



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***

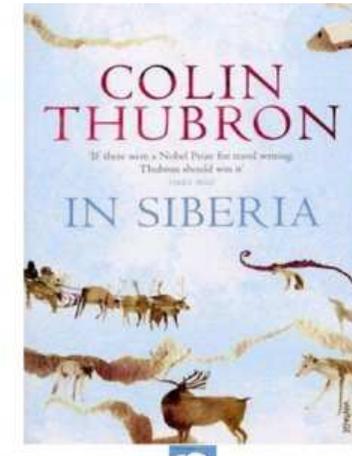
***Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva***

*“...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)

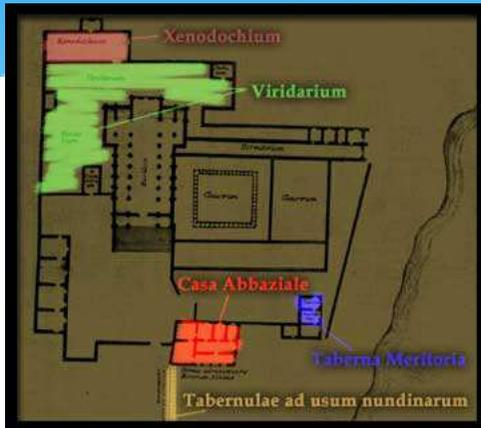


Ospedale di Potolovo, 10 posti letto

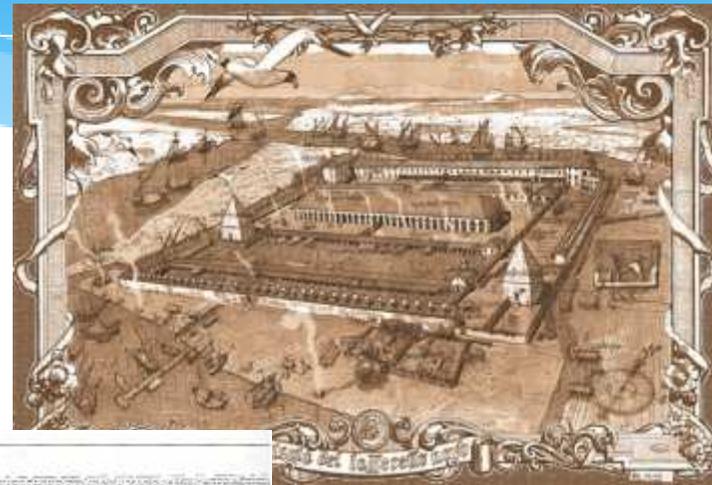


Johann Wolfgang Goethe University Hospital di Francoforte, 60 edifici, 1440 posti letto

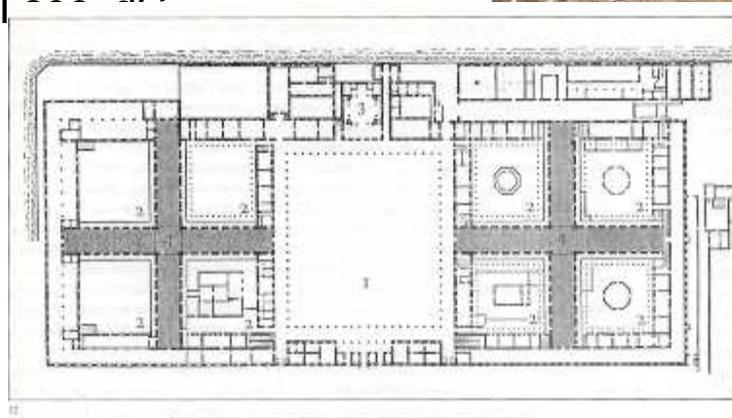
# L'Ospedale rispecchia la Medicina del momento



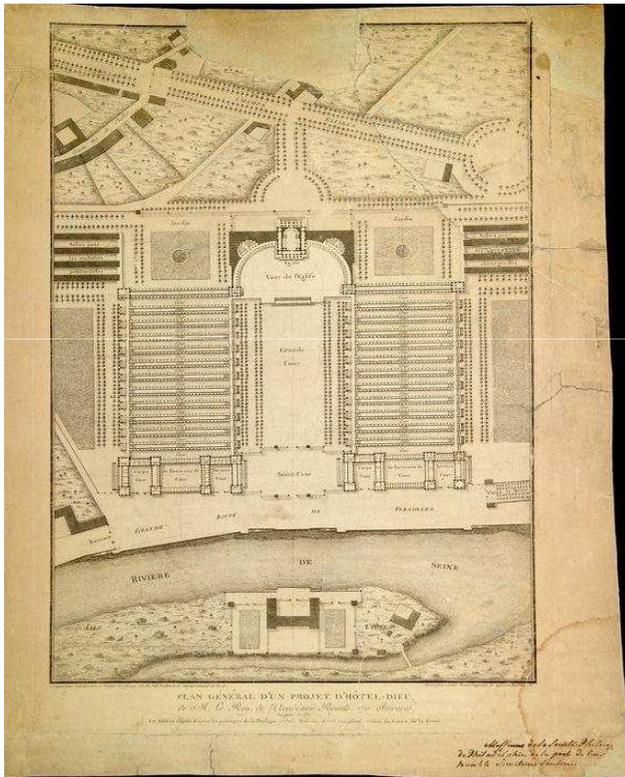
Abbazia di Casamari XIII secolo



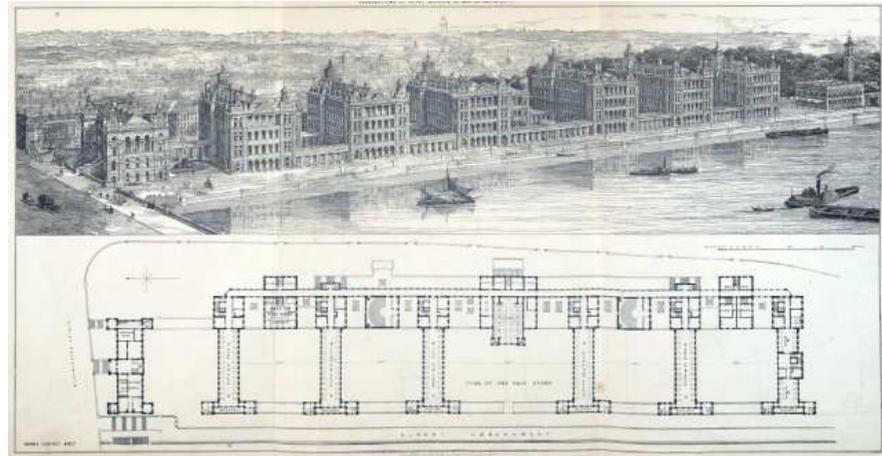
Ospedale di S. Gerardo in Pizzaretto Nuovo 1400



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)
<b>Italia</b>	<b>8,5</b>	<b>39,8</b>	<b>12,3</b>	<b>8,0</b> (7,4 ; 8,6)	<b>38,9</b> (38,3 ; 39,4)	<b>16,6</b> (15,9 ; 17,2)	<b>7,8</b> (5,9 ; 9,7)	<b>33,5</b> (29,8 ; 37,2)	<b>20,0</b> (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

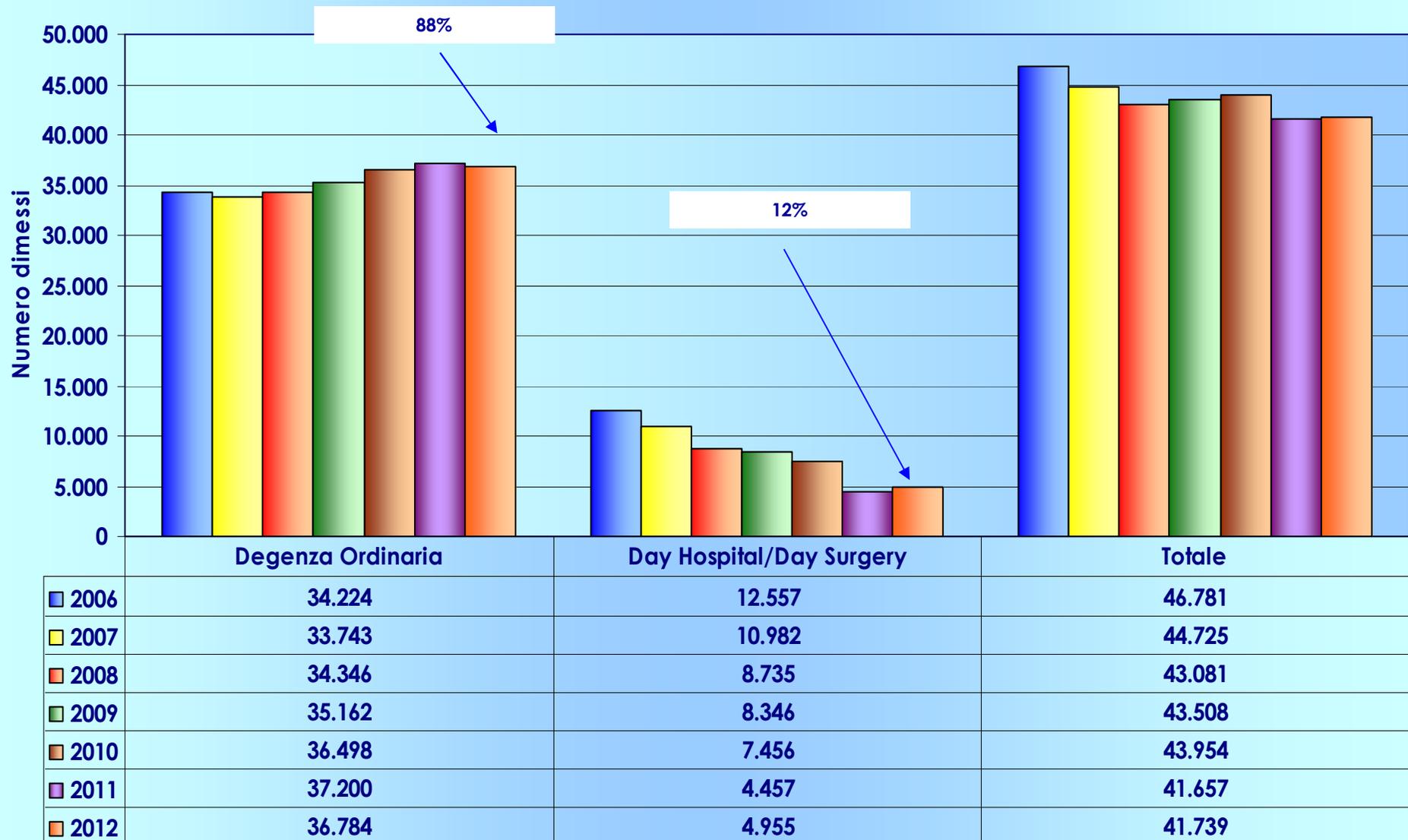
-OSPEDALE PER "ACUTI" SPECIALISTICO, ha servizi complessi e tecnologicamente sofisticati (neurochirurgia,cardiochirurgia, trapianti...) collegato con l'Univeristà

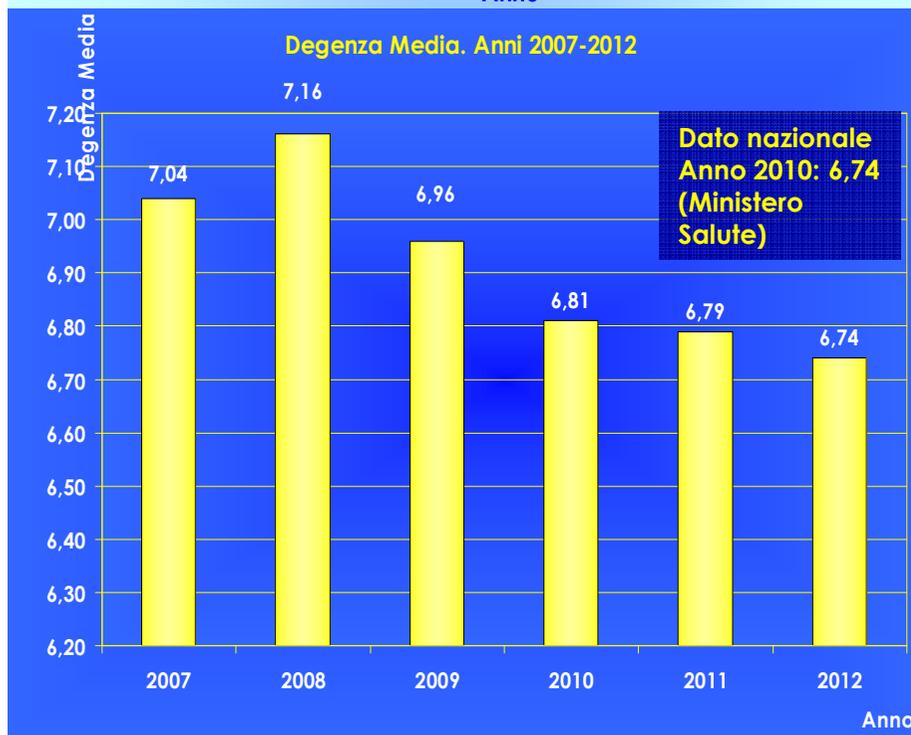
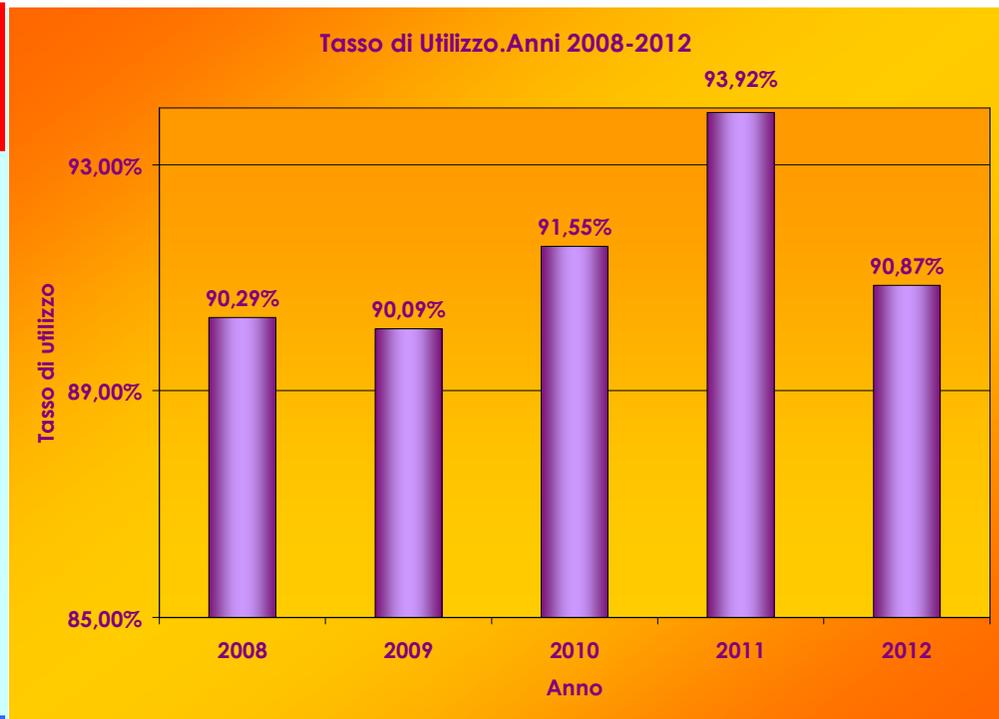
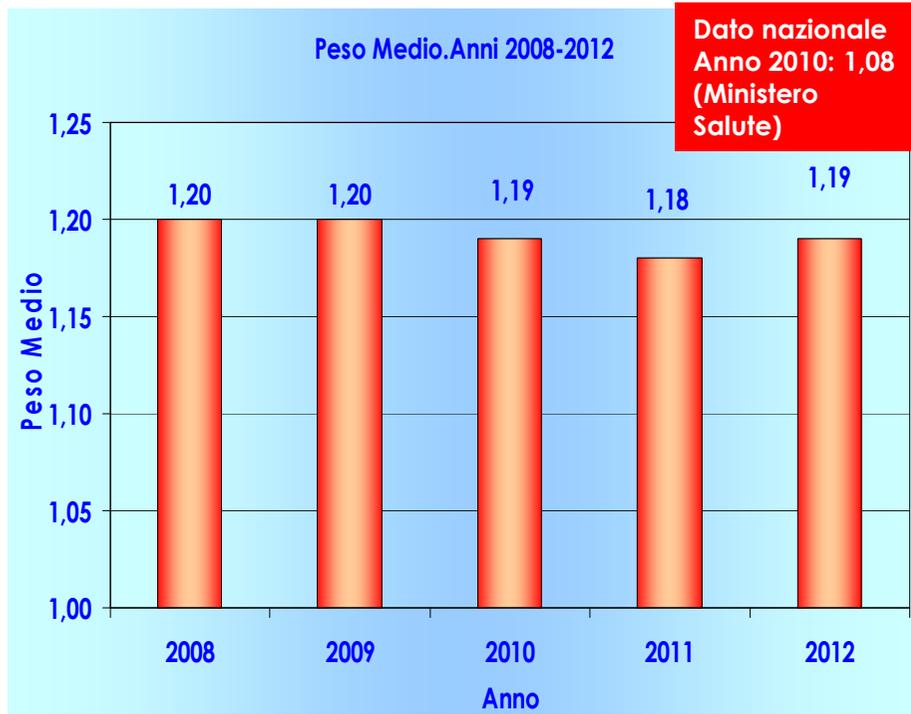
# Dati di attività di una grande Azienda ospedaliera





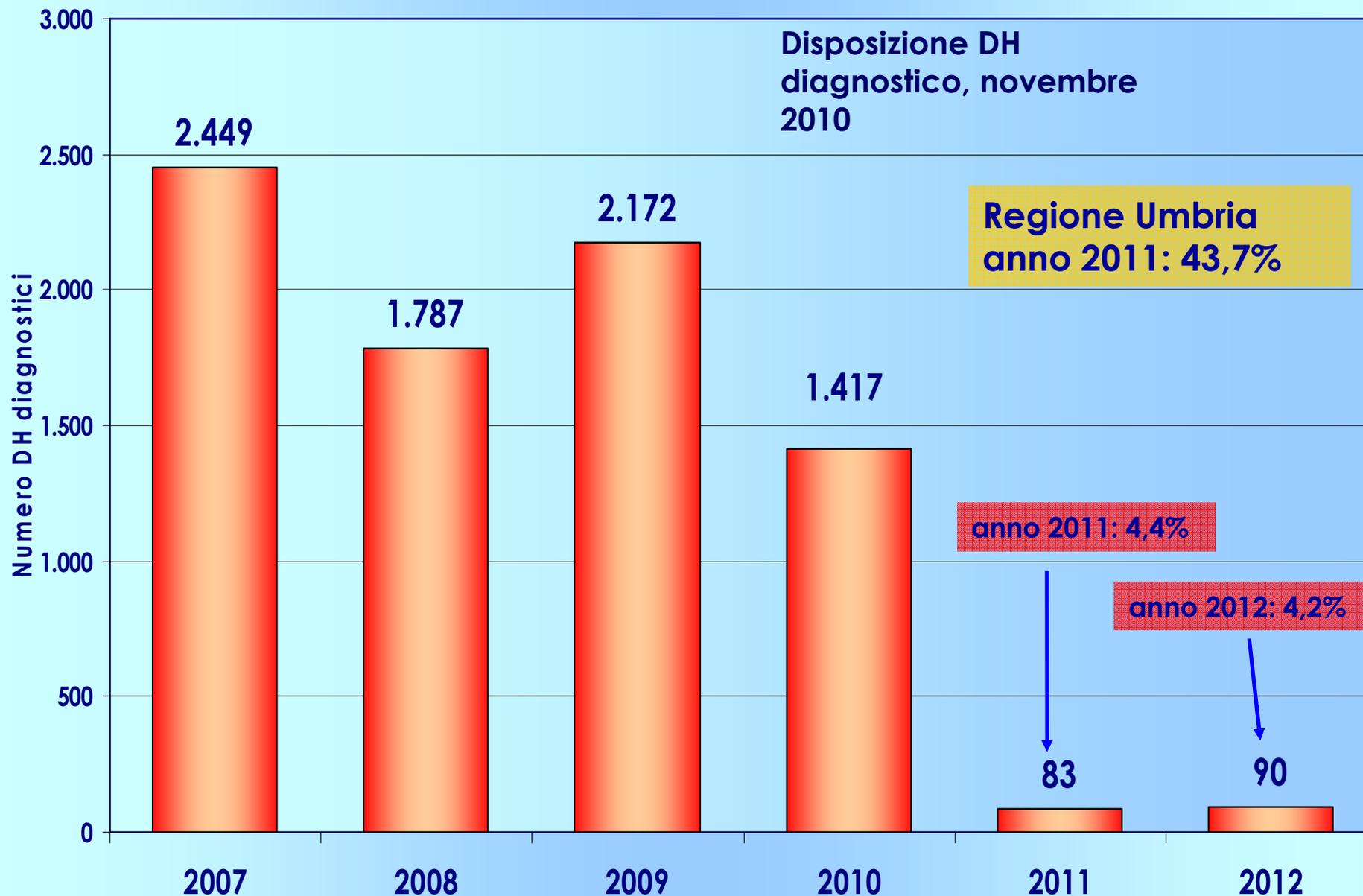
## Andamento Attività di Ricovero. Anni 2006-2012



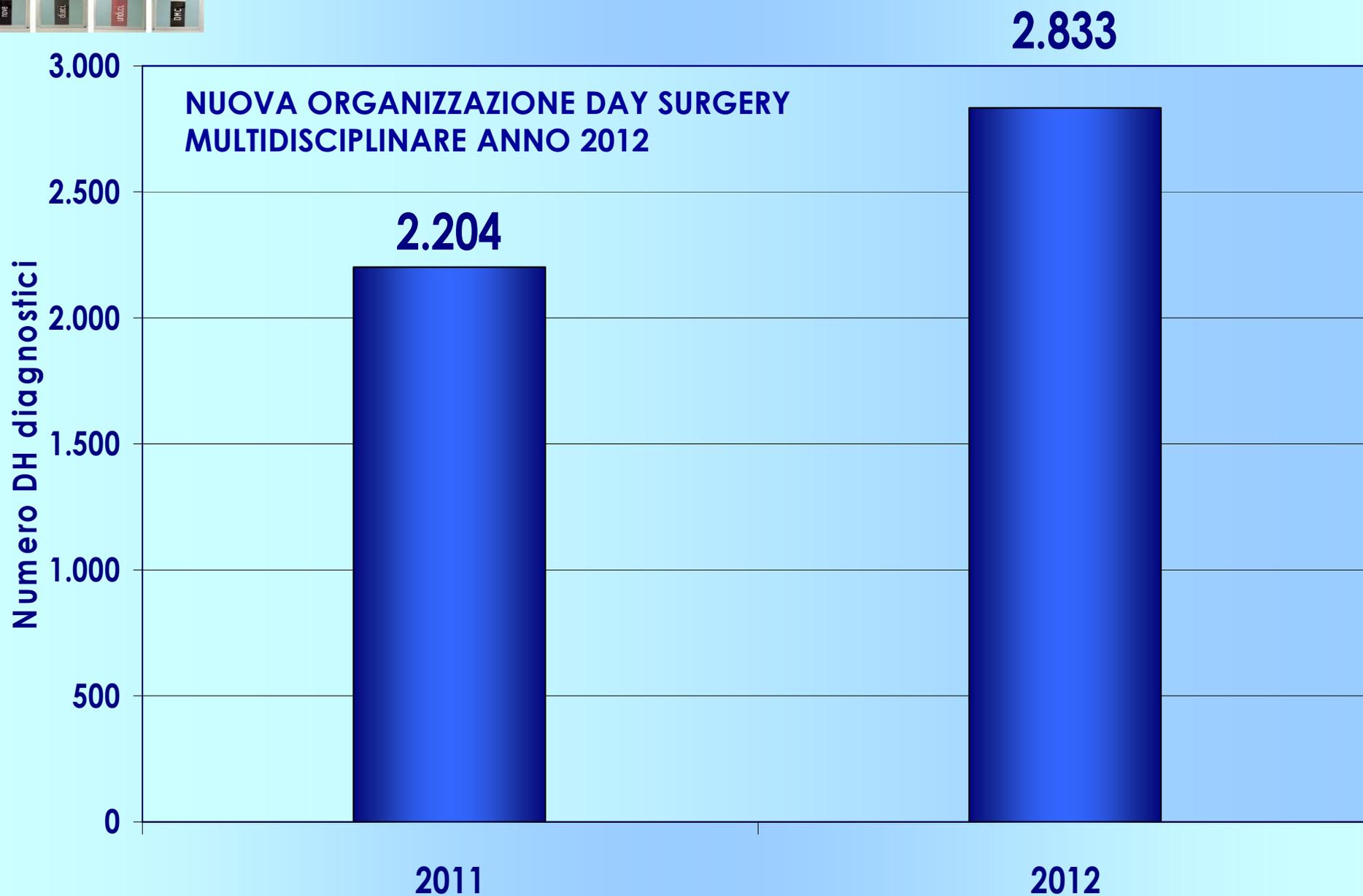




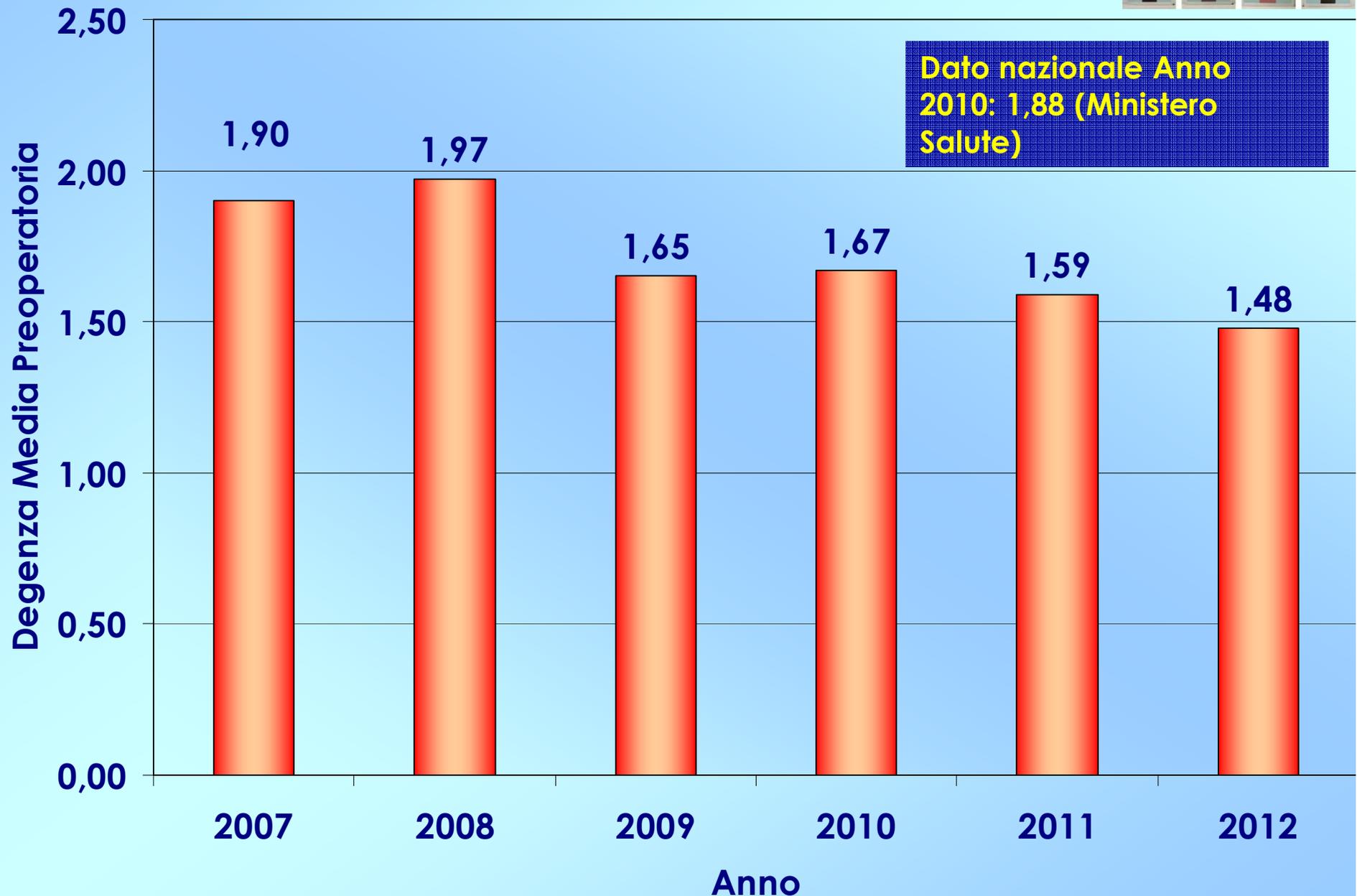
## Andamento DH diagnostici. Anni 2007-2012



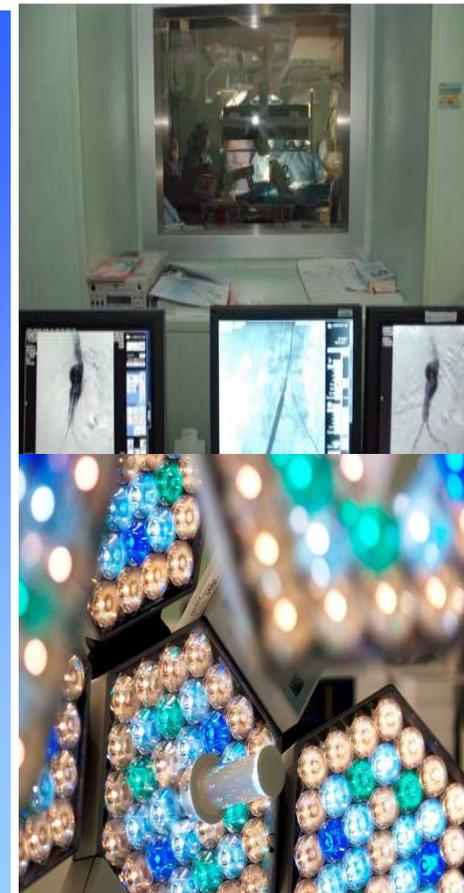
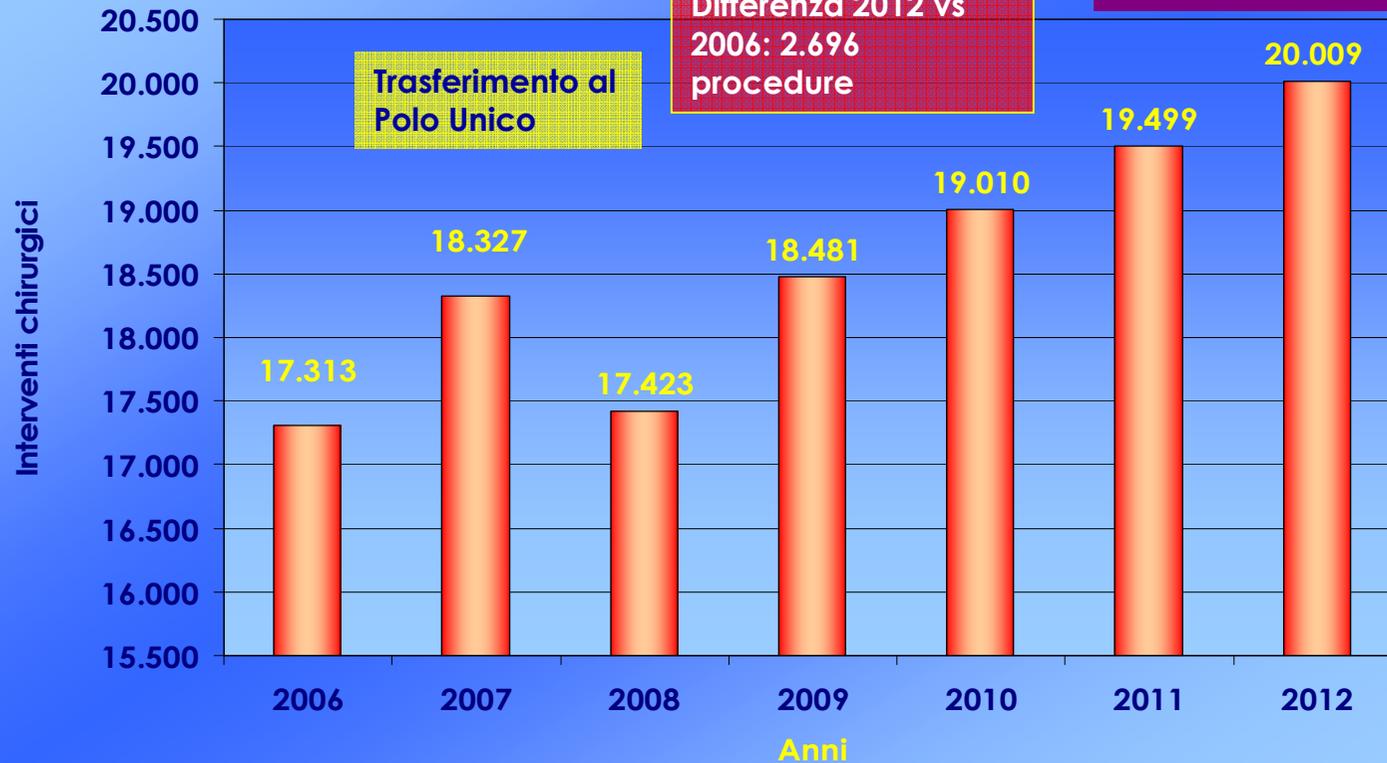
# Andamento Day Surgery. Anni 2011-2012



## Degenza Media PreOperatoria. Anni 2007-2012

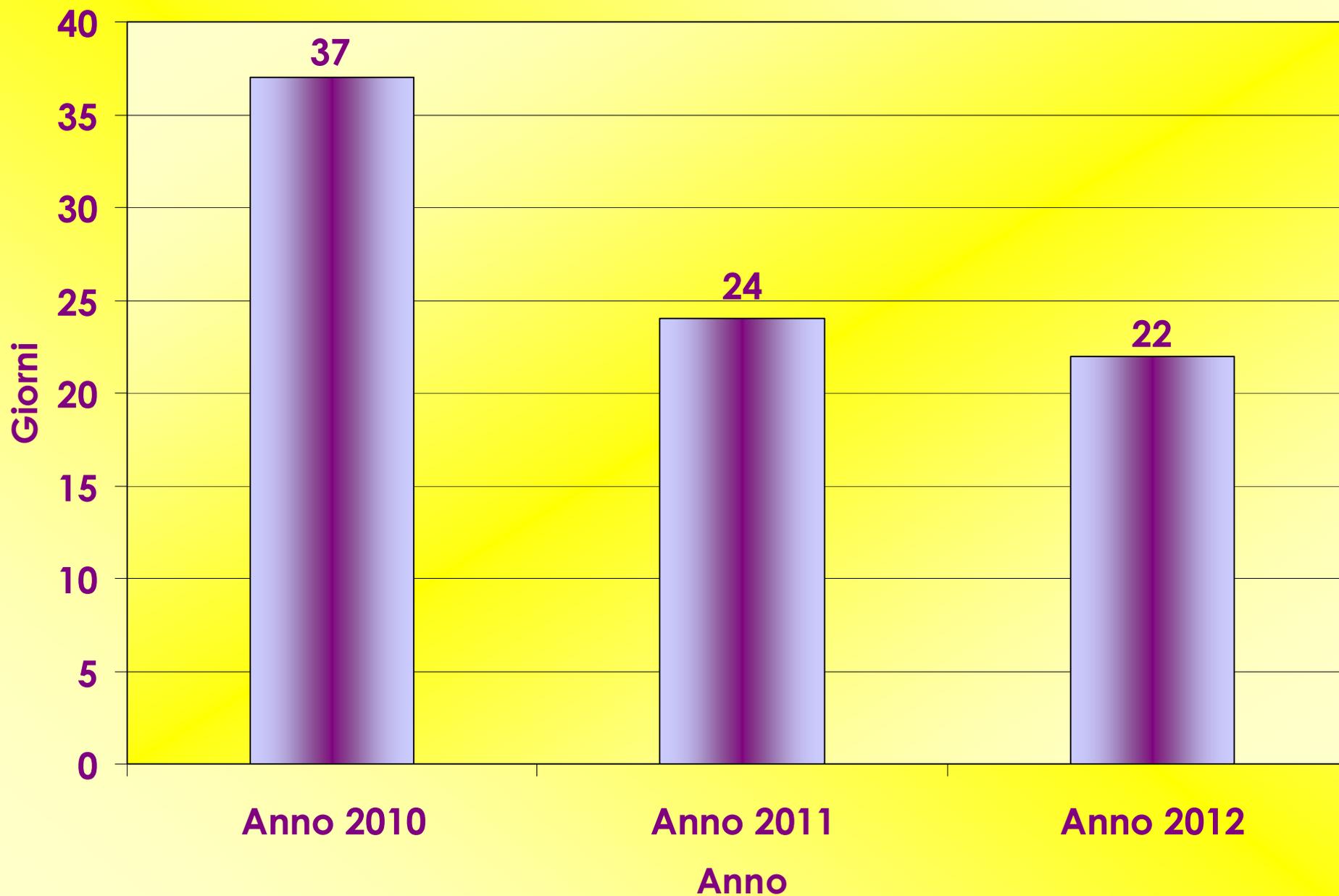


# Interventi chirurgici e procedure. Anni 2006-2012

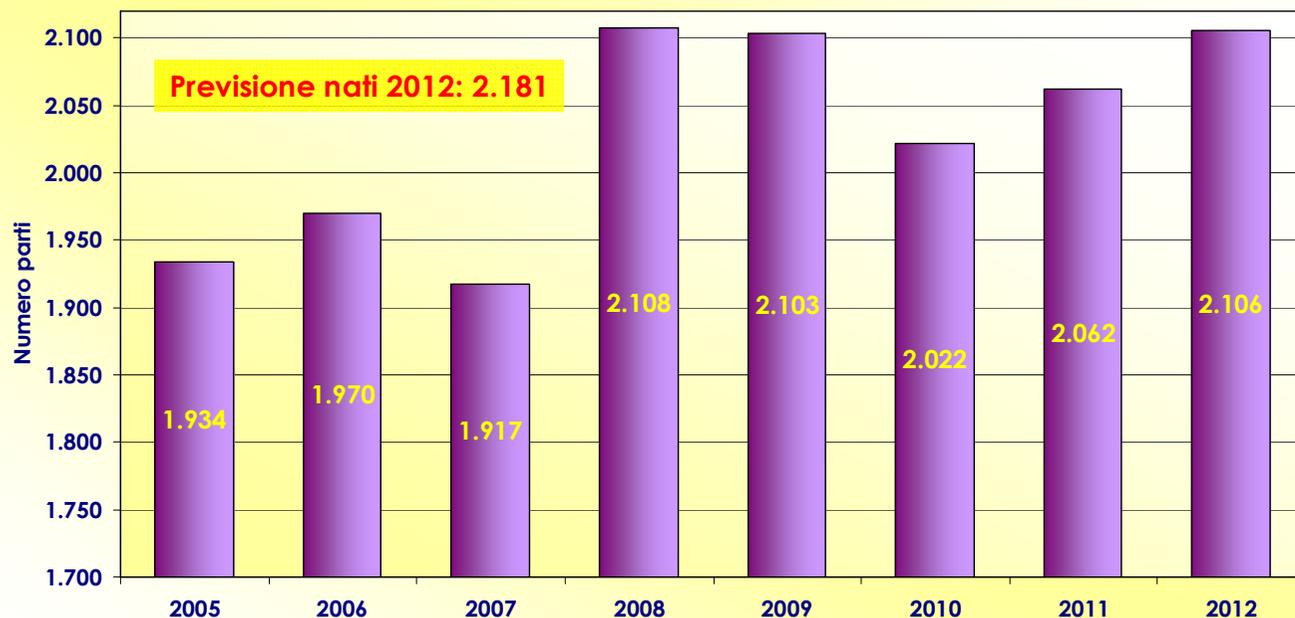


**Accreditato Blocco Operatorio "Vittorio Trancanelli"**

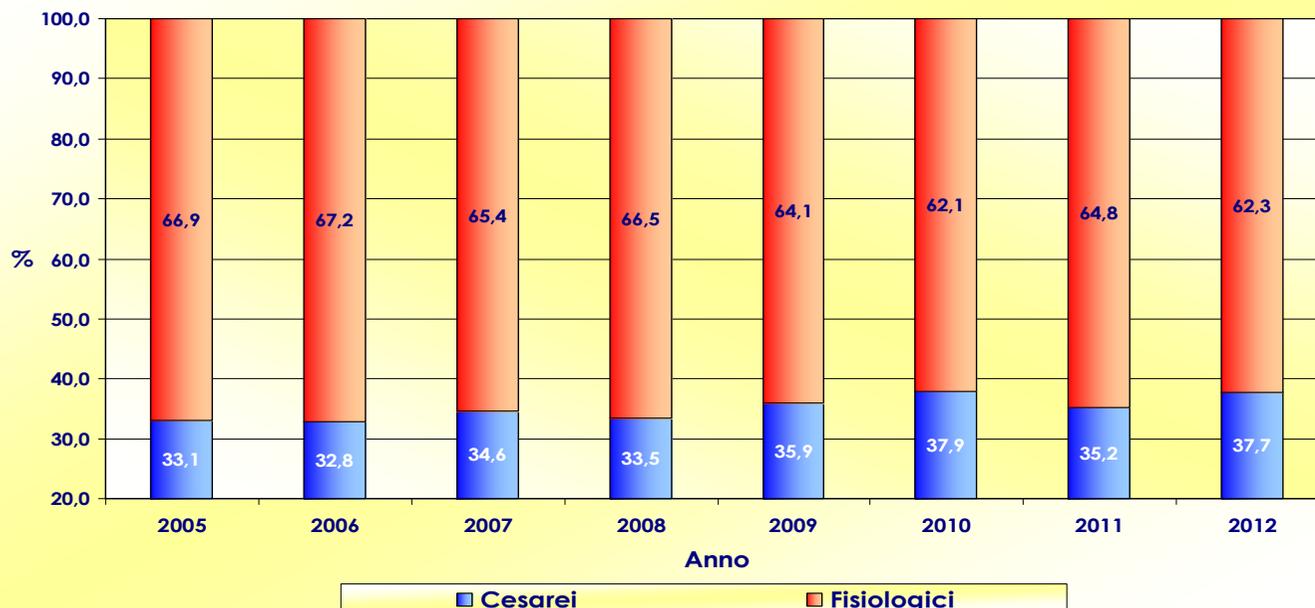
# Giorni di attesa per interventi programmati con diagnosi oncologica "Classe A" (Attesa Massima 30 giorni). Anno 2010-2012



## Andamento Parti. Anni 2005-2012



## Scomposizione % parti fisiologici e cesarei. Anni 2005-2012



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

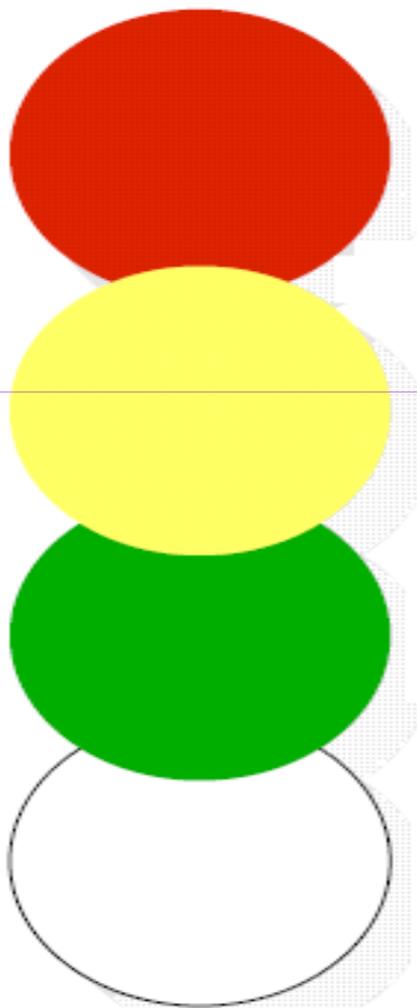
**28,8%** madri straniere

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)
<b>Totale</b>	<b>59,3</b>	<b>17,4</b>	<b>6,2</b>	<b>1,6</b>



**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'

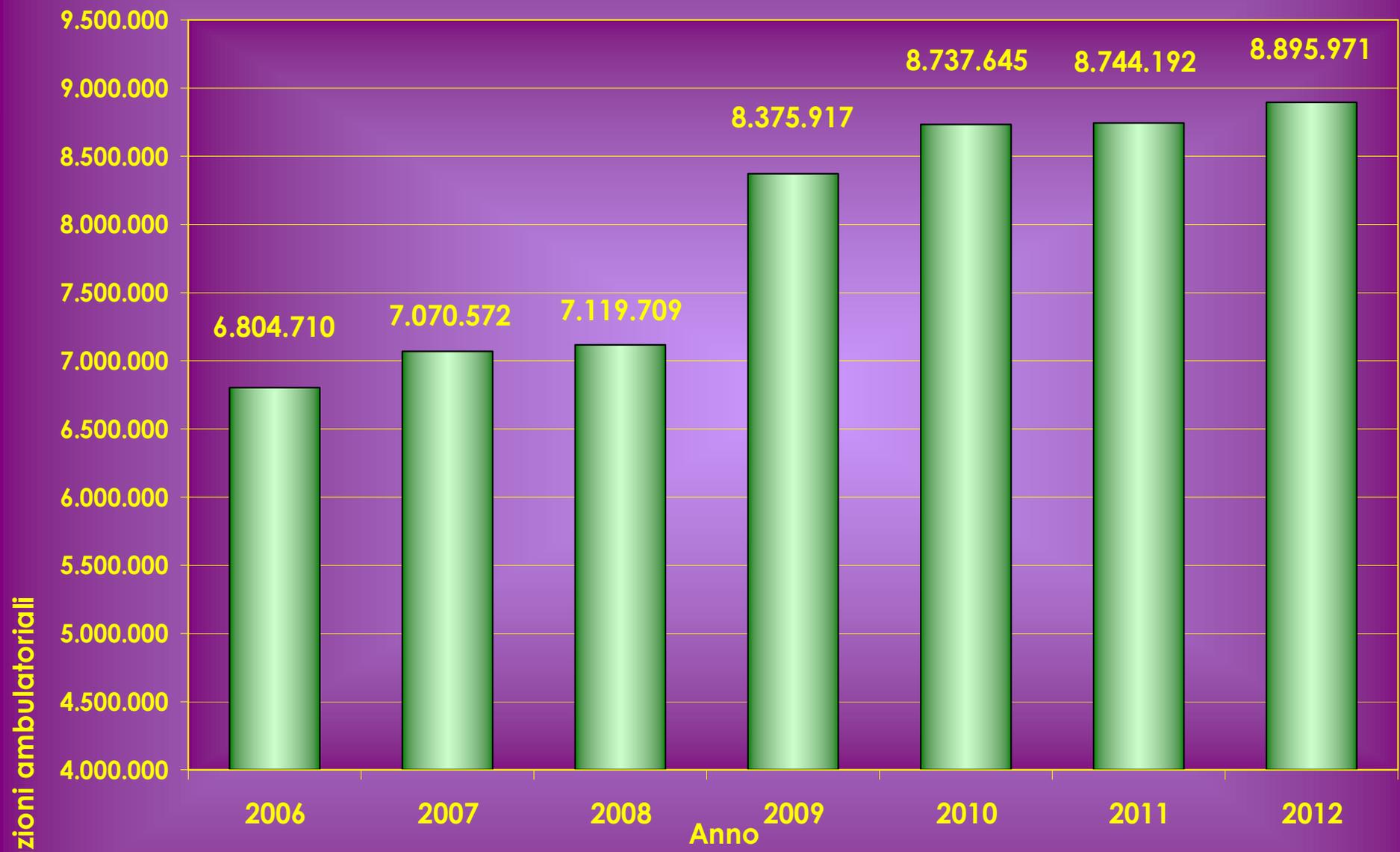
**CODICE BIANCO:** Perugia: 30'  
Firenze: 60'  
Ancona: 64'  
Ospedale S.Orsola Bologna: 78'



**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 complex conditions, the burden of disease becomes disproportionate to the resources available in the primary and social care systems. These patients often require a care worker (often a nurse) to manage their condition and prevent hospital admission.

### Level 2

Disorders such as asthma, diabetes, and heart disease are high prevalence conditions that affect a large proportion of the population. These patients often require a care worker to manage their condition and prevent hospital admission. They often have a long-term condition and require ongoing care and support.

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

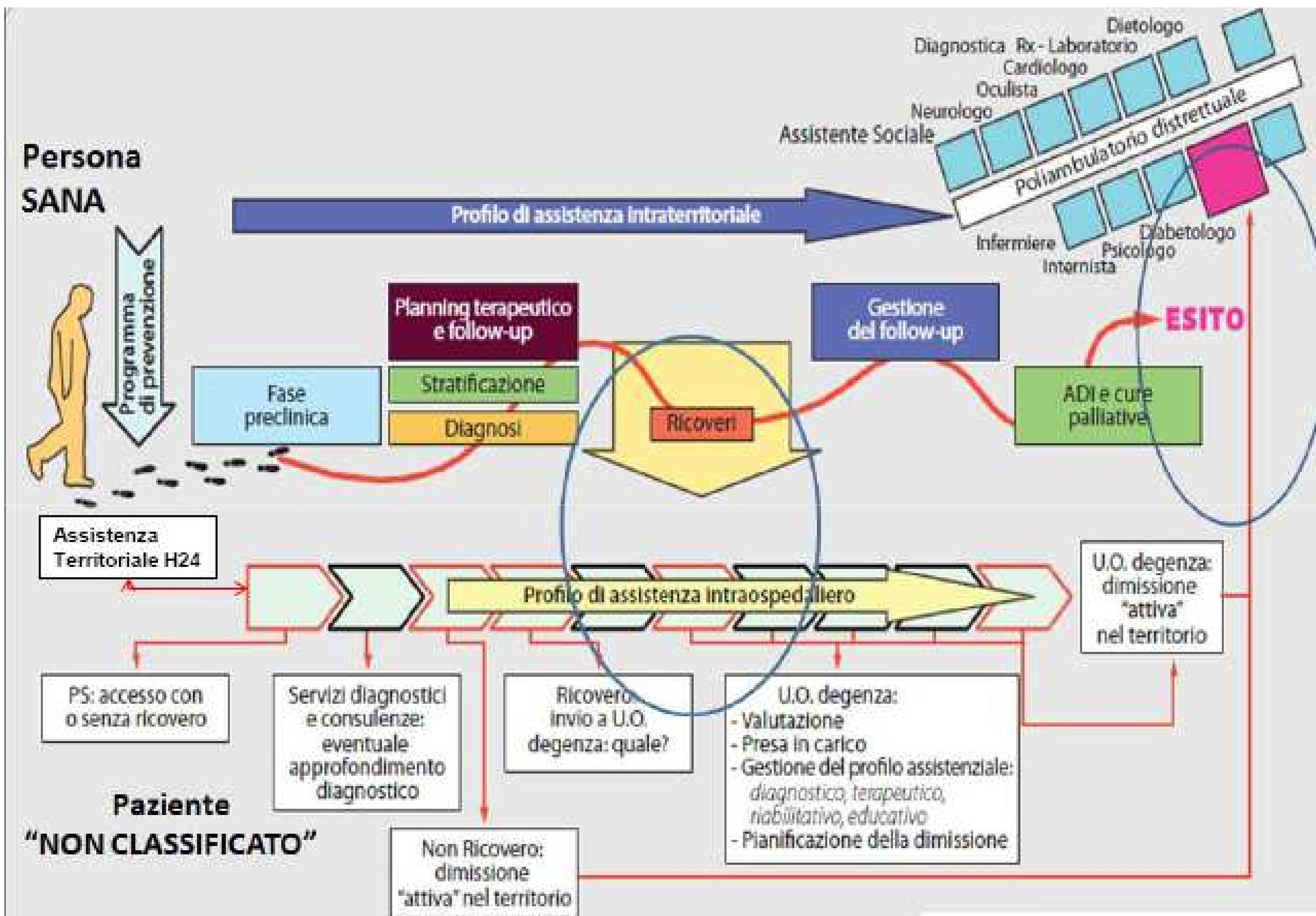


- Paziente non classificato, al primo contatto con il SSN, in regime di elezione o urgenza per situazioni “non complesse” dal punto di vista specialistico e tecnologico;

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

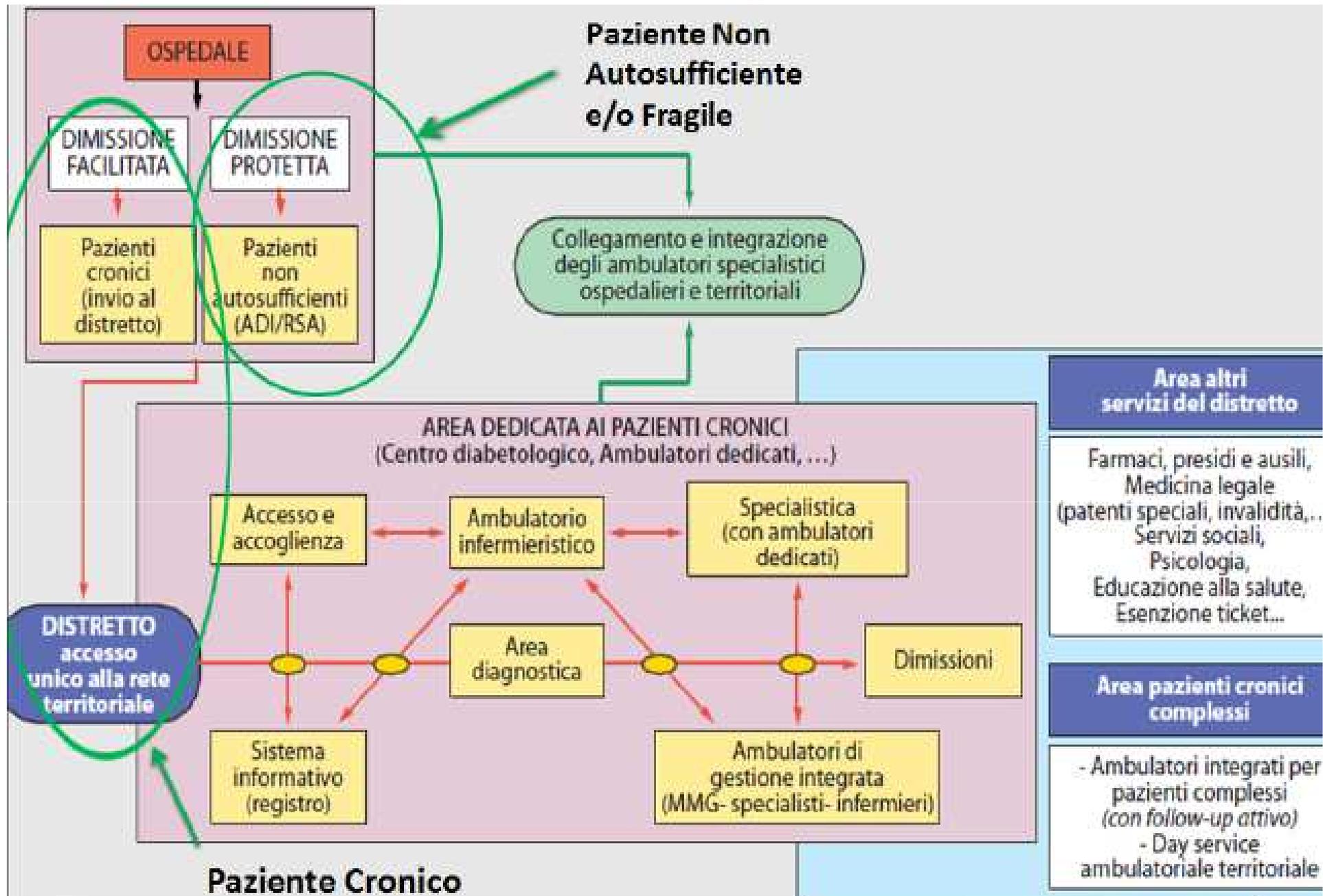


Per "**non autosufficiente**" si intende un soggetto che ha difficoltà a svolgere una o più funzioni della vita quotidiana (ADL) autonomamente e che necessita di assistenza per lunghi periodi di tempo di tipo residenziale o domiciliare.

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

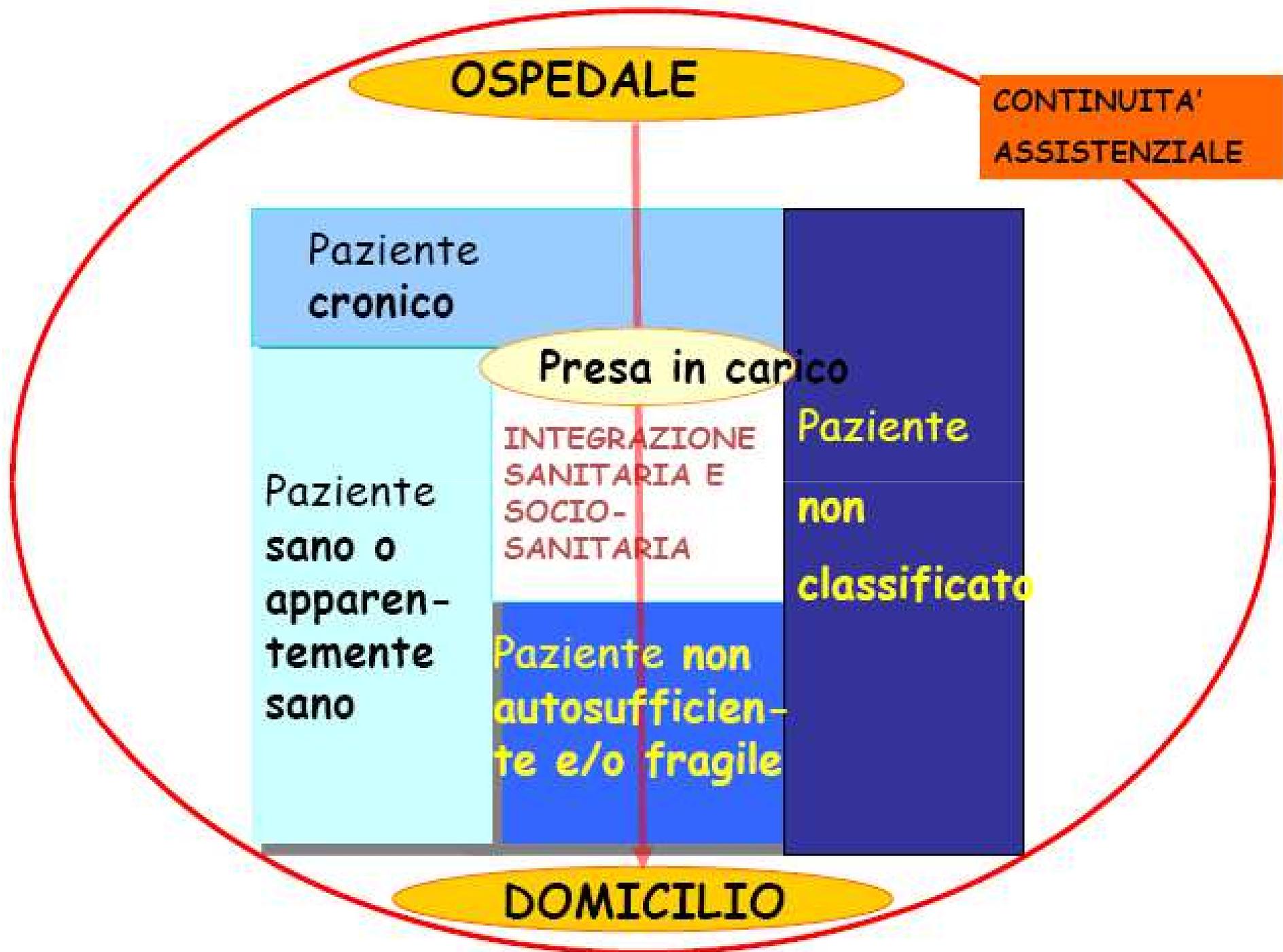
# Punti strategici: Ospedale



# 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.
-



## 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