

*In collaborazione con l'Osservatorio
Regionale sulla Day Surgery*

L'evoluzione della Assistenza Sanitaria

“L'Ospedale del Futuro”

*Dott. F. Antonio Compostella
Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto*



La medicina sostenibile

“il migliore servizio sanitario **non sarà quello che fornisce tutto a tutti** ma quello che stabilisce ciò che la società desidera spendere per l’assistenza sanitaria e che di conseguenza eroga con criteri espliciti basati su prove di efficacia in modo umano e trasparente e *senza chiedere l’impossibile al personale sanitario*”

R Smith, BMJ, 1999

La medicina sostenibile è quella “in grado di conseguire una condizione di stabilità economicamente sopportabile, equamente accessibile e psicologicamente sostenibile, tale cioè **da soddisfare la maggior parte** (ma di necessità non tutti) dei bisogni e delle aspettative *ragionevoli* concernenti la salute”

D. Callahan, La medicina impossibile, 1998

Lo “Spedale”



Luogo di accoglienza
La malattia è incurabile

I primi “Spedali” erano nati nel Medioevo con intenti solidaristici per sostenere, “ospitare”, i membri di una comunità in temporanea difficoltà per motivi di salute od assistenziali. La gran parte delle malattie era allora incurabile e negli Ospedali, dove i pazienti potevano trovare sostegno e conforto, seguivano il loro naturale decorso.

Il portico del primo nucleo dell'Ospedale di S. Andrea (1223-24). Il cardinale Guala Bicchieri volle accanto all'abbazia di S. Andrea un luogo adatto ad accogliere i pellegrini (*xenodochium*) che transitavano a Vercelli. Infatti la cattedrale già consacrata nel 1224 richiamava l'attenzione di chi si poneva avventurosamente in viaggio sulle grandi vie che conducevano a Roma o negli altri luoghi di culto.

L'Ospedale



Luogo di cura

La malattia è curabile

E' verso la fine del XIX secolo che gli Ospedali, grazie al controllo delle infezioni ed ai progressi delle tecniche anestesologiche, si trasformano nei Centri che oggi conosciamo, capaci di curare le malattie ed erogare prestazioni chirurgiche di sempre maggiore complessità.

“As laboratories and operating theatres grew more specialized, and imaging technology more expensive, it became necessary to concentrate resources at a few sites. The configuration of hospitals was driven largely by technology, and their other roles developed with little conscious thought.” (N Edwards 2004)

Legge 132/68

Legge quadro di riforma ospedaliera

Creazione nuovi enti ospedalieri pubblici

- Estinzione enti di assistenza e beneficenza con compiti esclusivi di ricovero e cura.
- Istituzione di Enti Ospedalieri come Enti Pubblici che provvedono istituzionalmente al ricovero e alla cura.
- Classificazione di ospedali (zonali, provinciali, regionali).
- Introduzione organi amministrativi:
 - Consiglio Amministrazione;
 - Presidente;
 - Collegio dei Revisori dei conti;
 - Consiglio sanitari.
- Introduzione piano nazionale ospedaliero.

Legge 23 dicembre 1978 n. 833

- Nascita del Sistema Sanitario Nazionale:
 - estensione del diritto all'assistenza sanitaria a tutta la popolazione (**principio di universalità**).
- Passaggio da un'assistenza associata al lavoro (mutue) ad una logica territoriale:
 - nascita delle **Unità Sanitarie Locali** (circa 700).

Legge 23 dicembre 1978 n. 833

Gli obiettivi del SSN

- **Prevenzione delle malattie e degli infortuni sul lavoro.**
- **Diagnosi e cura degli eventi morbosi.**
- **Riabilitazione degli stati di invalidità e inabilità.**
- **Igiene.**
- **Medicina scolastica.**
- **Assistenza ai portatori di handicap.**
- **Tutela sanitaria delle attività sportive.**
- **Tutela della salute mentale.**

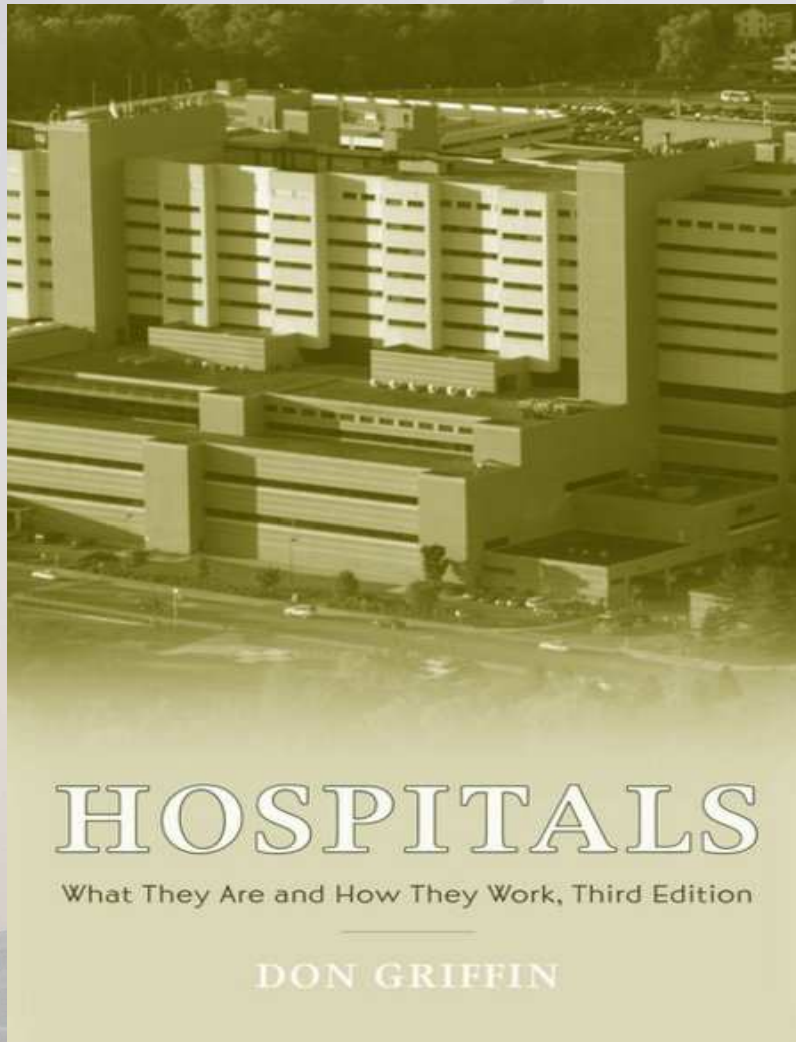
I requisiti dell'assistenza sanitaria

Healthcare should be:

- Safe — avoiding injury from the care;
- Effective — providing evidence-based services;
- Patient-centred — providing care responsive to patient preference;
- Timely — reducing waits and sometimes harmful delays;
- Efficient — avoiding waste; and
- Equitable — providing care that does not vary in quality because of patient characteristics (sex, ethnicity, socioeconomic status).

US Institute of Medicine of the National Academies. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Jul 2003.

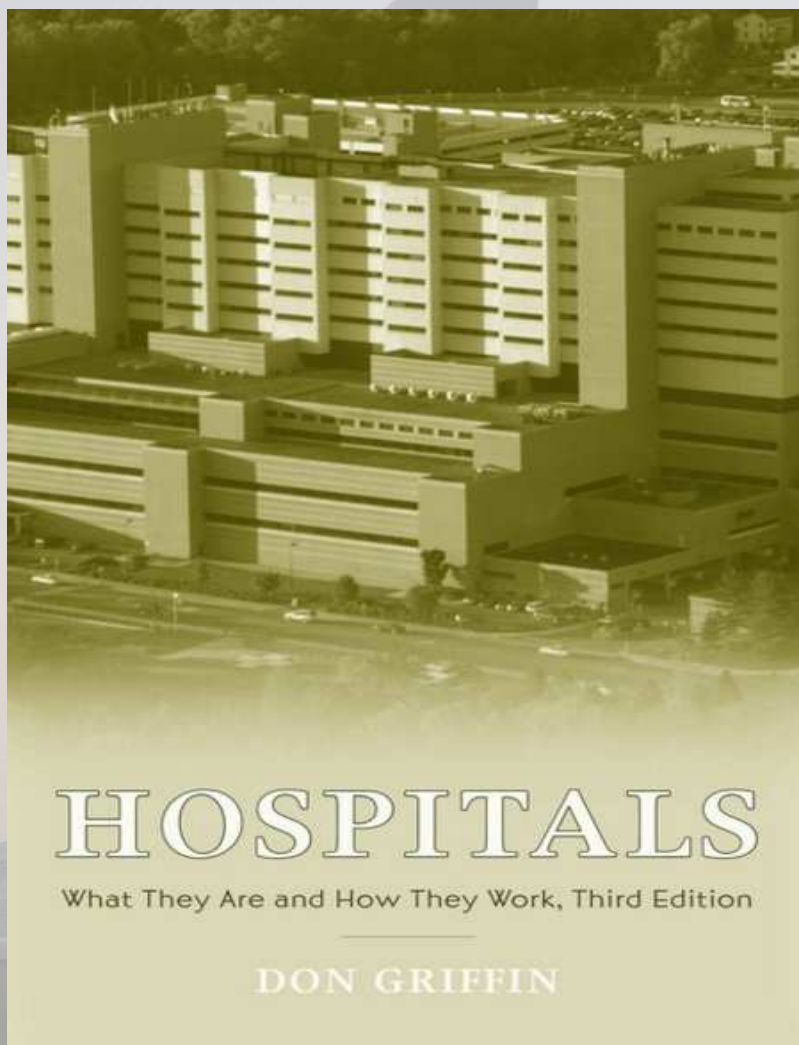
Sostenibile!



Gli Ospedali si collocano all'apice del Sistema Sanitario...

- Centro di cure
- Centro di sviluppo e sperimentazione
- Centro di formazione e leadership professionale

Ma gli Ospedali costano!



Gli Ospedali all'apice dei Sistemi Sanitari

- Centro di cure
- Centro di sviluppo e sperimentazione
- Centro di formazione e leadership professionale
- **Centro di costo (circa il 50% della spesa sanitaria in molti Paesi Occidentali, il 70% o più nei Paesi dell'ex URSS)**

Il taglio dei posti letto e la ricerca di alternative

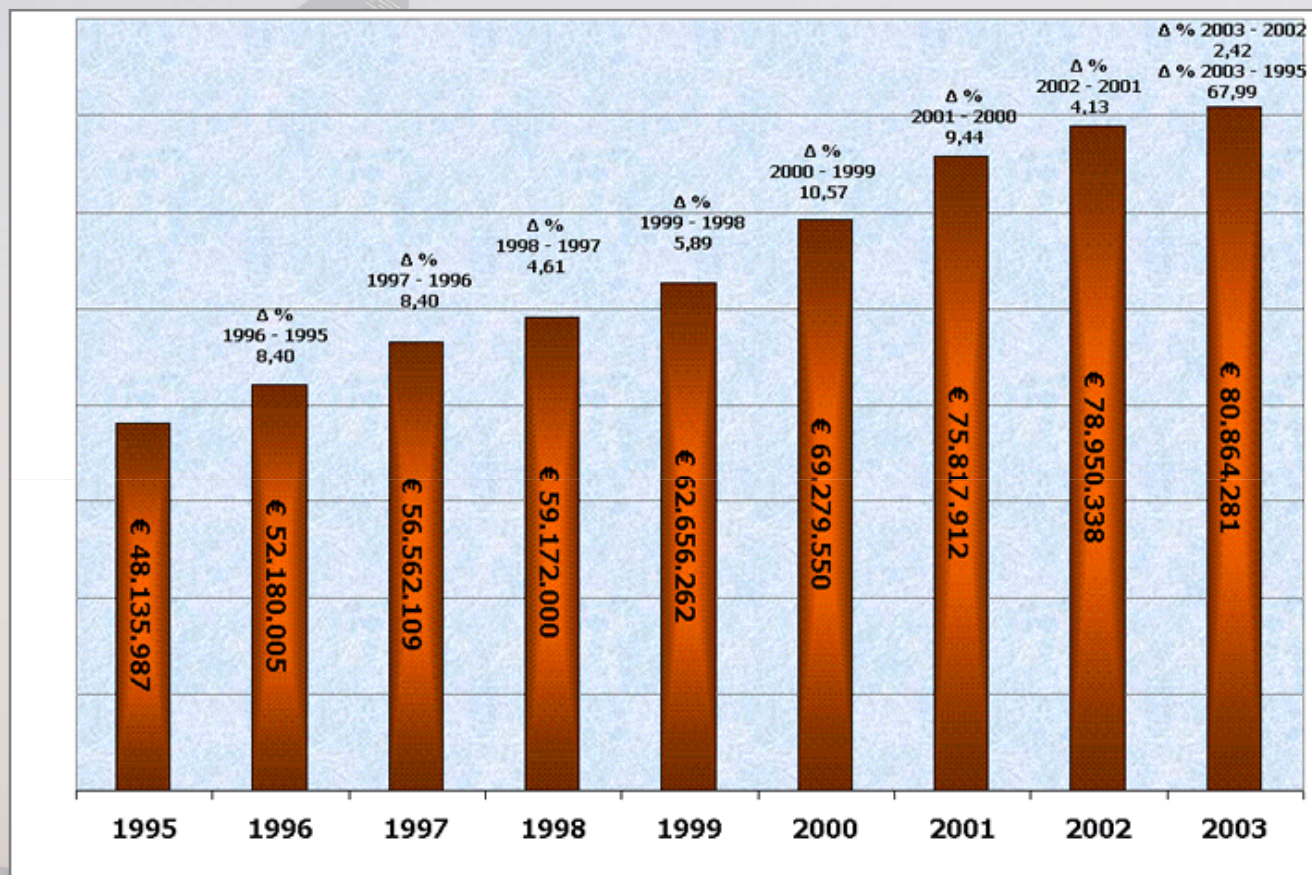
Task Force Reports on the Cost of Health Services in Canada, 1970:

- Gli Ospedali sono la fonte maggiore di spesa
- **La chirurgia diurna deve essere implementata**

New Financing of Health Care Programme, 1977:

- Bisogna utilizzare incentivi finanziari per sviluppare forme alternative al ricovero ospedaliero
- **La chirurgia diurna rappresenta un'alternativa**

Italia



Evoluzione spesa sanitaria dal 1995 al 2003

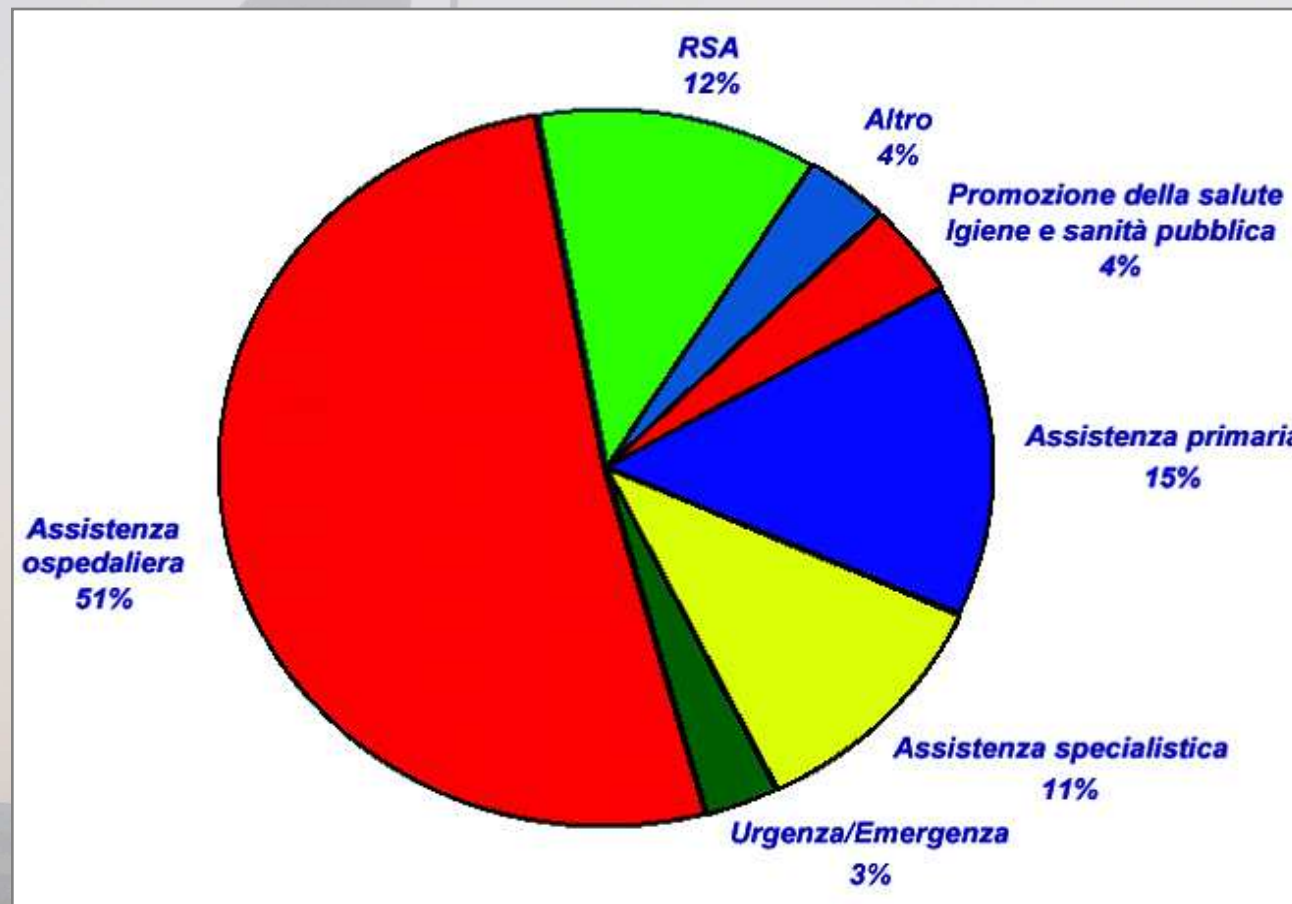
ma questa sanità è sostenibile?

tra aumento della domanda e limitatezza delle risorse

“Nel corso degli ultimi cinque anni si è accentuata in maniera forte la percezione di un problema fondamentale, che è quello della rincorsa tra l’incremento dei finanziamenti destinati al SSN e l’incremento dei costi del Servizio stesso”. Tra il 2000 ed il 2006 si è passati da un livello di finanziamento del SSN pari a **66 miliardi di euro a 91 miliardi**. “Non c’è nessun settore della spesa pubblica in Italia che nel corso degli ultimi 5 anni abbia avuto un incremento di finanziamento così imponente”.

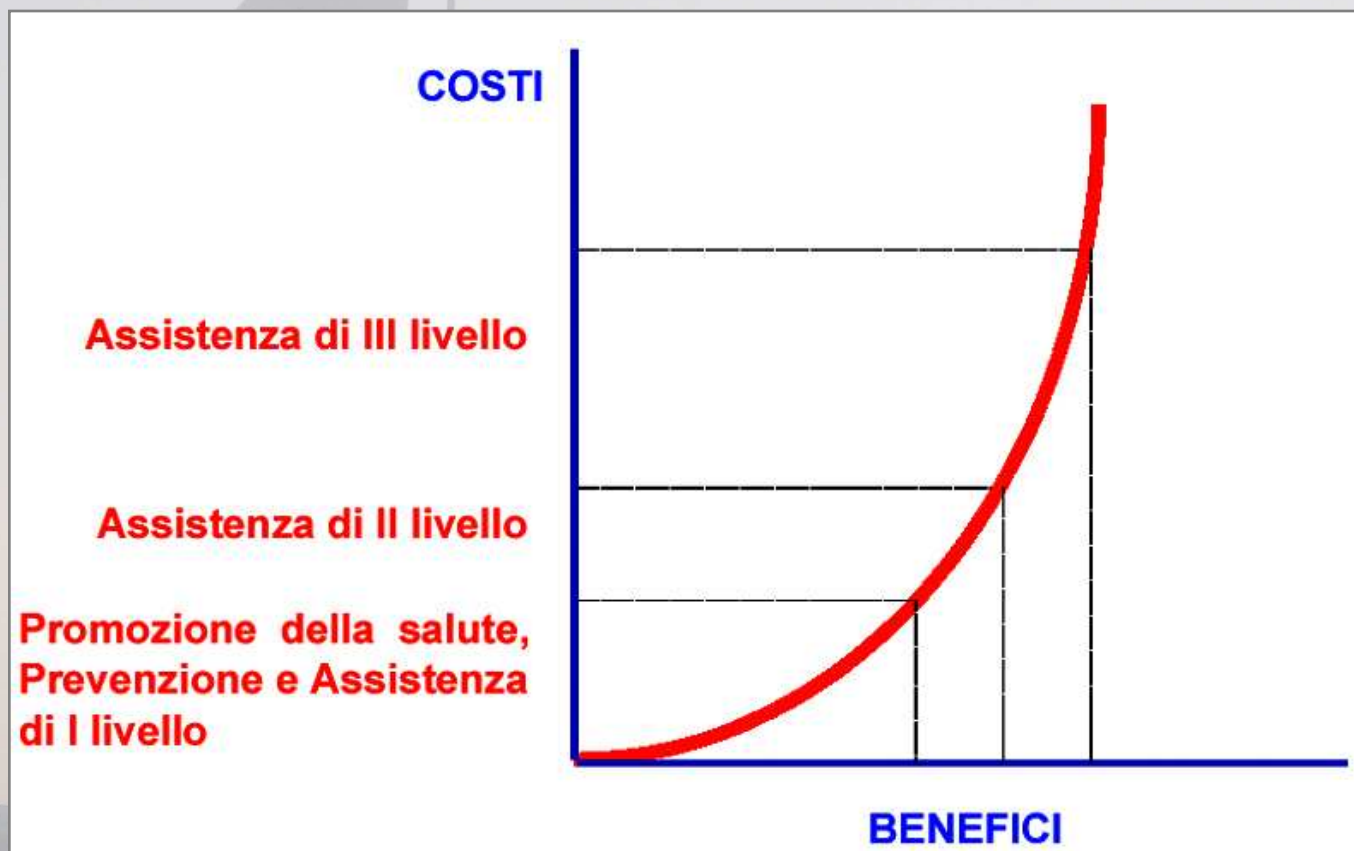
F. Palumbo, Monitor 2006

Ripartizione della Spesa Sanitaria



G Martini, La sanità del futuro: per tutti o per pochi? 2004

Decremento dei benefici marginali



G Martini, La sanità del futuro: per tutti o per pochi? 2004

come utilizzare le risorse? interventi “strategici”

Rilanciare la prevenzione

Riorganizzare le cure primarie (MMG, distretti socio-sanitari)

Sviluppare una rete integrata di servizi sanitari e socio-sanitari per la non autosufficienza

Sviluppare la politica dei livelli essenziali di assistenza, con una specifica attenzione ai tempi di attesa

Riorganizzare la rete ospedaliera

Migliorare i percorsi di diagnosi e terapia in ambito specialistico, ambulatoriale e ospedaliero.

“Forum Sanità Futura”, Cernobbio 2004

Il futuro degli Ospedali

Gli Ospedali così come sono rispondono alle esigenze del cittadino/paziente?

Come si possono migliorare?

Esistono setting assistenziali alternativi meno costosi ed altrettanto efficaci e sicuri?

“For too long, health policy-makers have treated hospitals as givens. The locations of hospitals, their configurations and the spectrum of activities are typically the result of decisions made so long ago that few can remember how they came about”. (Martin McKee and Judith Healy, 2002)

Gli Ospedali devono cambiare

“They (Hospitals) have long been regarded as “a black box” whose workings are impenetrable”. (Martin McKee, 2002)

Di fronte ai nuovi scenari i vecchi Ospedali rischiano di essere:

Pericolosi

Inefficienti

Inadeguati

Costosi e non competitivi

L'Ospedale pericoloso

Le infezioni nosocomiali

Circa il 10% dei pazienti ospedalizzati contrae un'infezione nosocomiale. In Inghilterra 1 paziente su 11 contrae un'infezione ospedaliera con circa 5000 decessi/anno stimati, più dei decessi per incidenti stradali (National Audit Office 2000)

L'assenza di Servizi di alta specializzazione e di tecnologie avanzate

More lives can be saved if some services are centralised in more specialist hospitals.” (J Farrington-Douglas, 2007).

Lo “staffing” inadeguato o insufficiente

“There can no longer be a full range of services for every condition in every town. Clinicians need to have a sufficient flow of patients in order to maintain and update their skills.” (J Farrington-Douglas, 2007).

L'Ospedale inefficiente

L'ingorgo dei Pronto Soccorso ed i ricoveri impropri

“ su 22.710.796 accessi al Pronto Soccorso in Italia (2003), da un minimo del 20% a oltre il 30% viene registrato come codice bianco, cioè come una situazione non critica che è risolvibile in sede ambulatoriale.”(E Guzzanti)

“Emergency departments became a common, and frequently chaotic, entry point to the hospital, even though those passing through them often had very diverse needs and final destinations.” (N Edwards)

La mancanza ciclica di posti letto per i pazienti acuti (es. “winter pressure”)

Half of hospital bed-days in the NHS are accounted for by only 2.7 per cent of all medical conditions, most of which are chronic diseases. Around a third of emergency admissions among the over-65s are for long-term conditions, and many of those people keep on returning to hospital with the same complications. A small number of patients end up accounting for the majority of hospital bed-days.” (J Farrington-Douglas, 2007)

Le lunghe liste di attesa

... ed i Cittadini insoddisfatti

Principali problemi del Servizio Sanitario (val. %)

Lunghezza liste di attesa	67,5
Malasanità	31,3
Cattiva organizzazione dei servizi	28,8
Edifici inadeguati	25,2
Inadeguatezza dei servizi sul territorio	16,3
Inadeguata professionalità degli operatori	15,9
Apparecchiature e tecnologie obsolete	14,2

L'Ospedale inadeguato

L'Ospedale, rivolto alla cura dei Pazienti Acuti, può non essere il "setting" migliore per problematiche come :

Malattie croniche e degenerative

Pazienti anziani e non autosufficienti

Recupero/riabilitazione

Programmi di prevenzione e follow-up

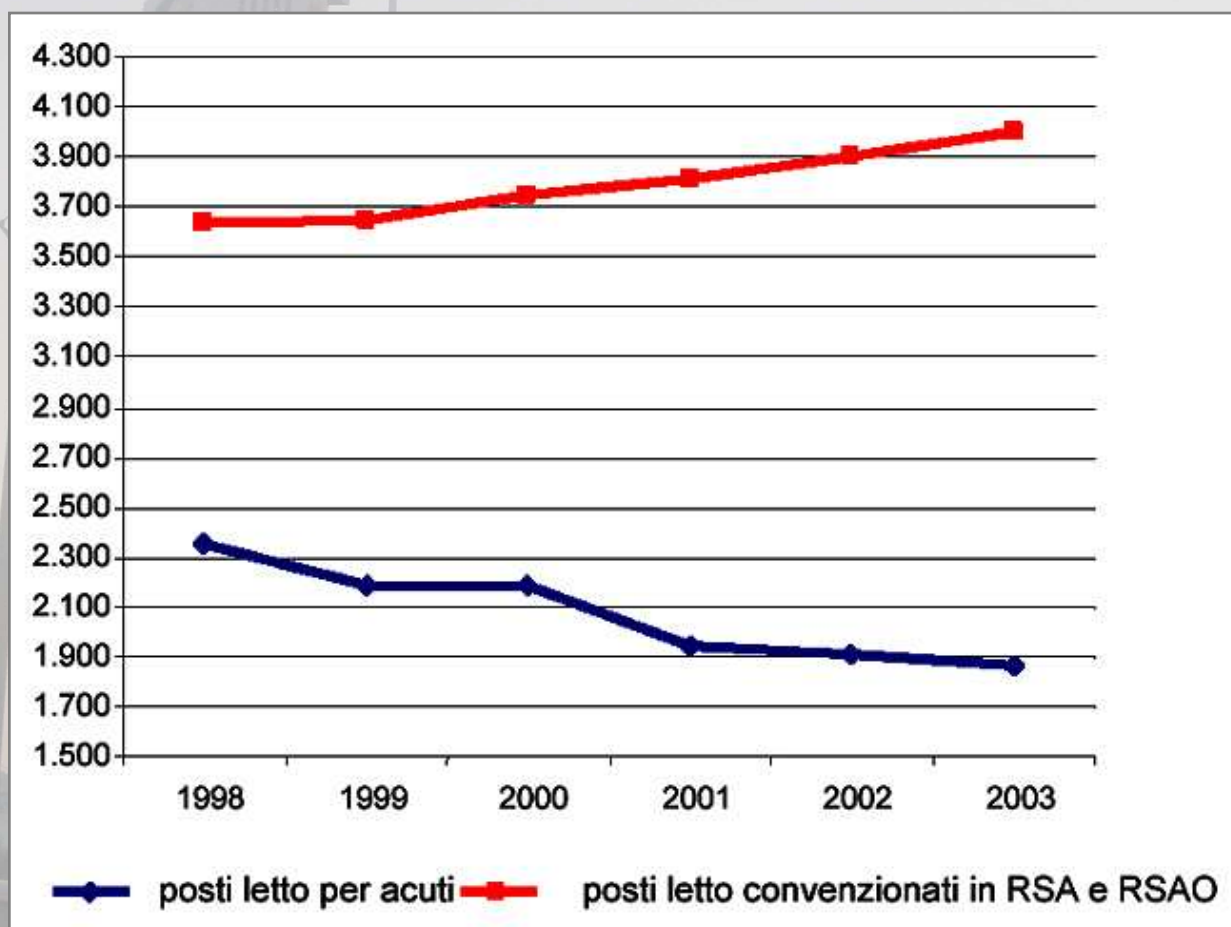
Candidati ad interventi chirurgici in elezione od a procedure diagnostiche invasive e semi-invasive

Gli interventi

Adattare il numero di posti letto alle reali esigenze del bacino di utenza. Reingenerizzare gli Ospedali con nuovi modelli di “governance” e maggiore attenzione alla qualità ed alla performance

La transizione epidemiologica:

Posti letto ospedalieri per acuti e posti letto convenzionati in RSA e RSAO 1998/2003



Gli interventi

Adattare il numero di posti letto alle reali esigenze del bacino di utenza.

Riorganizzare la rete ospedaliera



La riorganizzazione della rete ospedaliera

Centralizzare i Servizi a più alto contenuto tecnologico

In summary, therefore, the first reason for reconfiguration should be to improve safety of acute care by concentrating specialist services where necessary in order to reach safe volume thresholds and sustainable staffing levels. (J Farrington-Douglas, 2007).

Unire gli Ospedali minori in un network con i Servizi per l'emergenza concentrati in un'unica Struttura

Chiudere o convertire i piccoli ospedali (presidi residenziali, semiresidenziali o di erogazione di servizi e prestazioni sociosanitarie)

Costruire nuovi Ospedali

Periodo di costruzione degli Ospedali Italiani

86	(il 10%)	costruiti prima del 1800
51	(il 6%)	dal 1801 al 1900
166	(il 20%)	dal 1901 al 1940
248	(il 30%)	dal 1941 al 1970
289	(il 34%)	dal 1971 al 2000

Ministero della sanità

L'Ospedale del futuro



Centrato sul Paziente

Tecnologicamente avanzato

Dotato di comfort alberghiero

Posti letti in rapporto al bacino di utenza
(es. 400 posti letto per 250.000 abitanti)

Agevolmente raggiungibile

Integrato funzionalmente nel Territorio

Degenza da uno a tre giorni, poi
trasferimento presso struttura alberghiera,
collegata con l'Ospedale

Dotato di spazi gestiti dai Partner Privati

Gli interventi

Adattare il numero di posti letto alle reali esigenze del bacino di utenza

Riorganizzare la rete ospedaliera

Sviluppare i modelli organizzativi del Day-Hospital e della Chirurgia diurna ed ambulatoriale

...i nuovi modelli organizzativi

Foreword	4
Highlights	6
Introduction	8
The 10 High Impact Changes	15-84
Supporting implementation	85
The role of the Board in supporting implementation	86
Resources and tools	89
Acknowledgements	90

Change N°1: Treat day surgery (rather than inpatient surgery) as the norm for elective surgery	15	1
Change N°2: Improve patient flow across the whole NHS system by improving access to key diagnostic tests	23	2
Change N°3: Manage variation in patient discharge thereby reducing length of stay	31	3
Change N°4: Manage variation in the patient admission process	39	4
Change N°5: Avoid unnecessary follow-ups for patients and provide necessary follow-ups in the right care setting	43	5
Change N°6: Increase the reliability of performing therapeutic interventions through a Care Bundle approach	51	6
Change N°7: Apply a systematic approach to care for people with long-term conditions	59	7
Change N°8: Improve patient access by reducing the number of queues	67	8
Change N°9: Optimise patient flow through service bottlenecks using process templates	75	9
Change N°10: Redesign and extend roles in line with efficient patient pathways to attract and retain an effective workforce	79	10

La prima priorità è quella di “considerare la Day Surgery (e non più la chirurgia in ricovero ordinario) come la regola per la chirurgia di elezione”.

Il piano sanitario Inglese prevede che in futuro fino al 75% di tutti gli interventi di elezione possano essere eseguiti in Day Surgery

Gli interventi

Adattare il numero di posti letto alle reali esigenze del bacino di utenza

Riorganizzare la rete ospedaliera

Sviluppare i modelli organizzativi del Day-Hospital e della Chirurgia diurna ed ambulatoriale

Favorire la complementarietà tra Ospedali Pubblici e Privati nell'ambito di una Programmazione Regionale

Favorire l'integrazione Ospedale-Territorio attraverso il riequilibrio dei Settori ed il potenziamento dei Servizi Territoriali di prossimità

Le cure “primarie” ed i Servizi Territoriali

“More important than local access to hospitals is ensuring that primary care is easily accessible, particularly for disadvantaged groups. **Local primary and community care**, providing a wider range of traditionally hospital-based services, **are key to improving outcomes and equity**, with support to access hospital care when it is needed.”

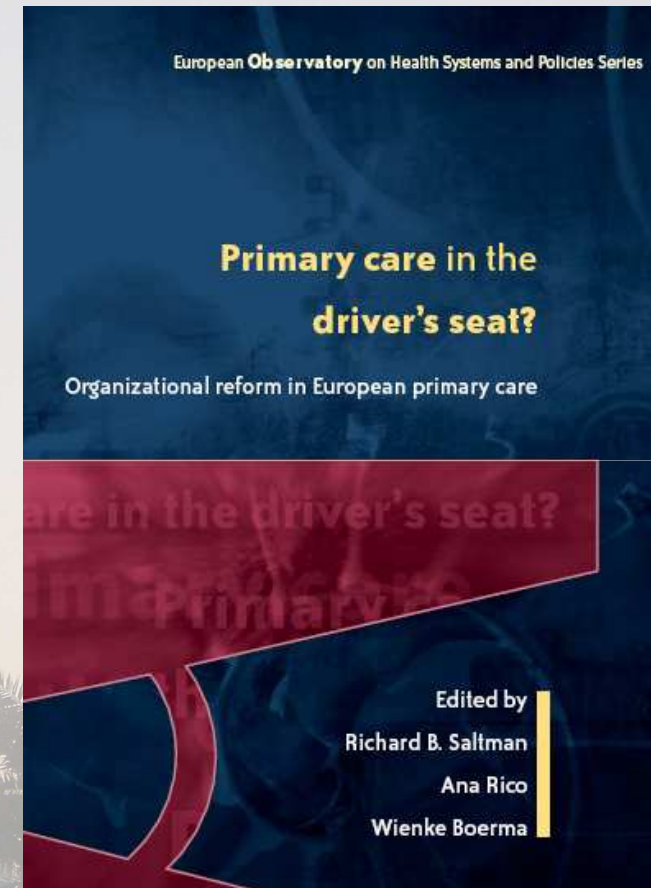
J Farrington-Douglas, 2007

La Medicina di Base

Gli Ospedali di “comunità”

I “Treatment Centers”

L’Assistenza Residenziale e Domiciliare



Chi si oppone al cambiamento

I motivi politici

Gli Ospedali hanno un elevato valore simbolico. La chiusura od anche il solo ridimensionamento di un Ospedale sono impopolari.

I motivi economici e sociali

La Sanità rappresenta la più importante Azienda Pubblica

I motivi professionali

La riduzione di posti letto viene percepita come riduzione di potere e prestigio

I motivi culturali e le paure dei Cittadini

L'Ospedale è considerato il luogo migliore dove essere curati. Il 75% dei Cittadini è contrario alla chiusura dei piccoli ospedali.

Monitor Biomedico 2006, Il valore della prossimità nella Sanità del Futuro

“the public, politicians, staff and the media would need to be more flexible about the number of wards in a hospital, and not perceive any reduction in beds as a cut in services.”

J Farrington-Douglas, 2007

Conclusioni (1)

Tutti sono d'accordo sulla **necessità di riconfigurare gli Ospedali** ma non è chiaro in che modo. Di certo il modello storico dell'assistenza sanitaria basato sullo sviluppo ipertrofico degli Ospedali non è più sostenibile.

L'Ospedale non può essere considerata l'unica Struttura cui demandare la salvaguardia ed il miglioramento della salute. **Gli Ospedali sono chiamati ad interagire tra di loro e con il Territorio** di fronte alle pressioni esercitate dai mutamenti demografici ed epidemiologici, allo sviluppo tecnologico ed alle crescenti richieste di salute ed aspettative dei Cittadini.

La speranza di vita è cresciuta più in fretta della speranza di vita libera da malattia. Con l'età aumenta l'incidenza di patologie croniche. Bisogna fare in modo che la gente non venga ospedalizzata inutilmente ma possa usufruire di **“servizi di prossimità, di rapido e facile accesso, capaci di avere continuità di erogazione** e non legati ad un evento eccezionale e temporalmente delimitato”
Monitor BioMedico 2006.

Conclusioni (2)

E' impensabile che il Sistema attuale incentrato sugli Ospedali e sull'assistenza agli acuti, con i costi che comporta, possa farsi carico di patologie a decorso cronico trattabili, altrettanto bene, in setting assistenziali diversi. E' necessario però che l'assistenza sul Territorio dei malati cronici sia efficiente e di qualità e preveda anche forme di autogestione e di supporto domiciliare. Migliorare il benessere di questi pazienti ed il controllo della loro malattia rappresenta il modo più efficace per prevenire il ricovero ospedaliero.

Bisogna fornire **più servizi diagnostici e chirurgia diurna al di fuori dell'Ospedale**. La richiesta di interventi chirurgici e procedure diagnostiche invasive o semi-invasive è in costante aumento per cui il passaggio alle forme di chirurgia "diurna" non solo è giustificato ma è necessario.

Se, da un lato, i Servizi specialistici ad alto contenuto tecnologico dovrebbero essere "centralizzati", dall'altro, **una gran parte di attività attualmente erogate negli Ospedali** (per es. diagnostica per esterni, traumatologia minore, molta chirurgia elettiva) **potrebbero essere svolte in strutture territoriali** più piccole e più prossime alla popolazione.

Conclusioni (3)

In futuro i Cittadini potranno decidere sempre più liberamente da chi farsi curare. Gli Ospedali saranno chiamati a migliorare i loro Servizi, curare il loro “brand” e la loro capacità di attrazione senza dare più per scontate certe “rendite di posizione”.

Di fronte alla contrazione dei posti letto gli Ospedali sono chiamati a ridurre i ricoveri impropri e ad accelerare le dimissioni, soprattutto dei pazienti internistici. E' necessario pertanto **reingenerizzare i processi e migliorare i percorsi di diagnosi e terapia.** Sono necessari anche nuovi Ospedali, più confortevoli, **centrati sulle esigenze del paziente.**

Conclusioni (4)

Stretti tra Ospedali Ipertecnologici e Strutture Extra-Ospedaliere di diagnosi e cura, di fronte alle problematiche del personale ed alla concorrenza dei Providers privati, in bilico tra l'essere inadeguati per certi tipi di cure o eccessivi per altre, **il destino dei piccoli Presidi Ospedalieri è incerto.**

La chiusura o la riconversione di questi Presidi dovrebbe procedere di pari passo con una **riorganizzazione del settore delle Cure Primarie e con la creazione di Servizi "di prossimità" accessibili ed efficienti**, realmente alternativi, anche se questo potrebbe non tradursi, almeno all'inizio, in una sostanziale riduzione dei costi.

L'operazione va spiegata ai Cittadini che devono percepirla come uno strumento, quale realmente è, **per migliorare la loro salute** e la qualità dell'assistenza e non come uno stratagemma per tagliare i costi della Sanità. E' necessaria una profonda trasformazione culturale per far capire che l'Ospedale vicino, in molti casi, può non essere la soluzione migliore e non sempre è la più sicura.

Conclusioni (5)

La riorganizzazione dei Sistemi Sanitari e la riconfigurazione degli Ospedali deve mantenere ben presente la sua mission e cioè quella di migliorare la salute e ridurre le ineguaglianze. Un altro aspetto fondamentale è rappresentato dalla necessità che le scelte non siano guidate da semplici logiche di convenienza economica soprattutto in un ambito strategico e di diritti fondamentali come quello alla salute. **Qualità, accessibilità ed equità vanno garantiti**, almeno nei servizi essenziali, **ridistribuendo le risorse, migliorando l'organizzazione e rinunciando all'idea di fornire tutto a tutti.**

E' necessaria, per questo, **una attenta programmazione** che tenga sì conto delle specificità locali e delle esigenze dei vari Operatori e Providers (pubblici e privati) ma che sappia equilibrare i vari Settori in base all'interesse collettivo. I Programmatori devono mettere mano a ciascun Settore senza perdere di vista il Sistema nel suo insieme, dall'assistenza domiciliare alle cure più complesse di terzo livello.