di Assistenza si individuano:

-OSPEDALE DI COMUNITA' , fornisce trattamenti che richiedono un elevato e continuo impiego di risorse infermieristiche, ridotto impiego di risorse mediche, soprattutto specialistiche e tecnologie

-OSPEDALE PER "ACUTI", corrisponde al cosiddetto secondo livello di assistenza, offre assistenza di tipo specialistico, in elezione ed in emergenza/ urgenza

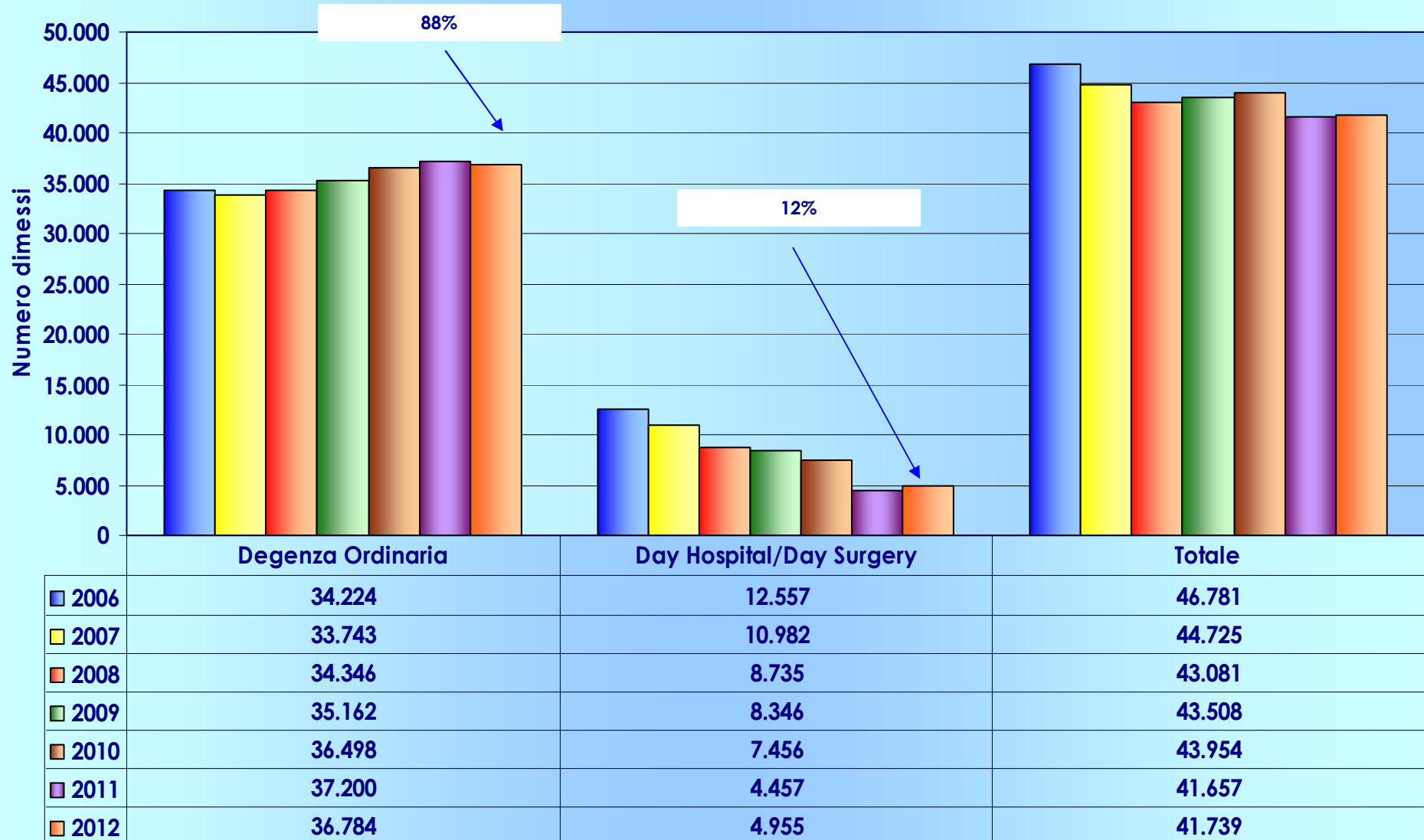
-OSPEDALE PER "ACUTI" SPECIALISTICO, ha servizi complessi e tecnologicamente sofisticati (neurochirurgia,cardiochirurgia, trapianti...) collegato con l'Univeristà

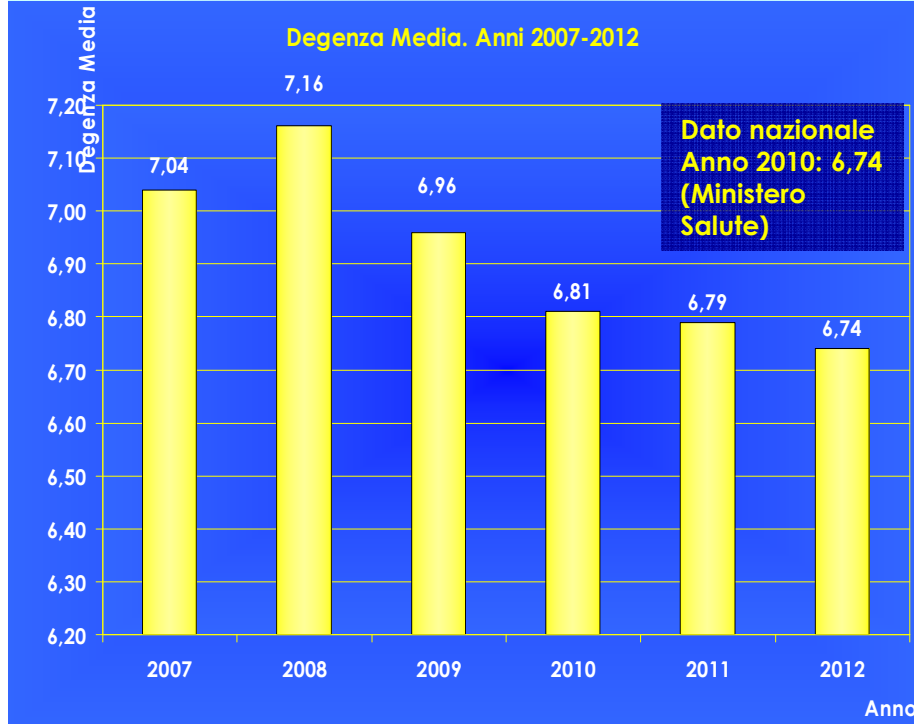
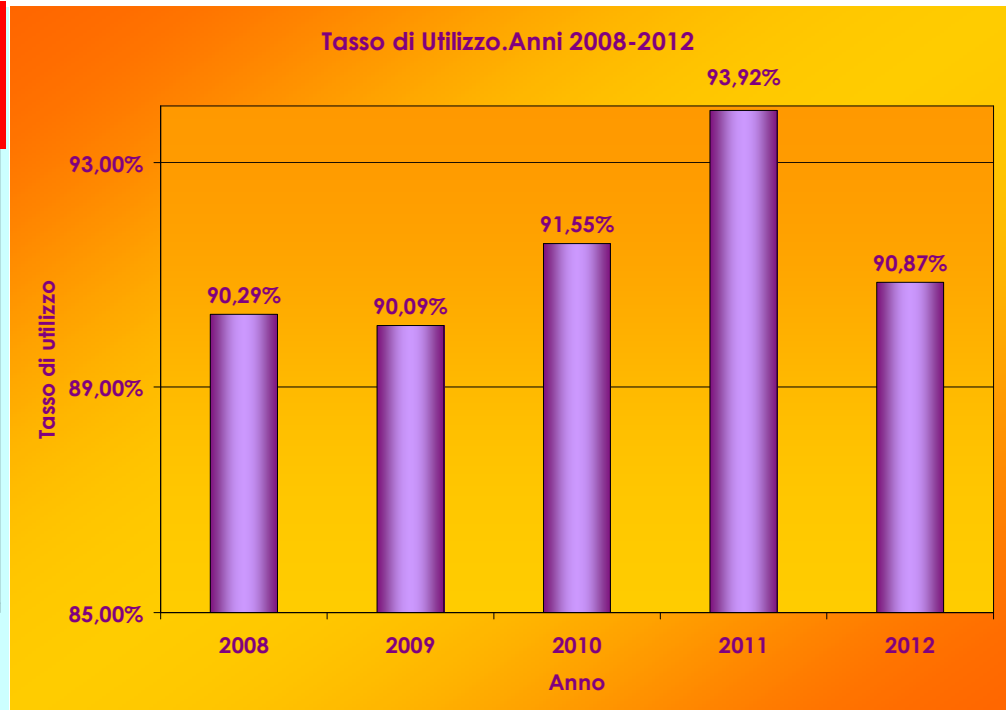
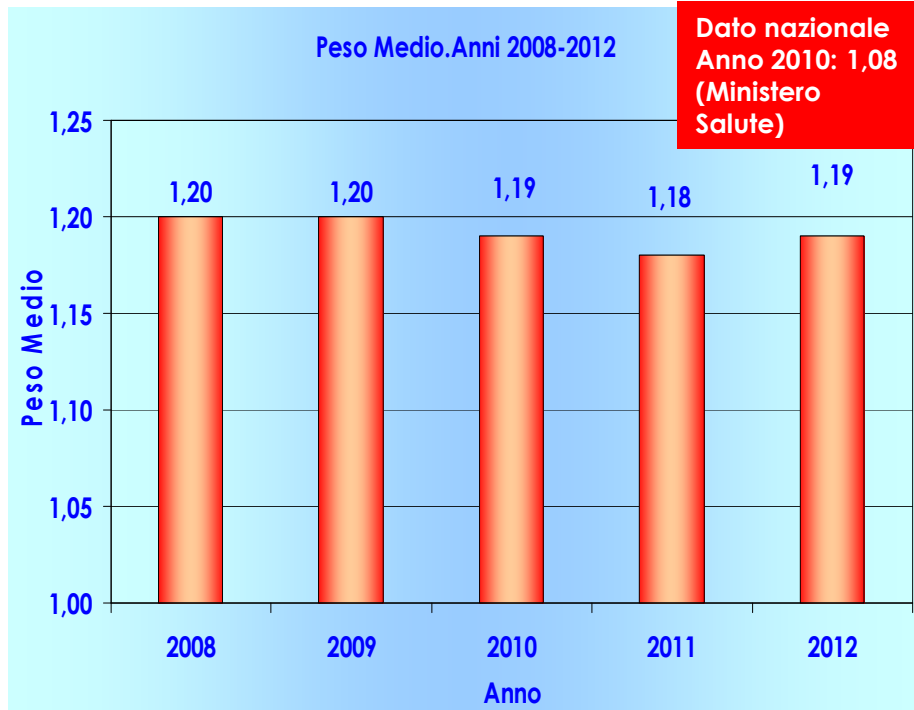
Dati di attività di una grande Azienda ospedaliera





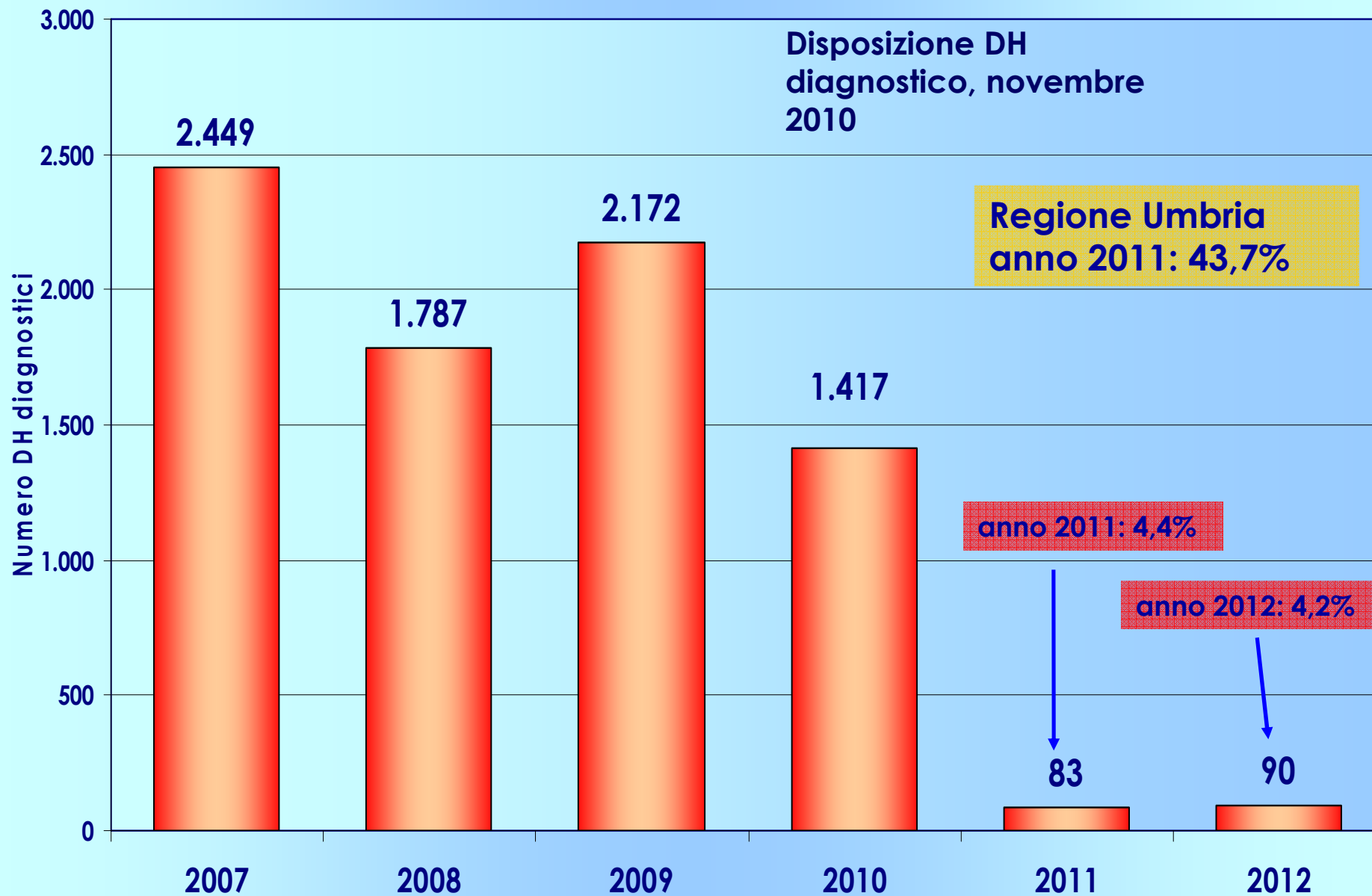
Andamento Attività di Ricovero. Anni 2006-2012



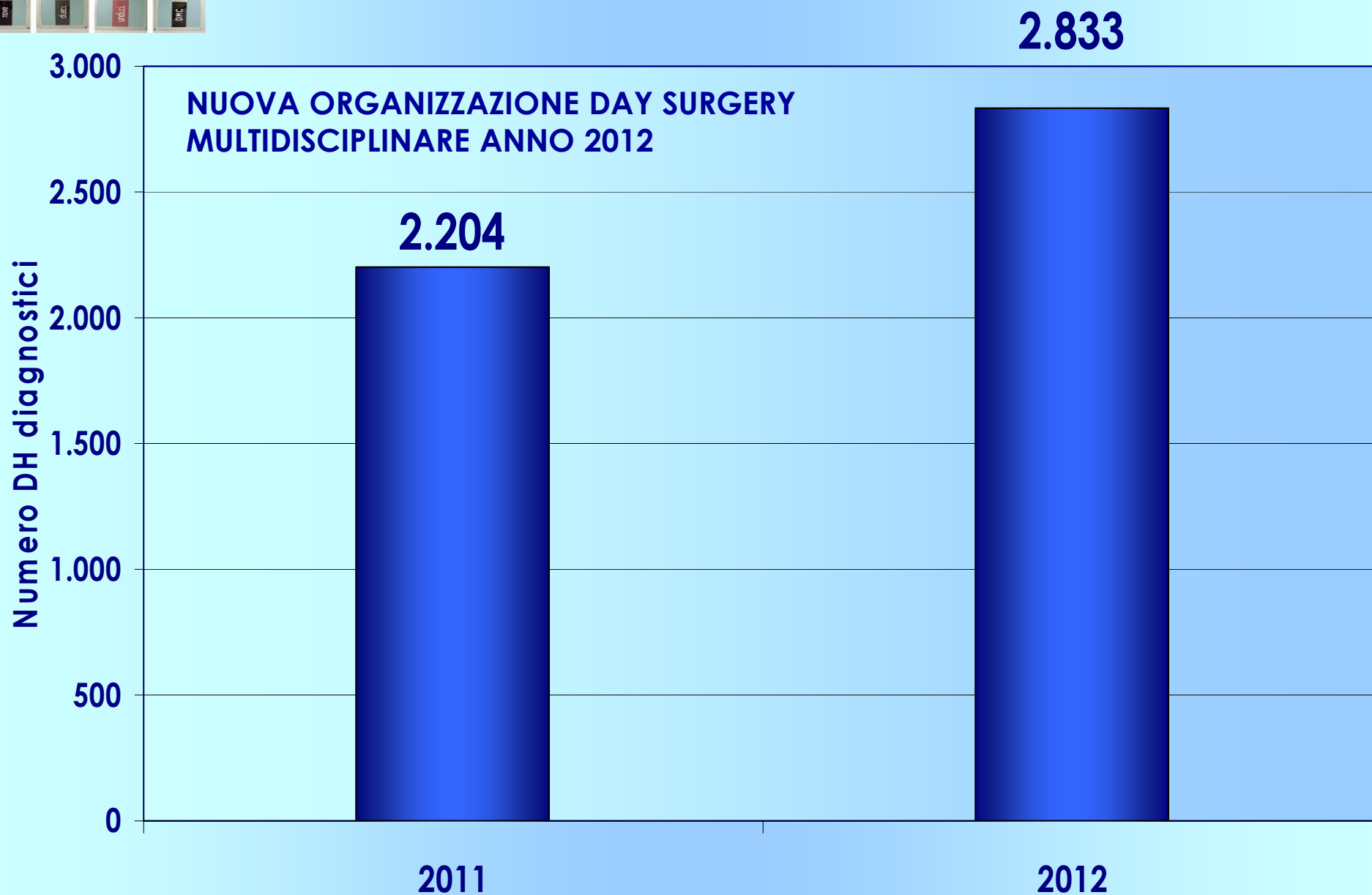




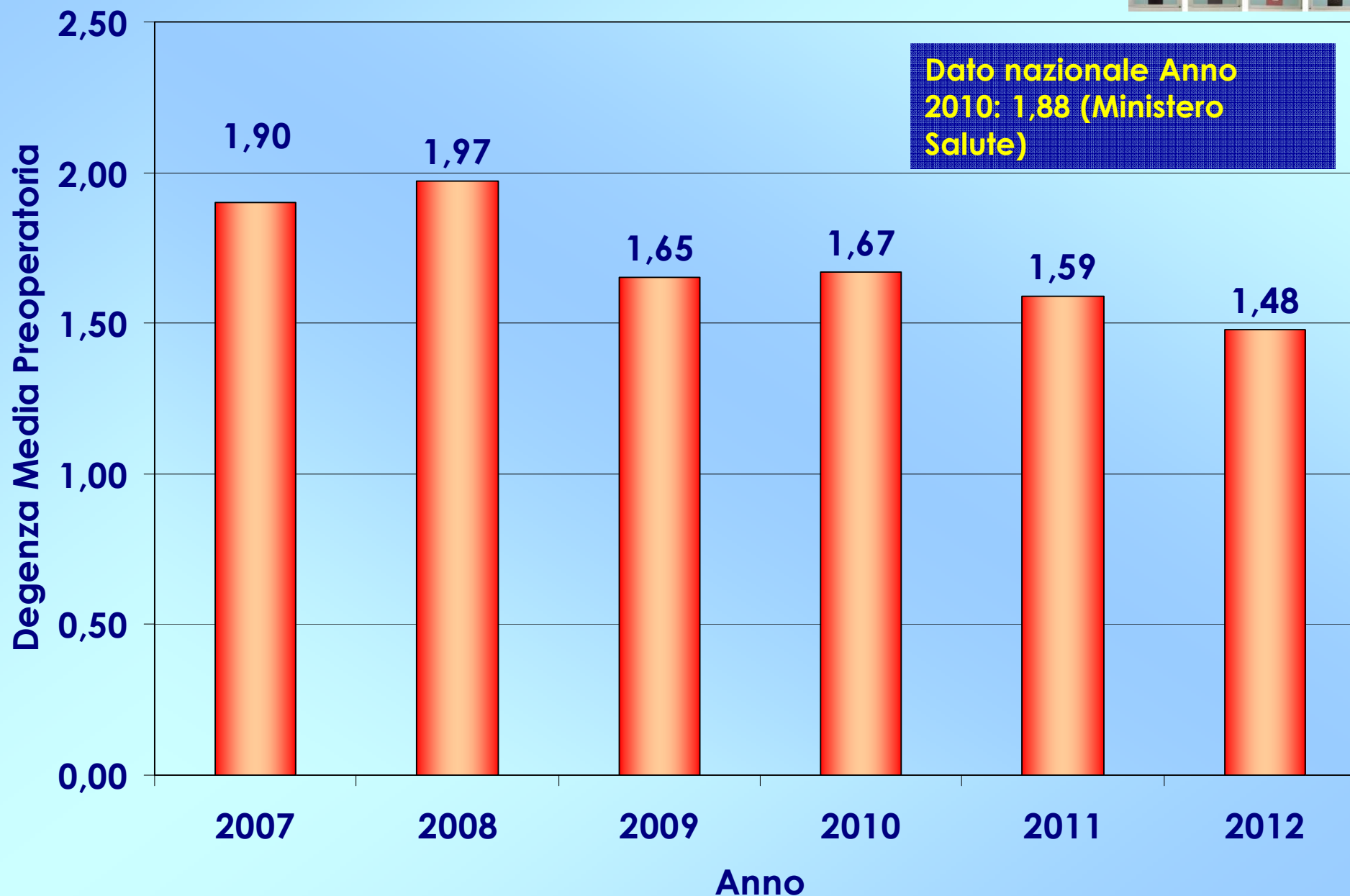
Andamento DH diagnostici. Anni 2007-2012



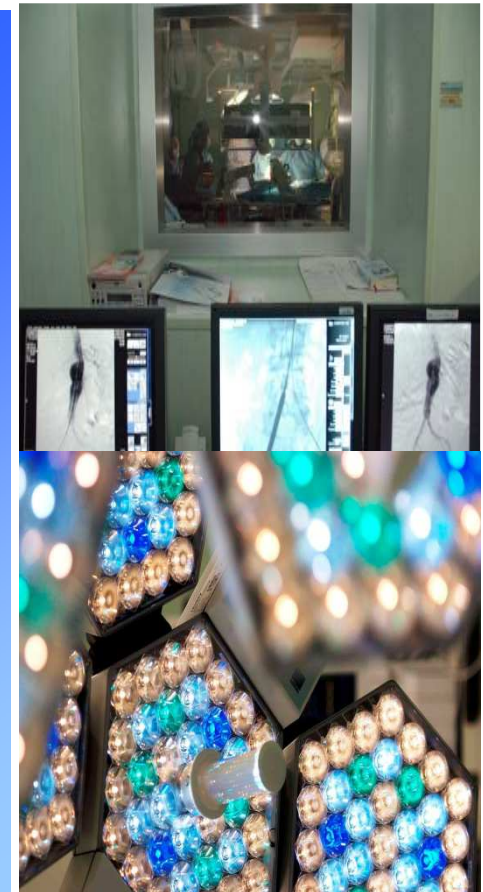
Andamento Day Surgery. Anni 2011-2012



Degenza Media PreOperatoria. Anni 2007-2012

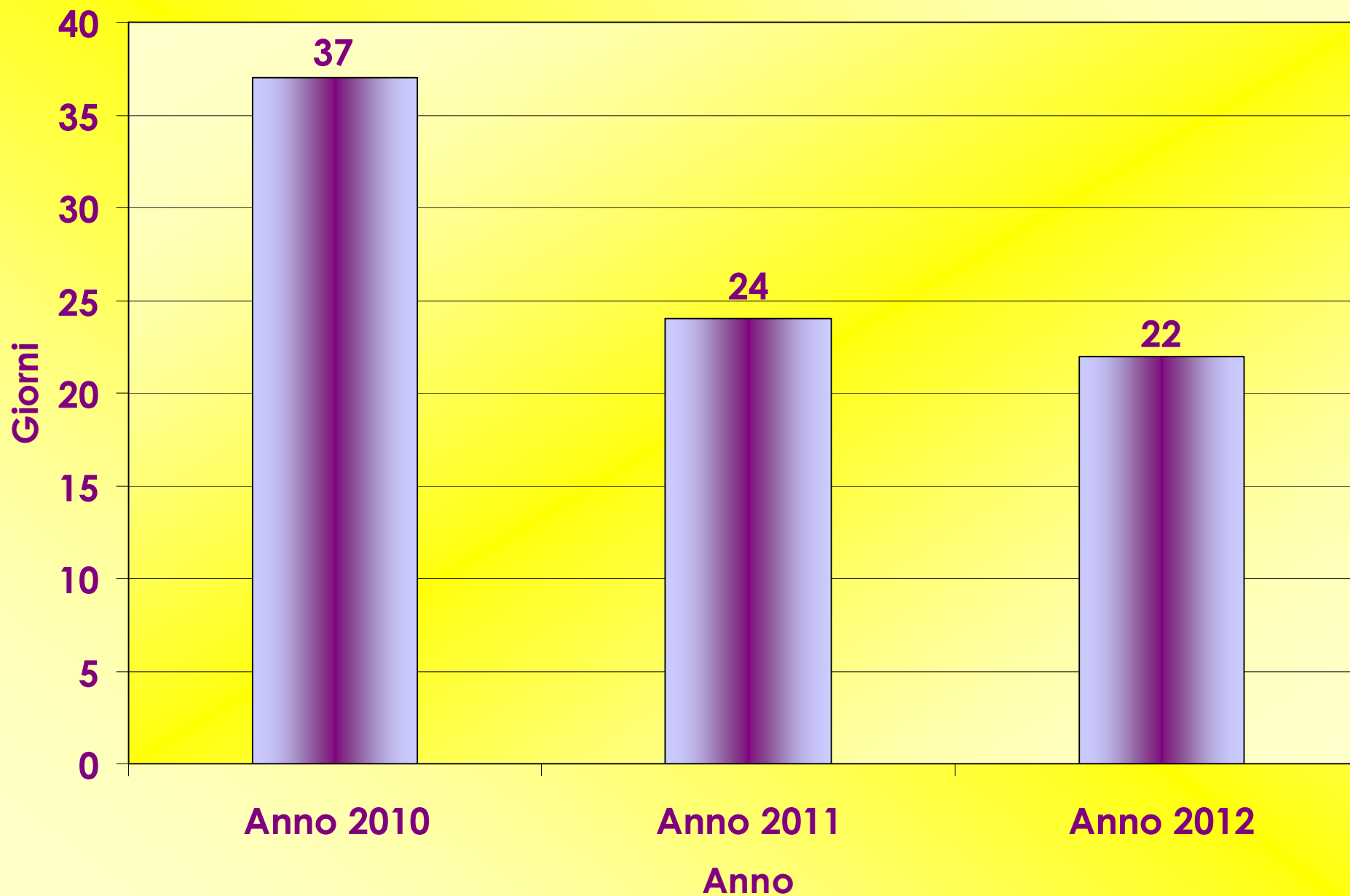


Interventi chirurgici e procedure. Anni 2006-2012

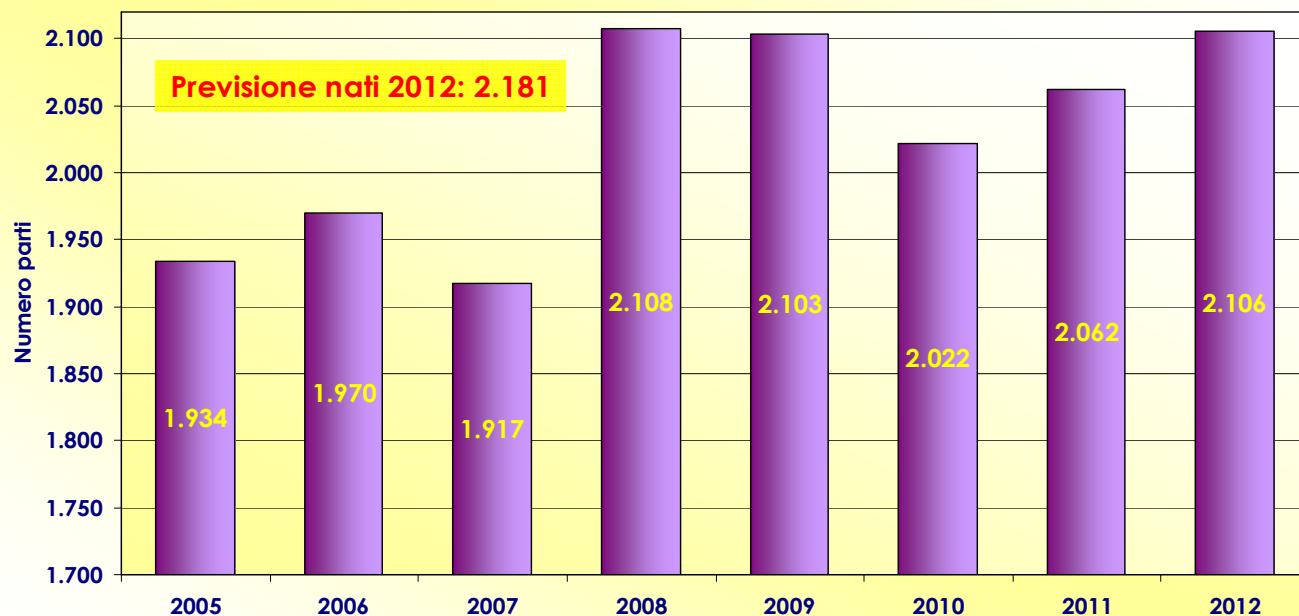


Accreditato Blocco Operatorio "Vittorio Trancanelli"

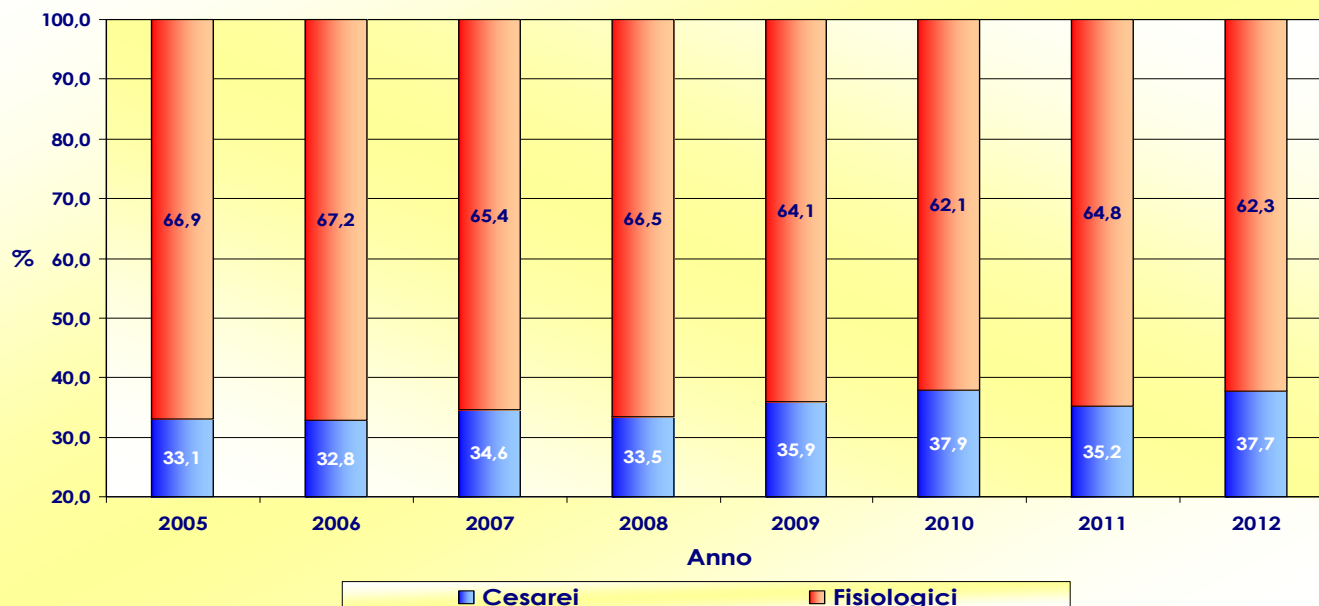
Giorni di attesa per interventi programmati con diagnosi oncologica "Classe A" (Attesa Massima 30 giorni).Anno 2010-2012



Andamento Parti. Anni 2005-2012



Scomposizione % parti fisiologici e cesarei. Anni 2005-2012



Circa **290** parti in analgesia (13,5%)

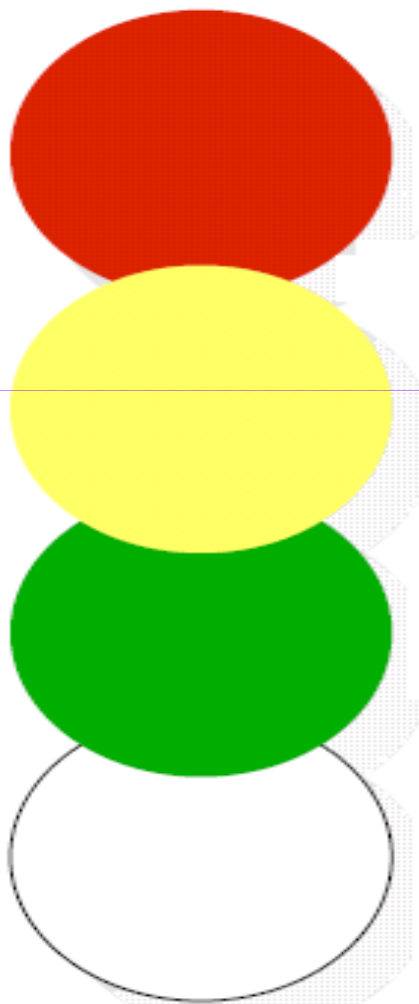
28,8% madri straniere

Parti cesarei nelle donne al primo parto 26,8%. Dato Nazionale Anno 2010: 28,3% (Fonte Focus Salute. Anno 2010).



TEMPI DI ATTESA TRIAGE DI PRONTO SOCCORSO

Attesa per priorità	BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO
Fascia oraria	Attesa media (min)	Attesa media (min)	Attesa media (min)	Attesa media (min)
Totale	59,3	17,4	6,2	1,6



CODICE ROSSO: Tutte gli Ospedali inferiori ai 3'

CODICE GIALLO: Perugia: 7'30"
Ospedale Maggiore Bologna: 32'

CODICE VERDE: Perugia: 16'
Firenze: 45'
Ancona: 45'
Ospedale S.Orsola Bologna: 58'

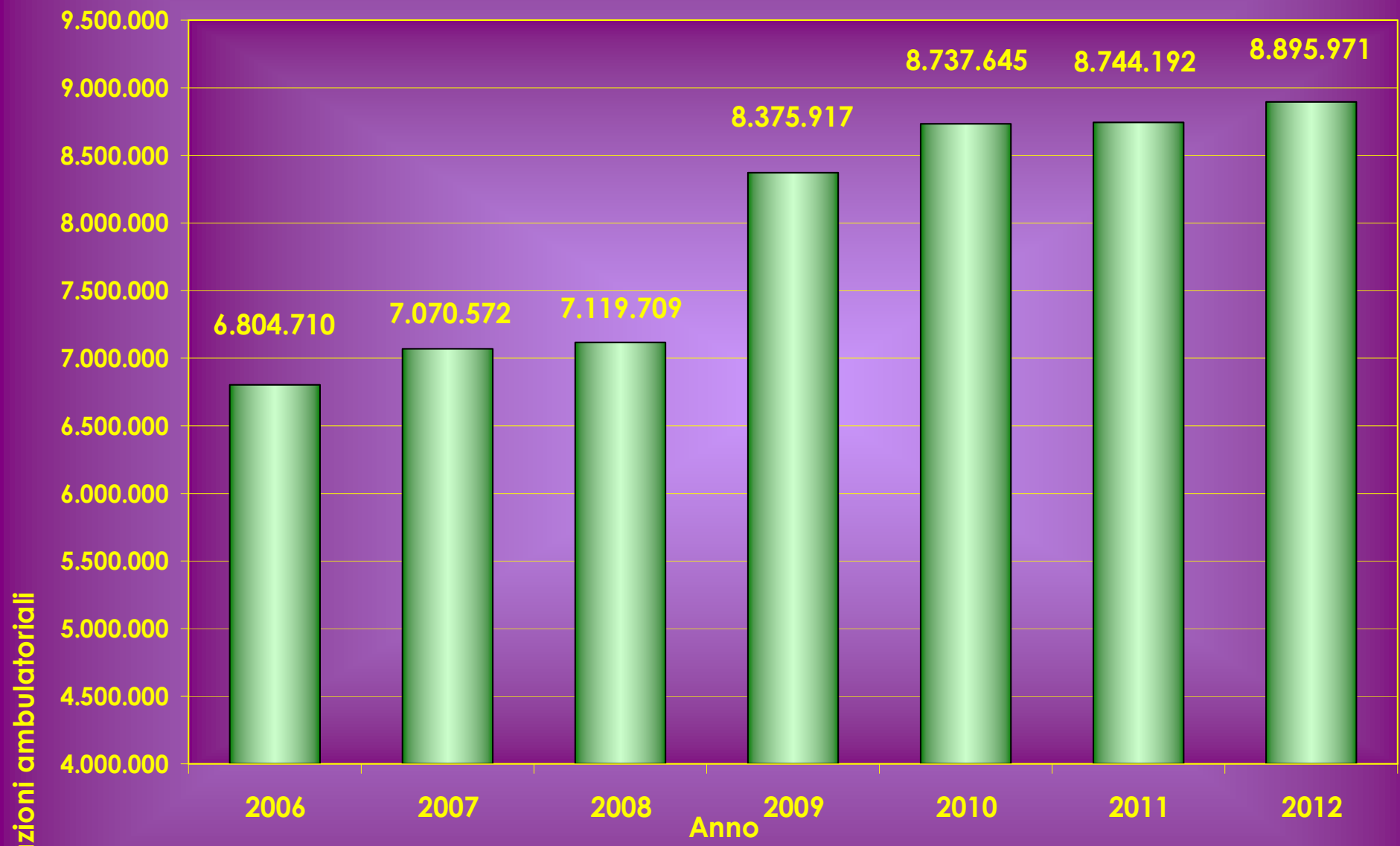
CODICE BIANCO: Perugia: 30'
Firenze: 60'
Ancona: 64'
Ospedale S.Orsola Bologna: 78'



Accessi al Pronto Soccorso: 66.382

Indagine Anno
2008 de "Il Sole
24 Ore"

Attività ambulatoriale complessiva. Anni 2006-2012



Prestazioni ambulatoriali

Prestazioni per interni, esterni, ricoverati in altri ospedali e di pronto soccorso

*...ma rispetto alla popolazione
dove “interviene” l’Ospedale?*

Population management

More than care and case management

Deciding the right approach

It is important to have the information and knowledge to be able to carry out population management approaches for these populations to improve their health and well-being.

Level 3

As people develop chronic conditions, the burden of disease becomes disproportionate to the resources available in the primary care system and social care system. This is often a nurse, working with a multidisciplinary team, managing and supporting people with these conditions.

Level 2

Disorders that are common and high prevalence, such as hypertension, diabetes, asthma, COPD, and heart failure, are the major causes of morbidity and mortality. These conditions are often managed by a specialist or a general practitioner, with a focus on clinical records.

70-80% dei pazienti
Livello 1
Con il giusto supporto le
persone possono imparare
a essere attivi protagonisti
della loro condizione

PROMOZIONE DELLA
SALUTE

Livello 3
Pazienti molto complessi
CASE MANAGEMENT

Livello 2
Pazienti a alto rischio
DISEASE MANAGEMENT

Level 3:
Highly complex
patients
**Case
management**

Level 2:
High risk patients
Care management

Level 1:
70-80% of a Chronic Care
Management population

Health promotion



Persona sana o apparentemente sana



Soggetto sul quale si può intervenire a **scopo preventivo** col supporto della medicina di opportunità e di iniziativa basata sull'educazione alla salute, sulla partecipazione strutturata a programmi di prevenzione attiva.



Paziente non classificato

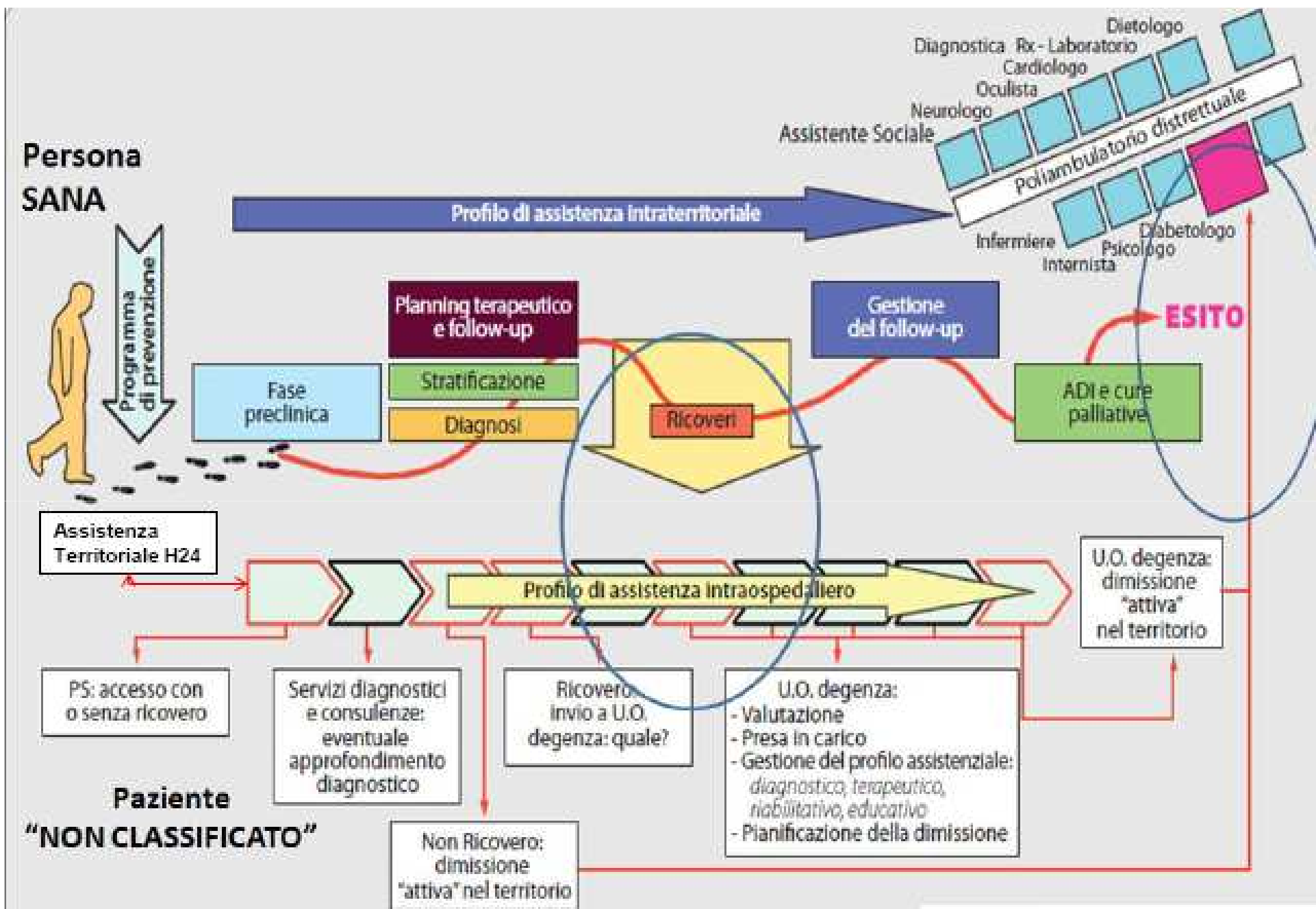


- Paziente non classificato, al primo contatto con il SSN, in regime di elezione o urgenza per situazioni “non complesse” dal punto di vista specialistico e tecnologico;

Ad oggi molti di questi accedono al Pronto Soccorso per

- Percezione di aver effettivamente bisogno di assistenza immediata
- Preferenza per i servizi di emergenza, in termini di convenienza, di soddisfazione e di fiducia.
- Difficoltà di accedere ai servizi di assistenza primaria.
- Ricorso dei medici alla medicina difensiva.

(Lega F. 2008)



Modificato da Noto G, Raschetti R, Gestione integrata e percorsi assistenziali. Pensiero Scientifico Editore. 2011

Paziente cronico

Il paziente classificato con specifica malattia cronica

Paziente non autosufficiente e/o fragile

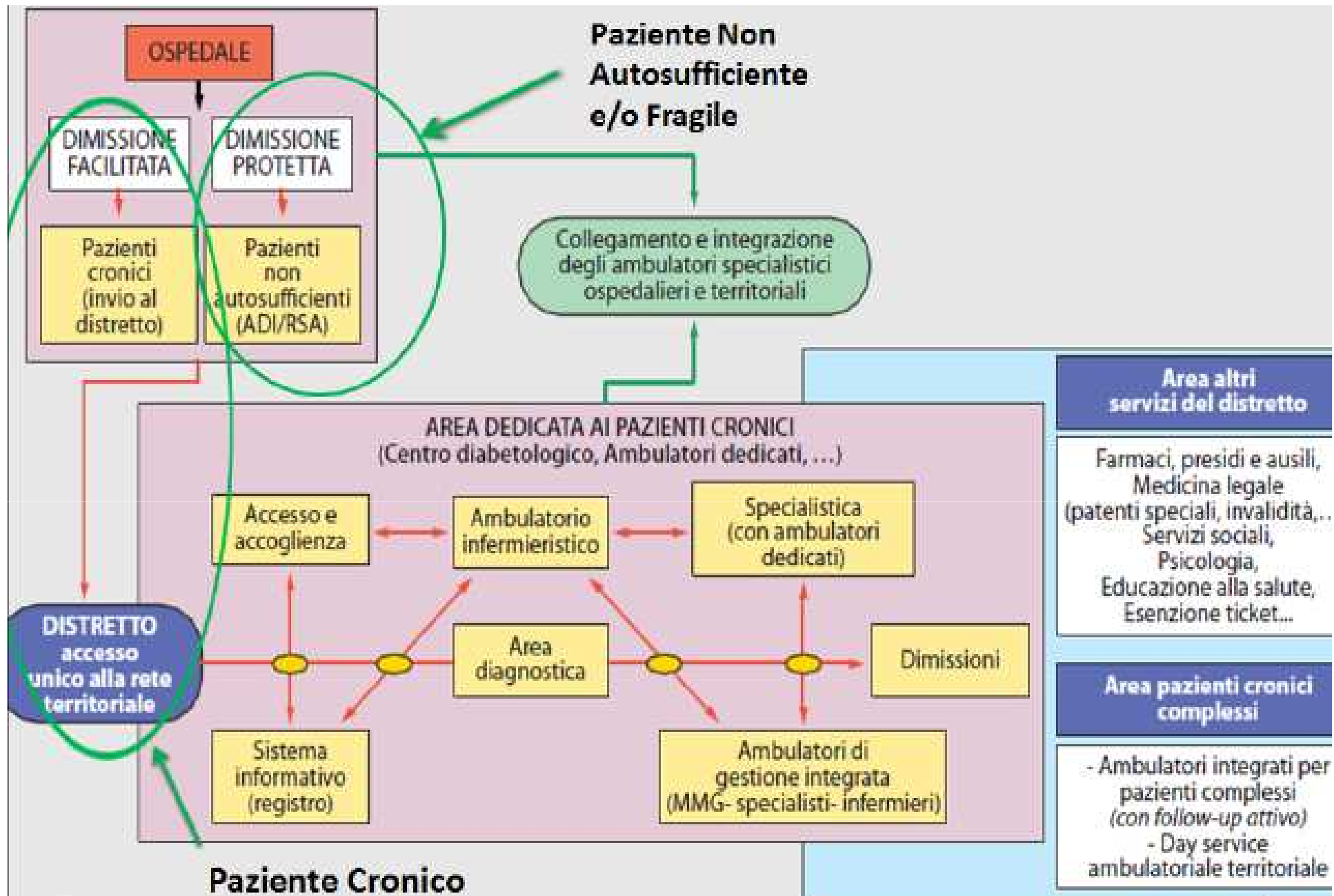


Per "**non autosufficiente**" si intende un soggetto che ha difficoltà a svolgere una o più funzioni della vita quotidiana (ADL) autonomamente e che necessita di assistenza per lunghi periodi di tempo di tipo residenziale o domiciliare.

Per soggetto "**fragile**" si intende colui che si trova in una condizione di rischio e di vulnerabilità, caratterizzata da un equilibrio instabile di fronte a eventi negativi.

Katz S et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA. 1963 Sep 21; 185:914-9.

Fried LP et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Med Sci. 2001 Mar; 56 (3): M146-M156



Modificato da Noto G, Raschetti R, Gestione integrata e percorsi assistenziali. Pensiero Scientifico Editore. 2011

Aree di intervento per presidiare l'integrazione ospedale territorio

Linee Strategiche

- Sviluppo Distretto
- Sviluppo Medicina Generale
- Sviluppo terzo settore/privato no profit per funzione territoriale
- Sviluppo Ospedale

Alcuni strumenti:

- Percorsi PDTA
- Reti
- Assistenza intermedia
- Transitional Care

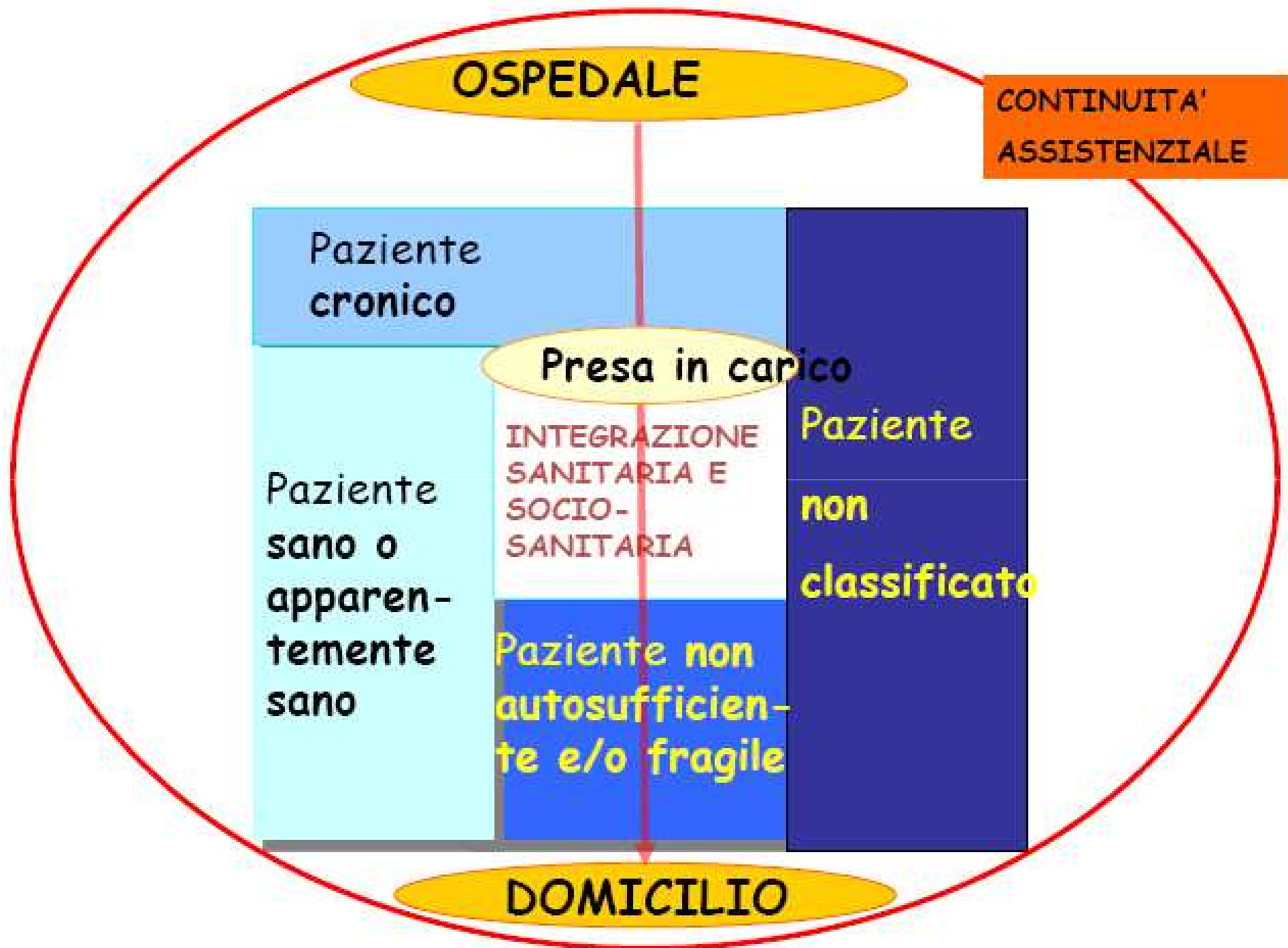
Punti strategici: Ospedale



Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)



- I Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (clinical, critical o map pathways) possono essere definiti come piani multidisciplinari ed interprofessionali relativi ad una specifica categoria di pazienti in uno specifico contesto locale e la cui attuazione è valutata mediante indicatori di processo e di esito (Woolf, 1990; Canadian Medical Association, 1995; Pearson et al, 1995; Wall e Proyect, 1998)
 - I percorsi assistenziali possono essere considerati gli strumenti di coordinamento ed integrazione per “favorire la continuità nel trattamento, la formazione degli operatori l’individuazione delle migliori modalità per l’utilizzazione delle risorse”. (Zangrandi 2003)
 - Utilizzo di dati amministrativi e clinici attraverso meccanismi di record linkage per la programmazione e controllo delle attività assistenziali.
-



OSPEDALE

**CONTINUITA'
ASSISTENZIALE**

**Paziente
cronico**

Preso in carico

**INTEGRAZIONE
SANITARIA E
SOCIO-
SANITARIA**

**Paziente
sano o
apparen-
temente
sano**

**Paziente
non
classificato**

**Paziente non
autosufficien-
te e/o fragile**

DOMICILIO

Visione sistemica:



Superare la contrapposizione dualistica ospedale territorio implica la costruzione di **“ponti” culturali istituzionali manageriali ed operativi** in risposta ai bisogni dei diversi target di pazienti