



# SISTEMI SANITARI DEL III MILLENNIO

## PROGRESSIVA SPECIALIZZAZIONE ED ORIENTAMENTO DEGLI OSPEDALI

- ▶ **Emergenza - urgenza**
- ▶ **Interventi diagnostici e terapeutici ad alta complessità**
- ▶ **Appropriatezza della prestazione**
- ▶ **Evitare ricoveri impropri – incongrui – ri-ricoveri**

## NUOVE REALTA'

- ▶ **Aumento problematiche legate alla disabilità**
- ▶ **Progressivo incremento malattie cronico-degenerative**
- ▶ **Progressivo incremento della popolazione anziana**
- ▶ **Risorse economiche limitate**





# Ma allora come si modifica il sistema di offerta in base a nuovi bisogni?

- La necessità di controllo della spesa sanitaria e l'emergere di una domanda specifica di cure per la cronicità porta a ridefinire il sistema di offerta in modo da garantire la più ampia copertura assistenziale a condizioni sostenibili.
- Da qui l'orientamento a riorganizzare il sistema ospedaliero per livelli di intensità di cure, anziché per unità di degenza specialistica.
- E di conseguenza la necessità di differenziare i percorsi con nuove possibilità di offerta attraverso le così dette “cure intermedie”. Vale a dire la possibilità per i pazienti stabilizzati ma non dimissibili al domicilio di proseguire per periodi prolungati in ambiente protetto il ciclo di cura.(vedi letti per subacuti)





**La rivoluzione demografica nel marzo 1995: per la prima volta, nella storia dell'uomo , nel mondo, le persone con età superiore ai 60 anni sono più numerose di quelle con età inferiore ai 20 anni ) ciò ha ripercussioni non solo sul piano sociale ma anche su quello sanitario ed assistenziale.**

***G. Masotti et al. Ann. It. Med. Int. 16, 69-72, 2002 (editoriale)***





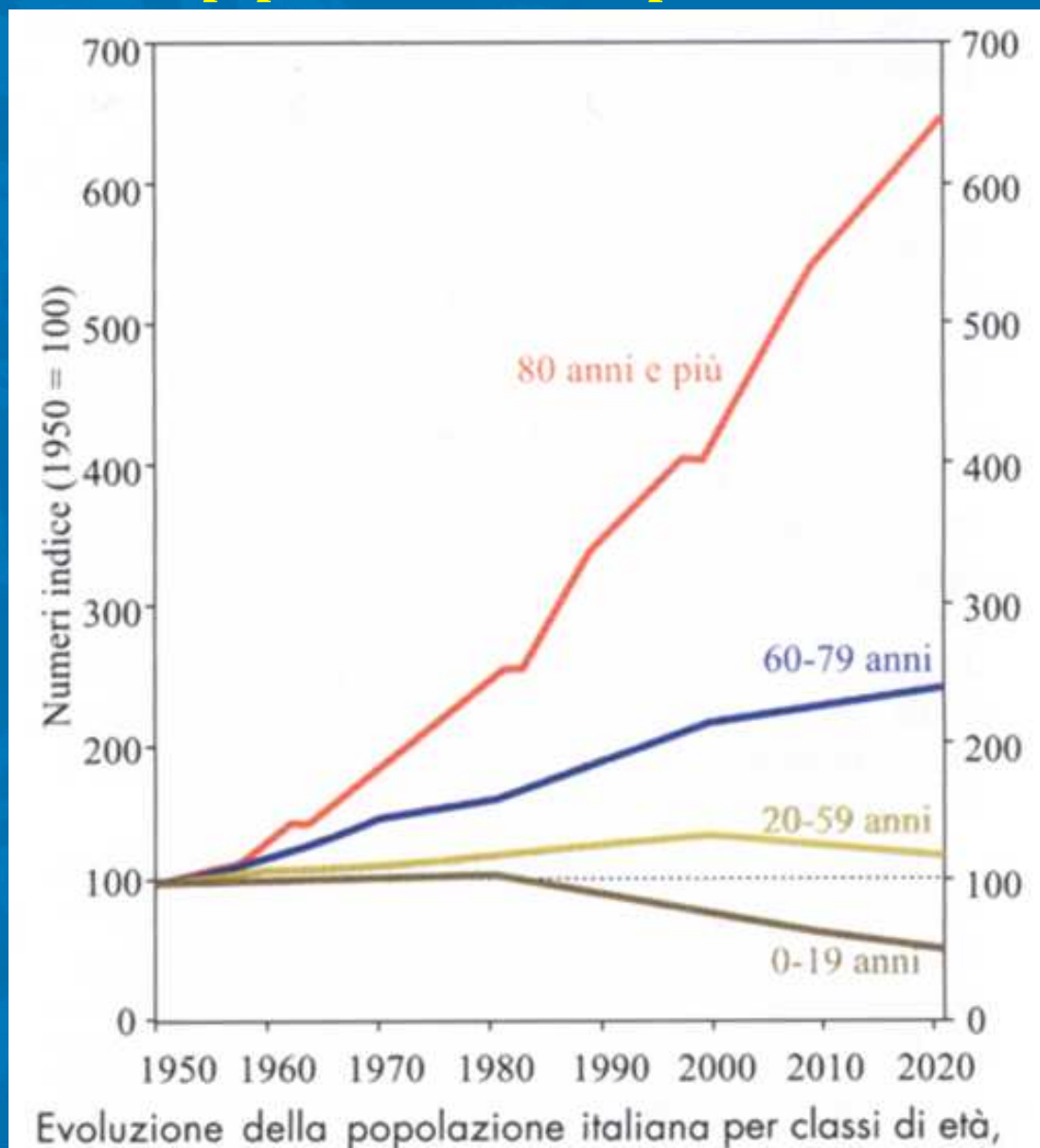
# Presupposti organizzativi

- I nuovi ospedali vengono ormai progettati per funzionare secondo il modello delle aree di intensità di cura.
- Le UUOO per pazienti acuti non sono più adatte a gestire degenze di lunga durata.
- Tuttavia, nei reparti di Medicina Generale, ma anche in altri reparti specialistici, una quota consistente di degenze viene prolungata in pazienti anziani che hanno raggiunto un buon compenso clinico ma non dimissibili perché a rischio di instabilità clinica o problematicità sociali.
- Da ciò la necessità/opportunità di presa in carico da parte di una nuova forma di servizi con team specializzati nella gestione delle problematiche legate alla fragilità e del reinserimento nel contesto domiciliare.





## Evoluzione della popolazione italiana per classi di età Istat 2008

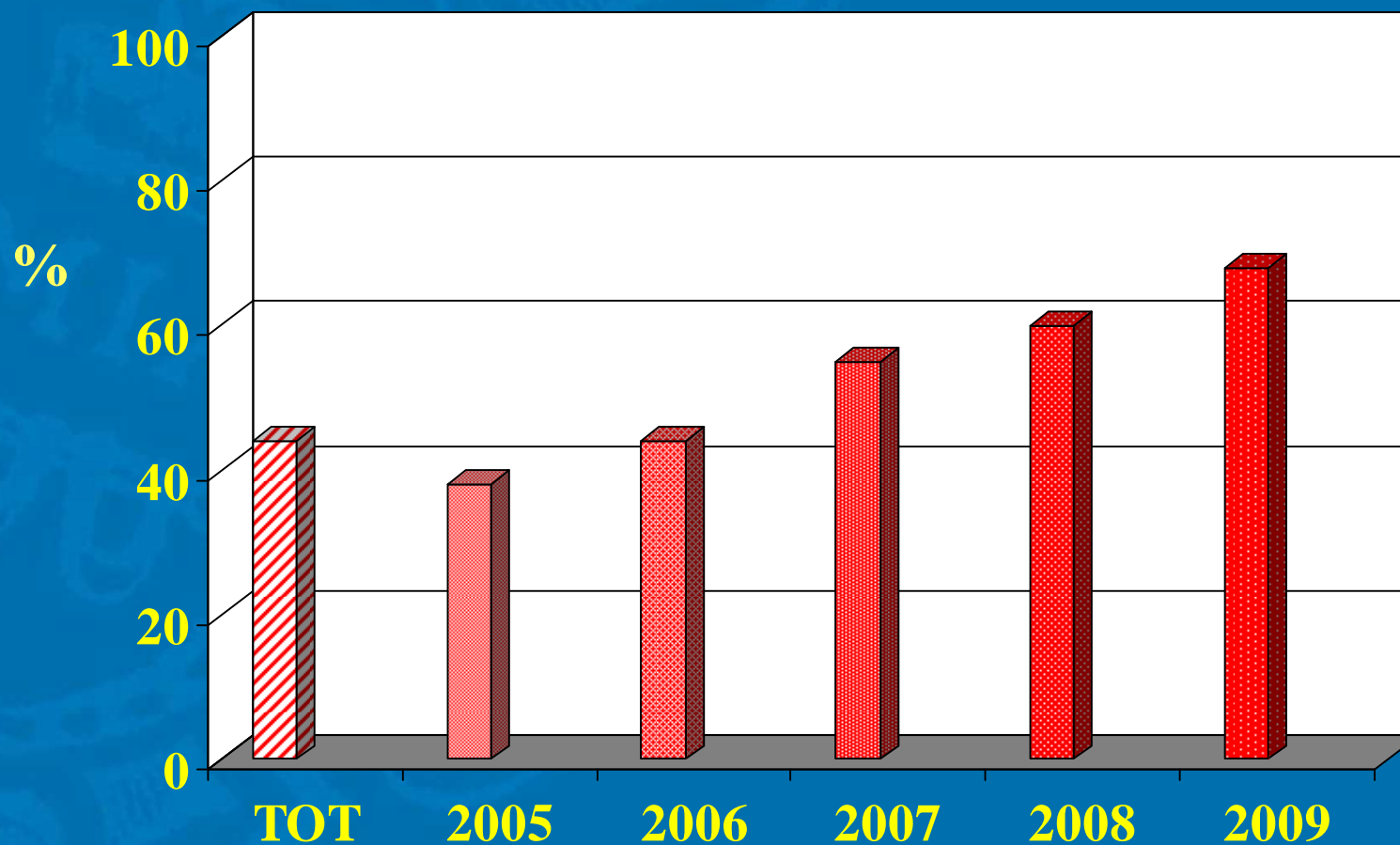




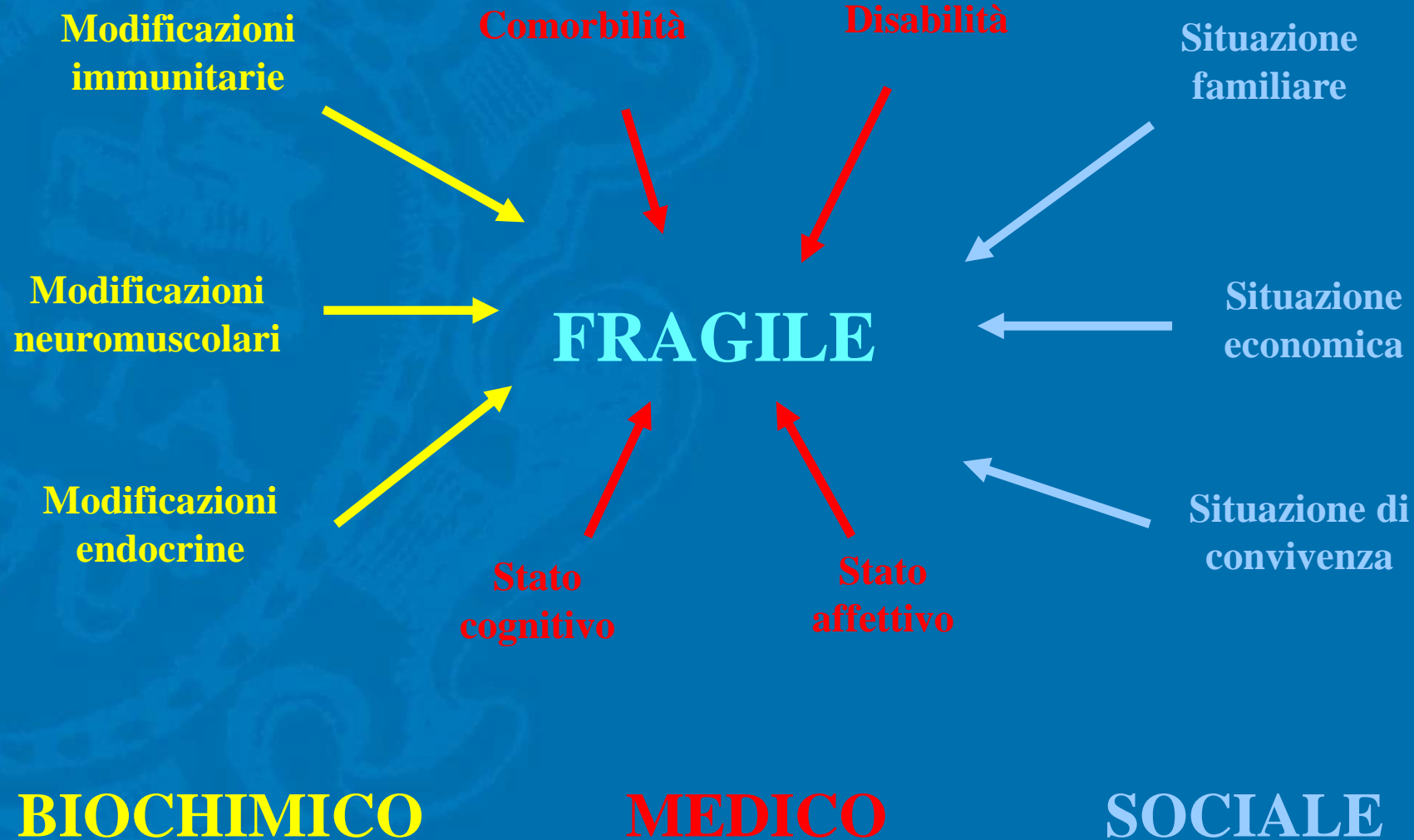


Regione Lombardia

## Ricoveri > 65 anni nelle Medicine Generali



Spedali Civili di Brescia  
Azienda Ospedaliera





## **PRINCIPALI OBIETTIVI VALUTATIVI NEI PZ. ANZIANI**

- Accertamento diagnostico multidimensionale
- Programmazione del trattamento
- Attuazione dell'intervento riabilitativo
- Valutazione dell'efficacia degli interventi
- Adeguata collocazione ambientale
- Facilitazione dell'attività del Medico di famiglia
- Ottimale sfruttamento delle risorse sanitarie disponibili: strutturazione dei percorsi mediante l'appropriato utilizzo della rete dei servizi territoriali /ospedalieri (tra la reale autogestione domiciliare, le funzioni residuali, lo stato cognitivo, le condizioni psico-sociali e le condizioni cliniche)





# Distribuzione dei dimessi per DRG e Fascia di età

Anno 2011 Azienda Spedali Civili

FASCE di ETA'		TIPO DRG		MEDIA GIORNATE di DEGENZA				
		DRG Chir.	DRG Med.	Totale	%	C	M	Totale
0-18 anni	Numero ricoveri	2.390	8.606	10.996	17%			
	Giornate di degenza	12.438	46.500	58.938	12%	5,20	5,40	5,36
19-40 anni	Numero ricoveri	4.919	7.972	12.891	20%			
	Giornate di degenza	27.688	42.382	70.070	14%	5,63	5,32	5,44
41-65 anni	Numero ricoveri	8.180	9.872	18.052	28%			
	Giornate di degenza	58.566	76.556	135.122	28%	7,16	7,75	7,49
66-75 anni	Numero ricoveri	4.281	6.457	10.738	16%			
	Giornate di degenza	38.560	57.696	96.256	20%	9,01	8,94	8,96
76-80 anni	Numero ricoveri	1.723	3.430	5.153	8%			
	Giornate di degenza	17.103	32.694	49.797	10%	9,93	9,53	9,66
81-85 anni	Numero ricoveri	1.080	3.150	4.230	6%			
	Giornate di degenza	11.731	31.305	43.036	9%	10,86	9,94	10,17
86-90 anni	Numero ricoveri	477	1.858	2.335	4%			
	Giornate di degenza	5.801	18.492	24.293	5%	12,16	9,95	10,40
91-95 anni	Numero ricoveri	102	505	607	1%			
	Giornate di degenza	1.214	4.870	6.084	1%	11,90	9,64	10,02
oltre 95 anni	Numero ricoveri	29	152	181	0%			
	Giornate di degenza	238	1.355	1.593	0%	8,21	8,91	8,80
Numero ricoveri totale		23.181	42.002	65.183				
Giornate di degenza totale		173.339	311.850	485.189		7,48	7,42	7,44



# Ricoveri in Medicina Generale

classe_degenza	ricoveri	età media	degenza media	gg diff vs. media		
<5	28.941	67,85	3			
5-9	61.683	72,02	7			
10-14	34.986	74,62	12			
15 – 19	15.773	75,59	17	6,0	93.982	
>=20	17.554	75,28	29	18,5	324.214	
totali	158.937	72,55	11		418.196	1.146

**Area di possibile inappropriately in ingresso**

*Regione Lombardia – Dati SDO 2009*

**Area di possibile inappropriately in dimissione**



# Accessi al P.S. osp.Civile 2011

Totali : 74185

Ricoveri : 18381 pari al 25%

Codici rossi : pari al 2,8%

Codici gialli : pari al 24,3%

Codici verdi : pari al 65%

Codici bianchi: pari al 7,2%



## Pazienti DIMESSI con percorsi protetti, per presidi Anno 2012, Azienda Spedali Civili

	Civile ASV	Civile Ass. SOC	Montichiari	Gardone VT	Bambini	TOTALE
3						
Rientro al domicilio accompagnato	227	424	78	142	305	
Rientro al domicilio assistito (ASL)	142	1192	207	452	100	
Cure oncologiche domiciliari	67	85	0	0		
Hospice	98	278	28	51		
Istituti riabilitativi	437	773	139	145		
RSA	66	157	79	98		
Decessi predimissione	59					
<b>Dimissioni Protette</b>	<b>1096</b>	<b>2902</b>	<b>531</b>	<b>888</b>	<b>405</b>	





## Istituzione 20 letti per subacuti BENEFICI ATTESI PER PAZIENTI

- Continuità delle cure in ambiente protetto prima della dimissione a domicilio
- Stabilità clinica al momento della dimissione dalle sub-acute
- Maggiori garanzie per la presa in carico del paziente da parte dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali (MMG, ADI, servizi sociali, SAD, etc.)
- Beneficio indiretto legato alla maggiore tranquillità dei familiari nel post-dimissione
- Recupero dell'indipendenza del paziente in ambiente protetto





# L'anello debole tra ospedale e territorio.....

- Ma la rete territoriale è omologata per garantire in tutte le realtà distrettuali gli stessi servizi e le stesse opportunità di ricezione post ospedaliera per la presa in carico tempestiva delle situazioni complesse post fase acuta di ricovero?(velocità e appropriatezza....ospedaliera)
- E' noto che i servizi territoriali hanno storie recenti rispetto all'organizzazione ospedaliera ; molti sono nati da "sperimentazioni" delle vecchie USL con percorsi e modelli gestionali dei servizi molto diversi, e con risorse e strutture socio sanitarie riabilitative distribuite disomogeneamente . La stessa organizzazione delle cure domiciliari, vede da anni encomiabili sforzi e tentativi di integrare efficacemente percorsi e figure infermieristiche medici di famiglia ,specialisti , operatori sociali e della riabilitazione ma.....la standardizzazione e il coordinamento univoco dell'offerta sembra essere di difficile raggiungimento..



# E i pazienti come si stanno muovendo ?

- Iper idealizzazione degli ospedali come luogo di cura “rassicurante” soprattutto per i familiari ,con pressing e ingolfamento dei PS
- Sfiducia-diffidenza nella medicina e nei medici con paradossale escalation nella ricerca di super diagnostica e di super specialistica....
- Ansia e paura della malattia , fatica al prendersi cura di se stessi e degli altri...ricerca del capro espiatorio ...aspettative da clienti... e propensione alla conflittualità con il sistema sanitario





# La cultura moderna della cura

---

*livello simbolico (senso)*

RISPOSTA

Sapere della cura=>Medicina

Profess. Sanit.

Medico

Paziente

*livello delle pratiche*

PROBLEMA



# Cambiamenti nel rapporto medico-paziente

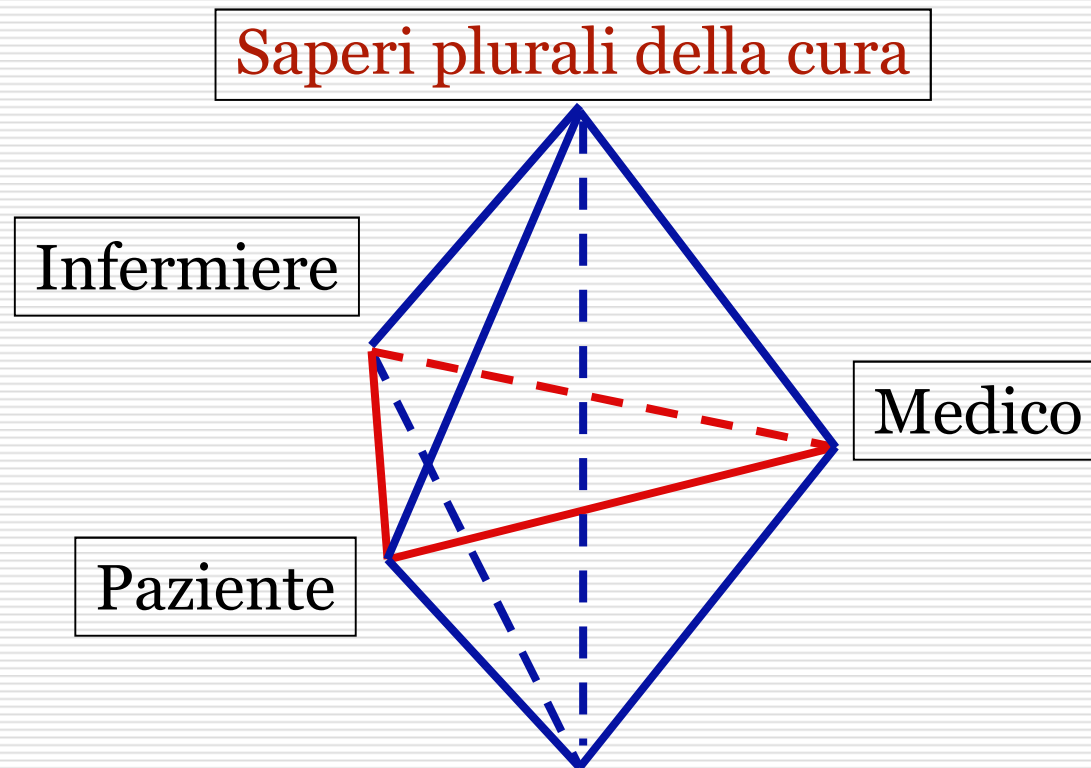
I cambiamenti del rapporto medico paziente sono percepiti nei termini della caduta irreversibile di saperi automaticamente autorevoli, incarnati da figure sociali indiscusse. Il rapporto da una verticalità ora ha in sé una orizzontalità e simmetria che apre alla uguaglianza con più arbitrarietà e.... conflittualità ....





# La scena allargata della cura

---



ALTRI: prof. sanitari, familiari, tecnici, OSS,  
assistenti sociali, manager, giornalisti, legali, ecc.



Come avvengono nelle dinamiche organizzative le prese in carico dei malati cronici?

Di fronte alle oggettive difficoltà dei percorsi esistono rischi di idealizzazione e cristallizzazione dei ruoli professionali? eccessive dicotomie e difese tra ospedale e territorio....

Si possono ripensare ruoli e funzioni dei sanitari sulla scena del sistema sanitario?

I malati chiedono sempre e più specialistica...e affollano gli ospedali..

Ma allora sono gli specialisti ospedalieri che devono andare negli ambulatori territoriali o i medici di famiglia che devono ritornare in ospedale e curare i propri assistiti ?

La futura carenza di medici i tagli economici ingravescenti impongono riflessioni e nuove strategie di sistema: le idee e le proposte possono partire anche dalle riflessioni di questa giornata..



**Nell'ecologia della mente** di G. Bateson , cit.), ciascuna parte del tessuto sociale diventa quel che diventa, fa quel che fa, pensa quel che pensa, solo in quanto è parte (attiva, mai passiva) di una “danza” di interazioni comunicative che rimane comunque più ampia (gerarchicamente sovraordinata). La “danza” ha una sua forma (sue “ragioni” che la ragione non conosce, nel senso di Pascal).

La teoria più diffusa della COMUNICAZIONE è atomistica (emittente+destinatario). Solo una teoria relazionale (tutti emittenti/destinatari, simultaneamente) fa emergere i processi della reciprocità concretamente in atto (occultati dall'immaginazione atomistica) e aiuta a percepire come il “senso e valore dell'agire politico” non sia concentrato-separato (in alto e fuori) ma sia distribuito per l'insieme del tessuto sociale quotidiano. Come il “privato” sia una menzogna. Come persino ciascuna nostra emozione sia frutto di interazioni sociali (v. Dumouchel. Emozioni. L'ORDINE è CO-ORDINAMENTO. Non sostanza ma processo. Non esterno-precostituito, ma auto-generato dalla società attraverso le interazioni sociali.

Nel corso della “danza” si creano i “destini delle singole parti-in-divenire, così come quelli del “tutto” che è la danza “globale” stessa.

Mary Douglas: “La reciproca colonizzazione delle nostre menti è il prezzo che paghiamo per pensare”.





