

Verona 17 marzo 2006

Ospedale, Città e Territorio. Un metabolismo da riequilibrare

**Ruolo e
dimensionamento
della rete territoriale e
ripercussioni nei
progetti ospedalieri**

**Dott. Sandro Caffi
Direttore Generale
dell'Azienda ULSS 4 Alto Vicentino**



Considerazioni(1)

- **Gli ospedali sono stati “protagonisti dei maggiori successi” della medicina negli ultimi 30 anni ;**
- L'ospedale è stato progressivamente individuato come l'ambito dove dare risposta prevalente ai bisogni di salute della popolazione;
- **Oggi l'ospedale può essere considerato *vittima* del proprio successo;**

Considerazioni(2)

- è stata abolita la condotta medica;
- al medico di famiglia non sono stati dati compiti di tutela della salute della Comunità Locale;
- il lavoro del medico “convenzionato” è stato progressivamente e pesantemente burocratizzato;
- Il lavoro del medico ospedaliero si è aggravato.

L'evoluzione e gli strumenti ...

- cultura vicendevole di incontro e di confronto;
- affermazione di un diffuso “senso di responsabilità” nella programmazione e nella gestione aziendale;
- sviluppo di progettualità che comportino “economicità”.

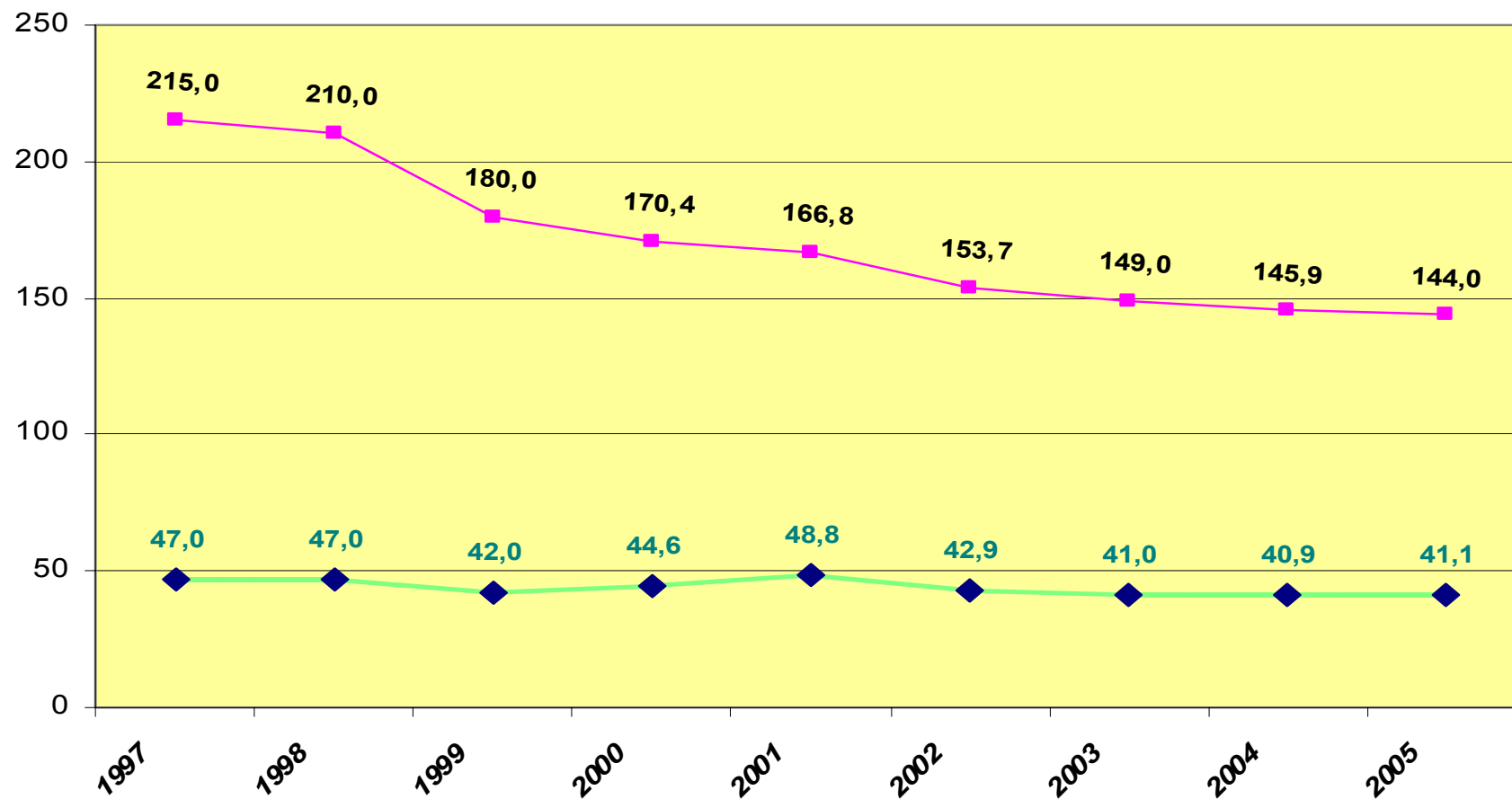
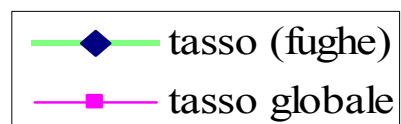
Obiettivi(1)

- riaffidare alla Medicina Generale la funzione di Salute Pubblica, intesa come *risposta unitaria e globale* ai bisogni di salute di una Comunità.
- guidare la “*restituzione delle competenze*” alla Comunità in termini di Governo e Gestione della Salute.

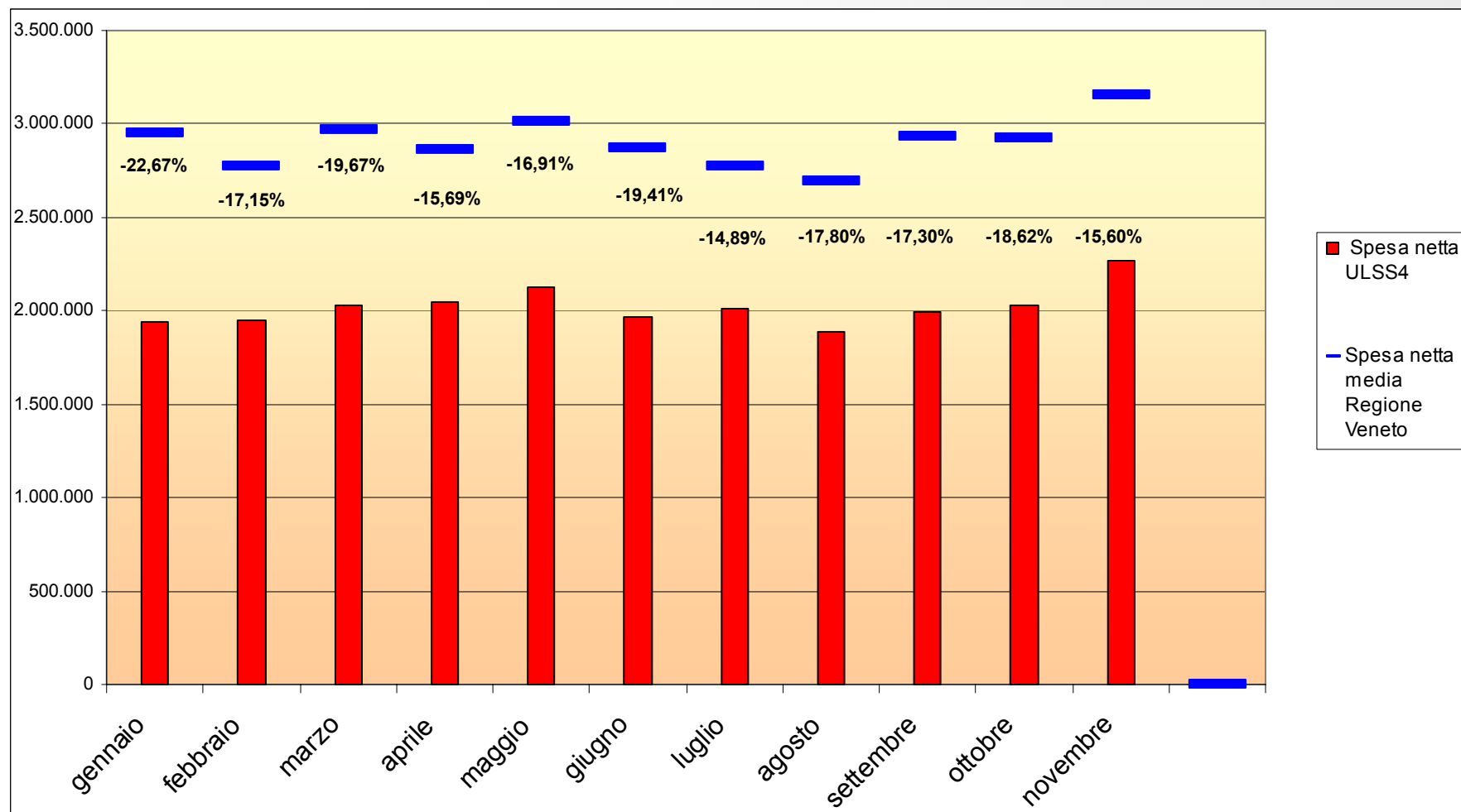
Obiettivi(2)

- promuovere una più efficace **integrazione socio-sanitaria** realizzata attraverso sinergie tra Azienda-Medici di Assistenza Primaria-Comuni
- organizzare un' incisiva **attività di promozione e di educazione alla Salute** dei cittadini, grazie ai medici di Cure Primarie.
- realizzare **Centri di Riferimento di Assistenza territoriale**

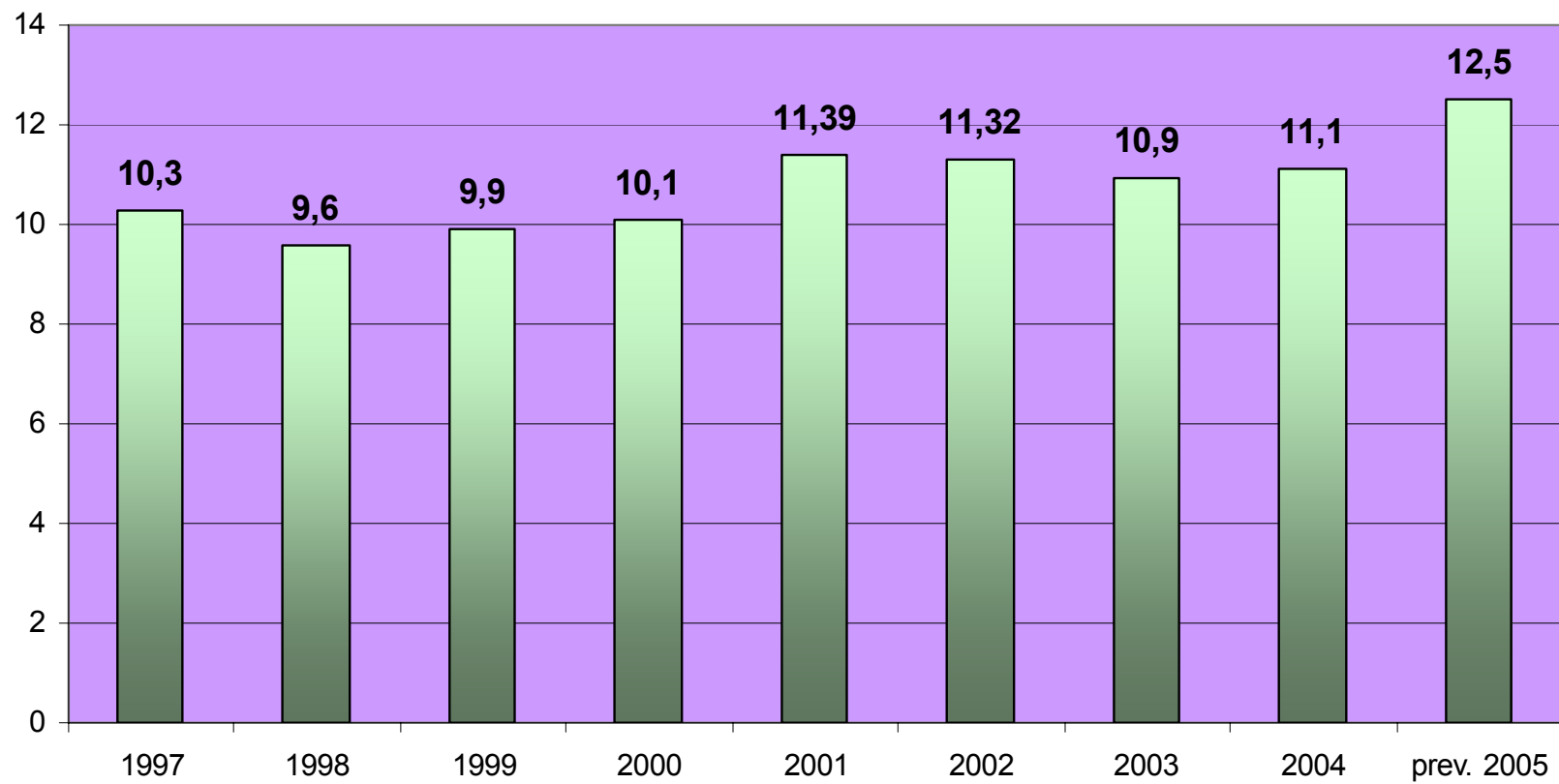
**Serie storica tasso di ospedalizzazione ULSS 4 THIENE
su popolazione assistita residente**

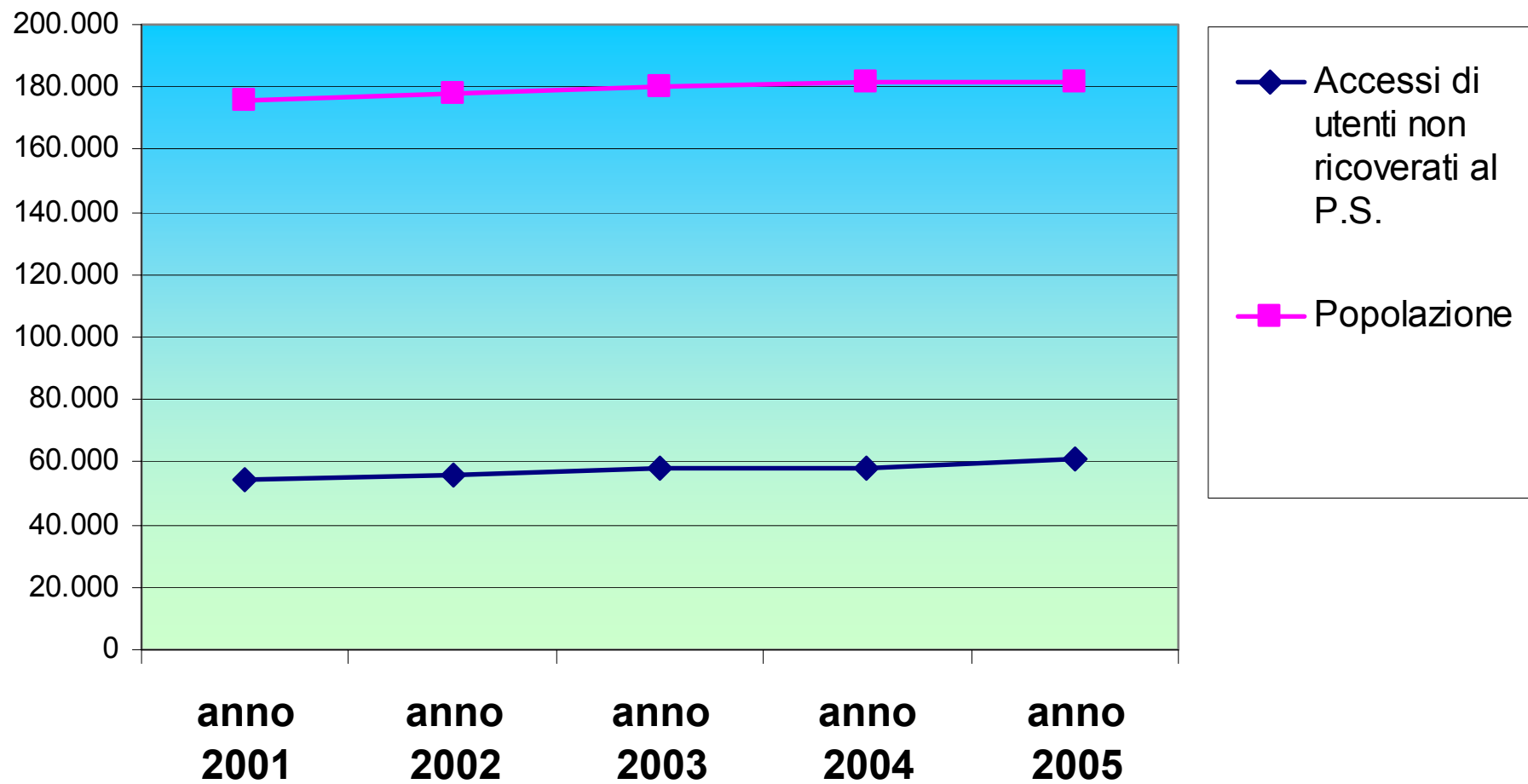


ASSISTENZA FARMACEUTICA EXTRA-OSPEDALIERA - Anno 2005



ASSISTENZA SPECIALISTICA
- numero prestazioni per residente -







L'UTAP

*come strumento innovativo per
migliorare l'offerta di prestazioni
sanitarie governando appropriatamente
la domanda*

- l'offerta di servizi -

- **Ambulatorio centrale + Ambulatori periferici**

orario aggiuntivo, max copertura giornaliera, pianificazione degli accessi giornalieri

- **Servizi socio-assistenziali e amministrativi**

équipe infermieristica, punto-prelievi, assistente sociale, sportello polifunzionale

- **Attività specialistica**

specialità di I° livello, “piccole urgenze”, spazi consulenza/colloquio con UO Senologia ed eventuale estensione ad altre UO

- **Dimissioni protette**

centrale operativa per le cure domiciliari, accordo sui tempi di rientro, accoglimenti temporanei

- gli elementi strutturali -

- **Informatizzazione**

protocollo d'integrazione Azienda ↔ Medici, integrazione rete esterna, unica banca dati-pazienti, protocollo privacy

- **Forma societaria**

relazione tra soggetti giuridicamente riconosciuti, patto solidale tra soci, ripartizione incentivi ed oneri

- **Contratto di budget**

modello di autofinanziamento (rapporto tra “ricavi” e “costi evitati”), definizione responsabilità e ruoli

Stante il vincolo delle risorse, l'UTAP deve “*dimostrare*” di essere in grado di *autofinanziarsi* con processi documentali di razionalizzazione/economicità nell'uso dei fattori, garantendo comunque il raggiungimento di *obiettivi di salute*

2003-II tasso di ospedalizzazione ...

modifiche possibili

	<i>tasso (al netto del nido)</i>	<i>azioni</i>
Stima a fine 2003	152	
2004	152	
2005	151	✓ mantenimento del trend storico
2006	150	✓ mantenimento del trend storico
2007	149	✓ mantenimento del trend storico
2008	149	
<i>2009 apertura ospedale</i>	<i>145</i>	<i>✓ ampliamento della funzione di osservazione breve ✓ liberazione di risorse per il potenziamento della rete dei servizi extraospedalieri ✓ eliminazione dei trasferimenti fra i due padiglioni</i>

2003-II tasso di occupazione...

modifiche possibili

	%	azioni
Stima a fine 2003	66%	
2004	66%	
2005	68%	✓ miglioramento efficienza
2006	70%	✓ miglioramento efficienza
2007	72%	✓ miglioramento efficienza
2008	74%	✓ miglioramento efficienza
2009 Apertura ospedale	80%	✓ attivazione week-end surgery ✓ riduzione posti letto

2003 - La degenza media...

modifiche possibili

	<i>giorni</i>	<i>azioni</i>
Stima a fine 2003	7,3	
2004	7,3	
2005	7,1	✓ incremento day hospital ✓ miglioramento efficienza
2006	6,9	✓ incremento day hospital ✓ miglioramento efficienza
2007	6,7	✓ incremento day hospital ✓ miglioramento efficienza
2008	6,5	✓ incremento day hospital ✓ miglioramento efficienza
2009 apertura ospedale	5,5	✓ attivazione nuova piastra day hospital ✓ diminuzione tempi di attesa per referti e consulenze ✓ preparazione del paziente chirurgico in ambiente internistico ✓ nuovo modello organizzativo per la fase della post-acuzie ✓ liberazione di risorse per il potenziamento dell'assistenza extraospedaliera

2003 - Fabbisogno di posti letto per l'Alto Vicentino

	p.l. alto grado assistenza	p.l. degenza diurna	p.l. post acuzie
Situazione a fine 2002	540	18	--
Diminuzione del tasso di ospedalizzazione	-50		
Miglioramento del tasso di occupazione	-70		
Diminuzione della durata della degenza media	-150		+40
Miglioramento rapporto DH / ricoveri ordinari	-40	+42	
Aumento della popolazione, in particolare anziana	+60		
Totale variazione	-250	+48	+40
Fabbisogno stimato	290	60	40

A questi letti vanno aggiunti posti letto "tecnici" per attività di dialisi ed osservazione breve.

ipotesi alternative

Ricoveri ordinari

	tasso di ospedalizz. x 1.000 ab	degenza media	stima popol. al 2010	fabbisogno p.l. (teorico)	tasso di occup.	Fabbisogno p.l.		
						per non occupazi one	ordinari	TOT. Con D.H.
goal	95	5,5	180.000	258	80%	52	309	368
altern. 1	90	6,1	180.000	271	80%	54	325	384
altern. 2	95	6,0	180.000	281	85%	42	323	382
altern. 3	105	5,2	180.000	269	80%	54	323	382
altern. 4	82	7,1	180.000	287	85%	43	330	389

Day hospital

goal	50	1,8	180.000	45	70%	14	59	59
------	----	-----	---------	----	-----	----	----	----

Distribuzione dei Posti letto

La tabella riassuntiva illustra la distribuzione dei posti letto per Dipartimento per un totale di: 341 posti letto di degenza continuativa (di cui il 30% in camera singola) e di 61 posti letto di degenza diurna. Per un totale di posti letto di Degenza di **402** a cui si aggiungono **58** posti tecnici per un totale complessivo di **460**. Come si può notare l'elevato numero di camere singole strutturalmente identiche a quelle a 2 letti, potrà permettere, qualora fosse necessario, un possibile raddoppiamento di posti disponibili.

Livello intensità di cura	Area Funzionale	posti letto degenza continuativa	di cui pl camere doppie	di cui pl camere singole	PI diurni DH - DS	posti tecnici
****	Dipartimento area critica					
	Terapia semintensiva	15	10	5		
	Terapia pazienti infettive	2		2		
	Terapia intensiva/semintensiva (Box)	23	7			
			16			
	Osservazione breve (Pronto Soccorso)					20
	<i>totali</i>	40	33	7		20
***	Dipartimento chirurgico					
	Degenza alta intensità di cura (A)	71	32	14		
	Degenza media intensità di cura (M)		18	7		
	Degenza di Day-Surgery				40	
	<i>totali</i>	71	50	21	40	
***	Dipartimento materno infantile					
	Degenze ostetricia e ginecologia (A)	40	14	4		
	Degenze ostetricia e ginecologia (M)		12	10		
	Pediatria (M)	8	2	6		
	Pediatria chirurgica (A)	4		4		
	Degenza intensiva neonatale	4	4			
	Posti di Day Service in ostetricia					10
	Posti di Day Service in pediatria					8
	<i>totali</i>	56	32	24		18
**	Dipartimento medico					
	Degenza ad ordinaria intensità di cura (O)	122	44	22		
	Degenza a media intensità di cura (M)		56	0		
	Degenze di Day Hospital oncologico				15	
	Degenze di Day Hospital infettivi				6	
	Posti di Dialisi					20
	<i>totali</i>	122	100	22	21	20
**	Psichiatria					
	Degenza a media intensità di cura (M)	12	4	8		
	<i>totali</i>	12	4	8		
*	Dip. Continuità ospedale-territorio					
	Degenza ad ordinaria intensità di cura (O)	40	20	20		
	<i>totali</i>	40	20	20		
	Totale P.L. degenza continuativa	341				
	di cui in camera doppia		239			
	di cui in camera singola			102		
	Totale posti diurni				61	
	Totale posti tecnici					58
	TOTALE POSTI LETTO			402		
	TOTALE POSTI LETTO E TECNICI			460		

Nuovo Polo Ospedaliero Unico

- Dipartimento Area Critica
- Dipartimento Chirurgico
- Polo Tecnologico
- Dipartimento Materno Infantile
- Dipartimento Medico
- Dipartimento Continuità Ospedale/Territorio
- Dipartimento di Psichiatria
- Distribuzione dei Posti letto
- Organizzazione dei Servizi Diagnostici
- Schema organizzativo della camera di degenza
- Distribuzione Superfici / Settore
- Nuovo polo unico
- Relazioni funzionali generali
- Modulo tipo da 16 camere
- A quattro moduli
- Profili di convenienza
- Dimensionamento e costi indicativi
- Costo annuo
- Riepilogo finale operazione
- Modalità di aggiudicazione e fasi procedurali

Dipartimento Continuità Ospedale/Territorio

Il Dipartimento comprende le degenze continuative di riabilitazione ortopedica e neuromotoria, di lungodegenza ed i servizi di riabilitazione cardiologica e psicologia clinica; sono previste inoltre aree per la presa in consegna del paziente da parte delle Unità operative di cure primarie dei Distretti.

Dipartimento CONTINUITA' OSPEDALE-TERRITORIO - elementi caratterizzanti
Accoglienza di pazienti solo per trasferimento da altre U.O. o per accordi con il MMG curante (non accettazione da P.S.). Nella mission di questa struttura sono centrali: - l'integrazione tra professionisti intra ed extra ospedalieri - l'educazione delle famiglie e dei care-giver domiciliari, che deve assumere un ruolo centrale nell'organizzazione dell'assistenza
Sono accolti nell'area Dipartimentale della Continuità Assistenziale i pazienti che afferiscono principalmente a 3 percorsi assistenziali: 1. superata la fase acuta vengono preparati per la presa in carico extra ospedaliera per lungoassistenza domiciliare e/o in strutture residenziali o per riabilitazione estensiva (40% dei letti circa, degenza media: 4-7 gg) 2. in fase di stabilizzazione dopo la fase acuta, per valutare se è appropriata una riabilitazione intensiva da iniziare subito, oppure se è necessaria una fase di riabilitazione estensiva (da effettuare in struttura extraospedaliera o a domicilio) a cui seguirà successivamente una riabilitazione intensiva, con nuovo ricovero (20% dei letti circa, degenza media 2-3 settimane) 3. in terapia riabilitativa intensiva, ortopedica o neurologica (40% dei letti circa, degenza media complessiva per le due tipologie 30 gg)
Strutturazione adeguata per attività di riabilitazione e per facilitare l'incontro tra professionisti di diverse professioni (medici, infermieri, fisioterapisti, assist. sociali) provenienti da ambiti di attività ospedalieri ed extra ospedalieri.
L'attività di Day Service sarà strutturata per consentire la gestione con modalità alternativa al ricovero ordinario di pazienti "fragili" in carico a MMG che richiedono tempestiva valutazione congiunta con specialisti ospedalieri e/o esecuzione di indagini diagnostiche senza attesa.
Deve essere previsto un importante potenziamento quali-quantitativo del sistema assistenziale extraospedaliero, e della sua integrazione con l'Ospedale: assistenza domiciliare integrata, centro diurno, struttura intermedia, RSA, residenze extraospedaliere
24 stanze con posti letto singoli, raddoppiabili
Elevato livello di informatizzazione: - cartella clinica informatizzata - utilizzo ordinario di computer portatili al letto del malato per Medici e Infermieri - richieste e referti (da e per il Dipartimento Servizi Sanitari) senza carta - integrazione con il sistema territoriale (Distretti, studi dei MMG) e delle RSA / case di riposo.
Affidamento delle funzioni organizzative - gestionali a personale dirigenziale della professione infermieristica. attività per esterni mista con quella per interni, anziché in zona poliambulatori
Dotazioni Strumentali
- spirometro - sistema computerizzato analisi movimento

Relazioni funzionali generali

Collegamento prioritario
(Alta criticità)

Auspicabile prossimità
(Criticità intermedia)

Comunicazione funzionale
(Non critica)

[illegible]