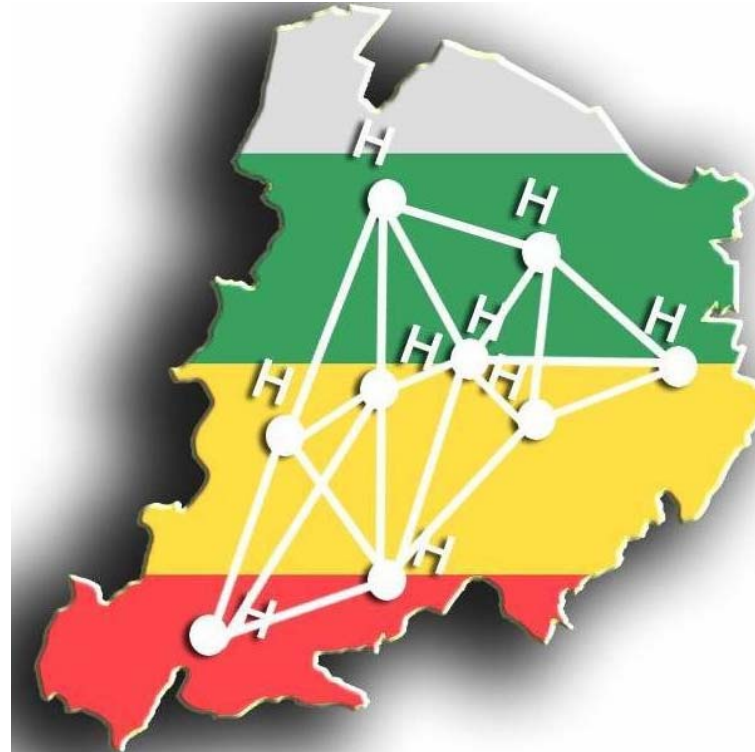




RETE OSPEDALIERA

PRINCIPI ISPIRATORI di PROGRAMMAZIONE



Bragonzi Gilberto –
direttore sanitario Azienda Sanitaria di Bologna

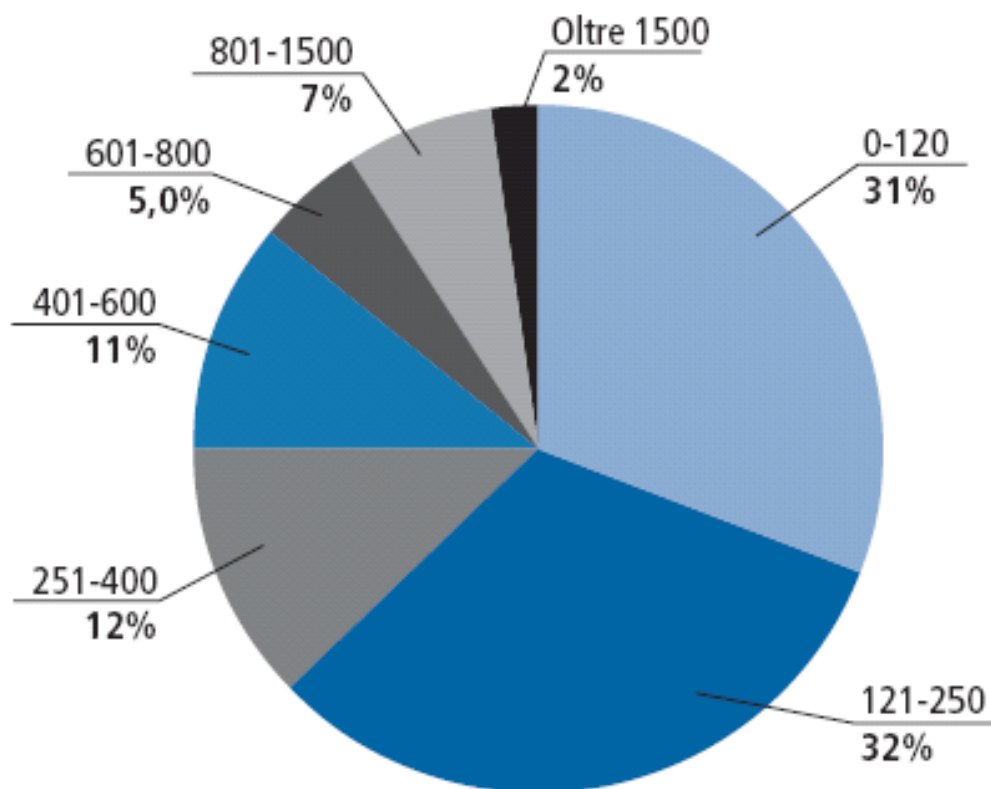


Una rete che sta cambiando

La caratteristica e dimensione degli ospedali si sono molto modificate negli ultimi venti anni, con una tendenza alla diminuzione del numero delle strutture e con una riduzione della loro dimensione media.

nel 2003 erano censiti 746 ospedali pubblici

dimensione degli ospedali pubblici



Il 63% ha dimensioni medio piccole

Il 14% dimensioni grandi >600 letti

Fonte: Ministero della Salute, Sistema Informativo Sanitario

Figura 1 Distribuzione degli ospedali pubblici per classe di posti letto (valori percentuali) - Anno 2003.



la rete fra i vari ospedali è un obiettivo del sistema sanitario ?

- 1968 - la legge 132 puntava ad una rete correlata al bacino d'utenza, formata da zonali, provinciali e regionali, con limitate presenze di strutture specialistiche
- 1978-1992 la riforma sanitaria ha portato questa rete in una logica ancor più territoriale con USL di dimensione media di 50/100 mila abitanti, riconoscendo nel contempo il ruolo dei policlinici universitari.



la rete fra i vari ospedali è un obiettivo del sistema sanitario ?

- 1999, la legge 229 ha poi definito la necessità di una RETE a configurazione provinciale con sviluppo di grandi strutture ospedaliere, in molti casi integrate con l'Università (che a partire dagli anni '80 si è articolata su più sedi)



il coordinamento fra ospedali la crisi dell'aziendalizzazione

Negli anni '90 con l'aziendalizzazione è prevalsa una logica di competizione, finalizzata alla massimizzazione delle prestazioni definite nei tariffari

La individuazione poi di autonomia specifica per le aziende ospedaliere ha portato ad un modello di separazione fra ospedali produttori (remunerati a prestazione) e aziende sanitarie (con quota capitaria)



Autonomia dei grandi ospedali

Quasi tutte le Regioni definivano un modello con autonomia dei grandi Ospedali, soprattutto quelli convenzionati con l'Università

Spesso isolati e competitivi con gli altri ospedali del proprio territorio.

Nel 2003 sono **98** le aziende ospedaliere

Quasi tutti gli ospedali di grandi dimensioni (104 oltre gli 800pl) hanno quindi regime di autonomia



Diversificazione dei modelli regionali

LOMBARDIA

Separazione netta fra produttori e utilizzatori

TOSCANA

Area vasta

EMILIA

Hub and Spoke



modello Lombardia - diversificazione committenza e produzione

si accentua l'autonomia degli ospedali non limitandola ai grandi ospedali, ma aggregando in aziende di produzione tutte le strutture ospedaliere presenti in un determinato territorio, oltre ai poliambulatori

diventa più evidente la separazione di mission con le aziende territoriali

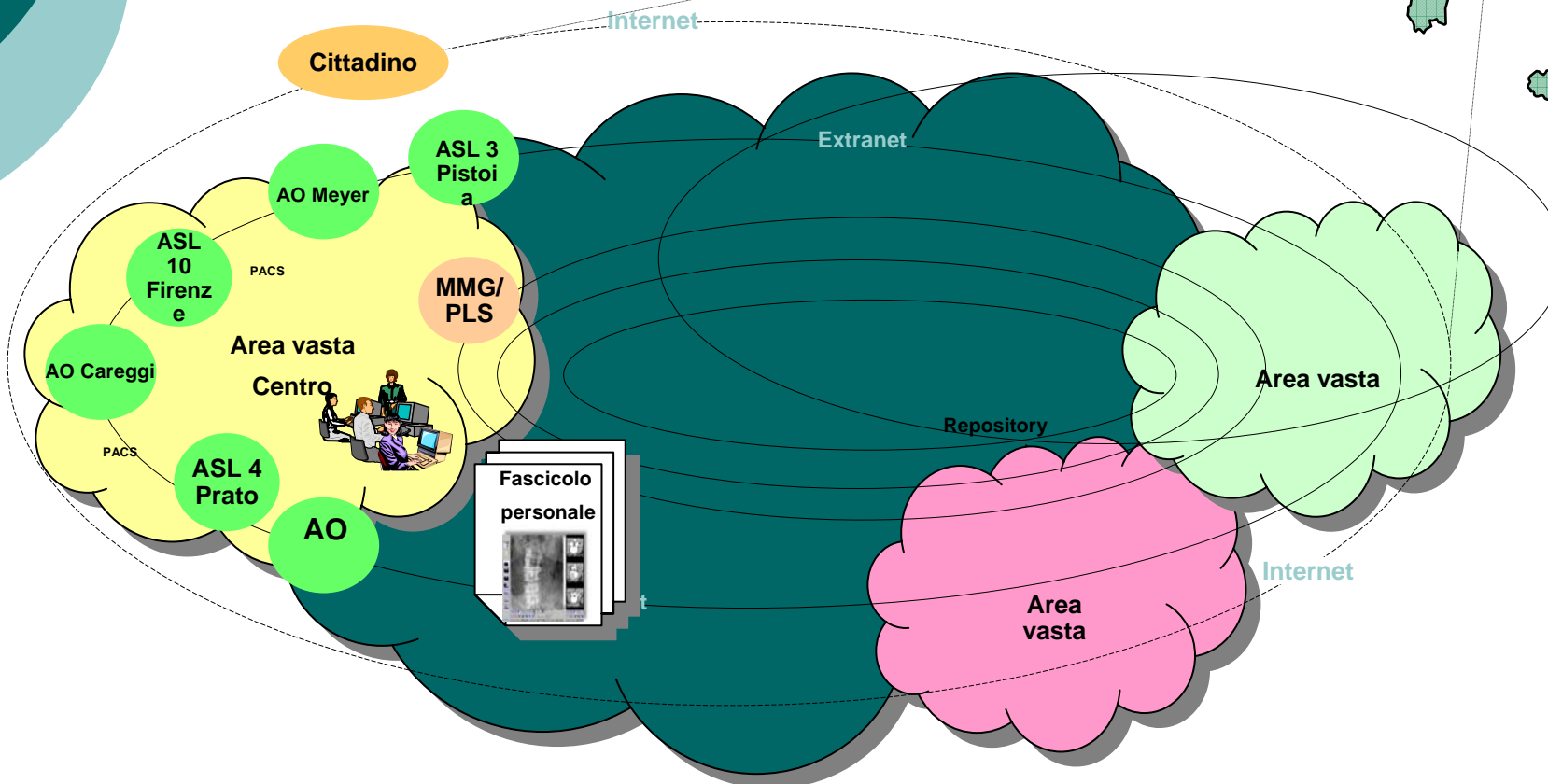
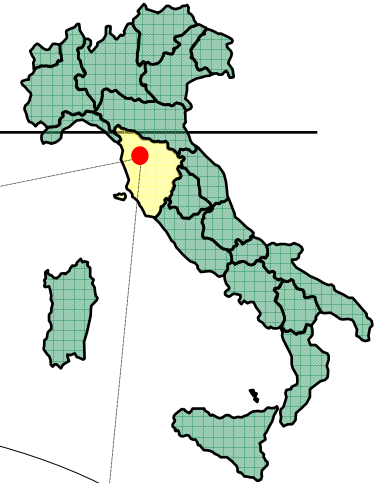


modello Toscana - Area Vasta reti di efficienza

Di fronte alla difficoltà di rendere razionale il sistema troppo disperso vengono sviluppati tentativi di aggregazione per AREA VASTA, solitamente centrati intorno alla finalità di effettuare in nodo unitario funzioni specifiche (prevalentemente amministrative o logistiche) che evidenzino utilità di miglioramento di efficienza.

Toscana Area Vasta Centro

- 1.500.000 Cittadini residenti nella Area Vasta
- 5 Aziende Sanitarie (AO Careggi, AO Meyer, ASL 10 Firenze, ASL 4 Prato, ASL 3 Pistoia)
- 12 Ospedali (4.550 posti letto)
- 1.502 MMG/PLS





modello Emilia – aziende provinciali e relazioni HUB and SPOKE

Da una parte individuare un ambito territoriale di dimensioni adeguate, che corrisponde alla dimensione provinciale (legge 229/99) con l'aggregazione in un unico contesto istituzionale di molti piccoli medi ospedali

Viene poi definito un modello di riferimento per le funzioni altamente specialistiche

HUB and SPOKE

che ricerca una stretta collaborazione fra i diversi livelli in una logica non solo di ripartizione di competenze per grado di complessità ma anche di integrazione professionale e di percorso assistenziale.



Modelli europei - Olanda

Costruito un modello basato su una rete di grandi policlinici universitari, con strutture di 600/800 posti letto con una rete di piccoli centri di ricovero, spesso paraospedaliero,

punto di forza - il reale sviluppo del collegamento fra assistenza, ricerca e formazione

punto critico - debole relazione fra queste mega strutture e il territorio

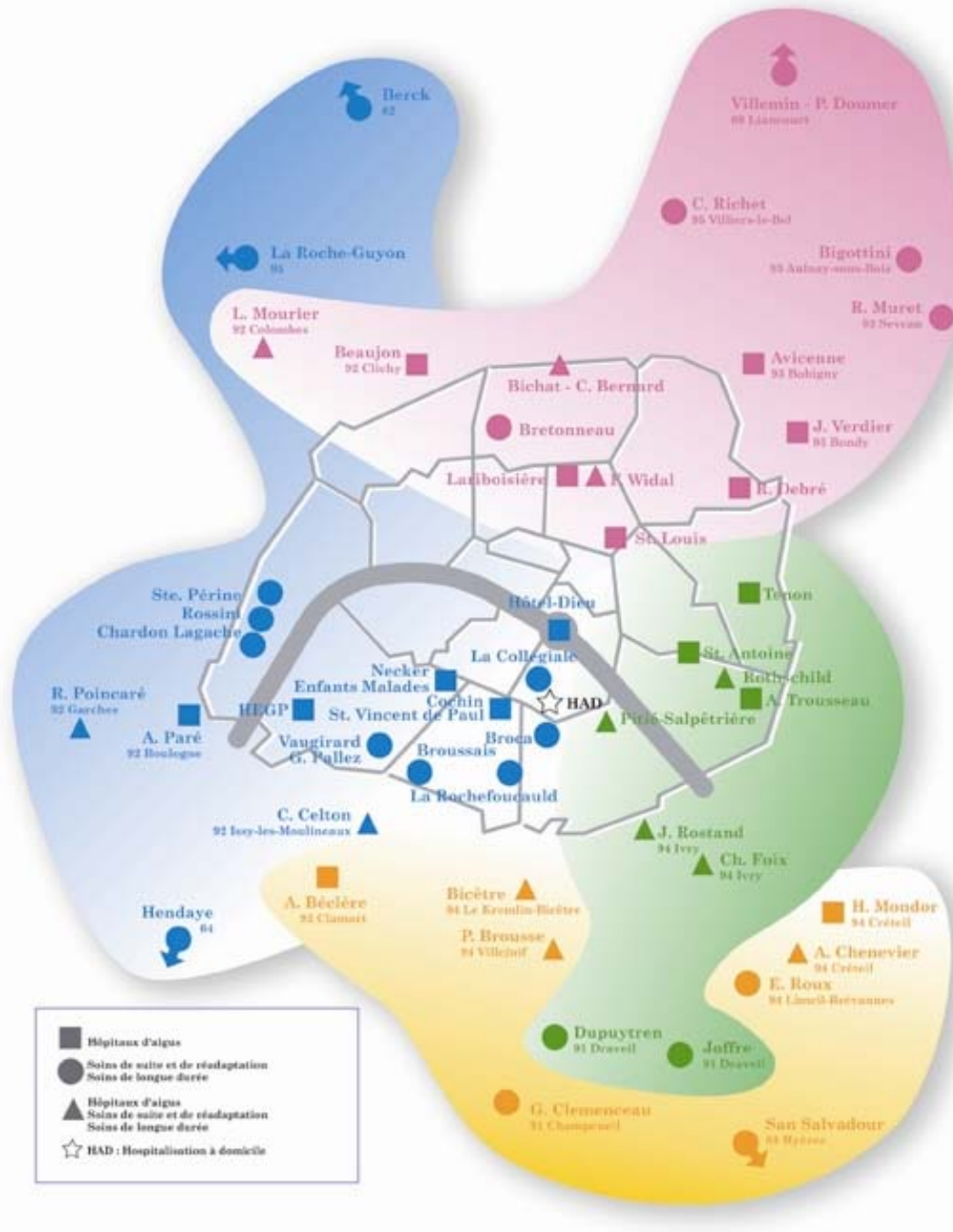
modelli europei - Francia

- già aveva sviluppato negli anni 80 una aggregazione degli ospedali di ASSISTANCE PUBLIQUE per grandi aree territoriali (PARIGI, NIZZA, LIONE), peraltro con un modello fortemente incentrato sulla gestione amministrativa (ENA) e con deboli relazioni fra sanitari



Rete del GHU di PARIGI

Groupements
Hospitaliers
Universitaires





Struttura della rete “ile de france”

- 38 hôpitaux ou groupes d'hôpitaux et l'Hospitalisation à domicile (HAD)
- 37 centres de formation dont 19 instituts de formation en soins infirmiers
- 4 SAMU de la région Ile-de-France
- 5 services généraux :
 - Agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS)
 - Achats centraux hôteliers et alimentaires (ACHA)
 - Service central des blanchisseries (SCB)
 - Sécurité, maintenance et services, (SMS)
 - Service central des ambulances (SCA)
- 90 000 personnes - 23 000 lits - 1 400 places de jour



les reseaux

Ha lanciato un progetto di RESEAUX

Articolato per tipologie

- **Les Réseaux d'établissements**
- **Les Réseaux ville-hôpital monothématiques**
- **Les Réseaux de santé de proximité**
- **Les Réseaux de soins**

Che cerca di recuperare l'integrazione assistenziale sia fra strutture che fra professionisti e la capacità di seguire il percorso dei pazienti e della cronicità



Modelli europei – Gran Bretagna

lo sviluppo dei TRUST, in una logica di competitività si è sviluppato di recente con l'incentivazione alla creazione di TRUST in RETE, sia per gruppi di ospedali (esempio del KENT) sia collegati ai Trust territoriali dei MP che gestiscono anche servizi ambulatoriali sul territorio



GB – forte empowerment

- **April 2001**- 'Shifting the Balance of Power' è stato avviato per dare più autorità e potere decisionale ai pazienti e ai professionisti.
e nel 2002 sono stati avviati "locally-based Primary Care Trusts" con il controllo dell'80% del budget NHS
e contestualmente, 28 nuove "Strategic Health Authorities" governano a livello regionale il buon andamento del sistema



GB - Information for Health: An Information Strategy for the Modern NHS

- Lifelong Electronic Health Records for every person in the country.
- Online access to patient records and support on best clinical practice, for all NHS clinicians.
- A [National Electronic Library for Health](#) to keep doctors and nurses, and other clinical professionals up to date with the latest clinical research and best practice at the time they need it.
- Integrated care for patients through GPs, hospitals and community services sharing information across the NHS Information Highway.
- Fast and convenient public access to information, advice and care through online information services such as NHS Direct and [NHS Direct Online](#).



Il cambiamento del contesto

tema della cronicità e della polipatologia di una popolazione in progressivo invecchiamento

la crescita della complessità tecnologica della medicina, che richiede un intervento importante di investimenti in innovazione, ma anche sempre più professionalità e complessità operativa e organizzativa (knowhow)



managerialità clinico assistenziale diffusa

multidisciplinarietà e multiprofessionalità delle
equipe clinico assistenziali, che devono operare
in modo integrato

perdita della centralità assoluta del medico e
anche del luogo di cura

necessità di responsabilizzare le professionalità
nel governo clinico assistenziale , cioè nel
perseguire appropriatezza, efficienza e d
efficacia della propria attività in stretta
collaborazione con il management



nuovi paradigmi dell'organizzazione

- la cura e l'assistenza sono dei percorsi e non più degli episodi
- l'integrazione fra i vari servizi è indispensabile
- il tracciato dei nodi dell'assistenza va affrontato e la rete delle connessioni fra questi nodi è la sfida
- il cittadino è soggetto del suo percorso non più circoscrivibile (nel letto, nella struttura, nella specialità)



la rete è integrazione complessiva

Rilevanza della rete territoriale

Rilevanza della rete domiciliare

Rilevanza della rete dei MMG

Queste reti esistono nel nostro sistema

vanno utilizzate e valorizzate



esempi di reti fortemente integrate

118 e sistema di relazione con i PS

Emergenza territoriale

Centrale operativa 118

Rete delle strutture di PS

Dipartimento di emergenza I livello spoke

Dipartimento di emergenza II livello hub



Privilegiare i PERCORSI

La gestione delle attività ospedaliere è sempre più gestione di processi, inerenti la problematica clinica assistenziale e non di ricoveri o di prestazioni singole

Il paziente si collega costantemente con diversi servizi, diversamente distribuiti

Va garantito un suo scorrere nella rete razionale e non limitato.



Valorizzare i FLUSSI

Cambiano le esigenze, cambiano gli strumenti

La relazione e la comunicazione con le altre strutture è sempre più dinamica

Bisogna effettuare attività con tempi rapidi, coerenti con la vitalità complessiva delle strutture nelle quali le varie fasi del processo si svolgono

Bisogna **gestire il flusso** verso e con le degenze e i servizi diagnostici e terapeutici, i tempi di movimentazione vanno programmati puntualmente, le attese vanno minimizzate.

Il **flow chart delle attività** coinvolge una pluralità di servizi



rilevanza della ICT per la rete

va superata la separazione fra sistemi informativi diversi in una logica di standardizzazione dei messaggi e di interoperabilità fra sistemi

in una situazione caratterizzata da strutture separate l'enfasi era posta sull'attività mentre **nella rete** l'attenzione principale è quella relativa al **cittadino** che utilizza i servizi



struttura di degenza condizionata dallo **sviluppo dell'ICT**

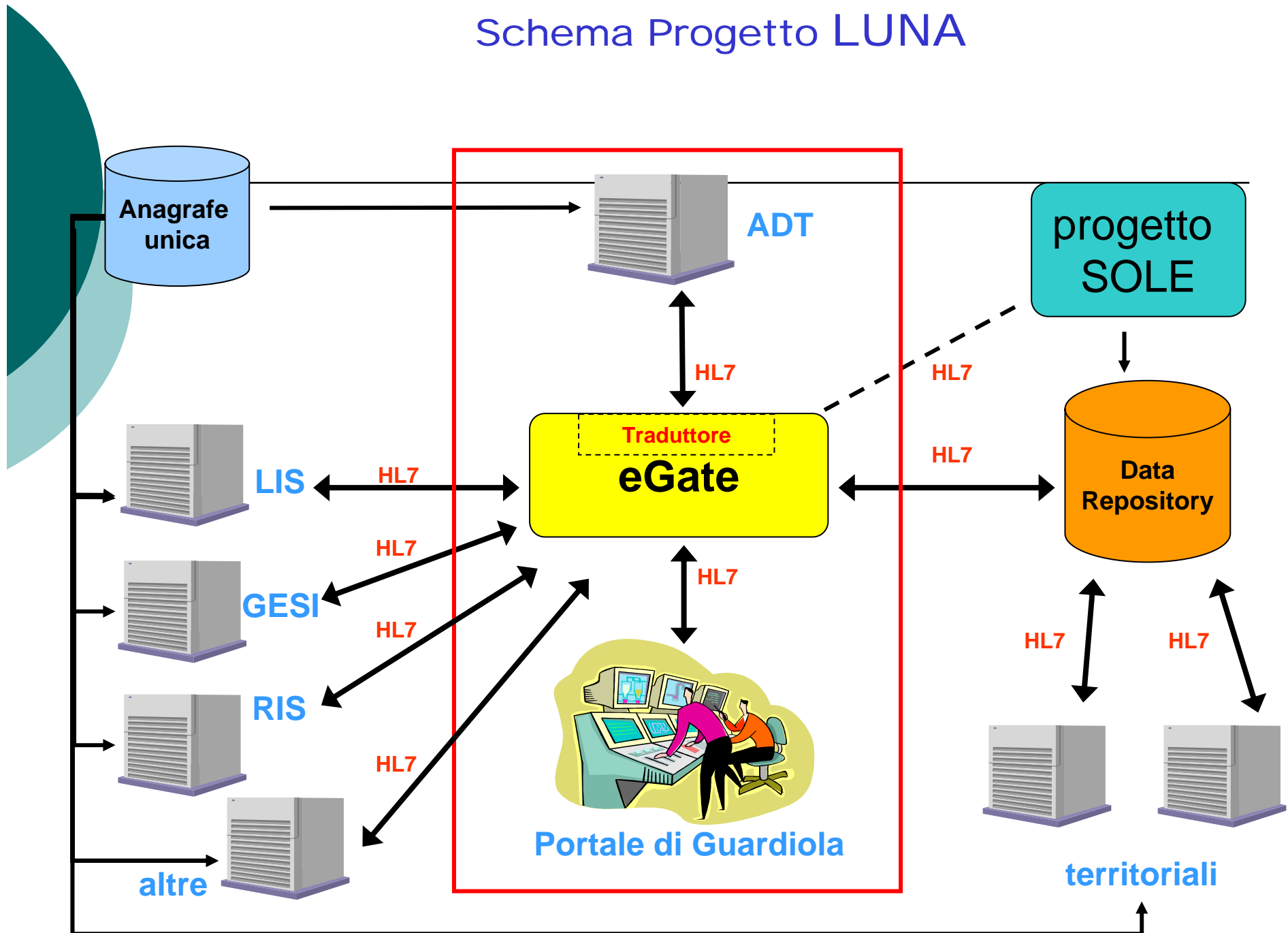
Lo sviluppo informatico e comunicativo è fondamentale nel cambiamento

Da una parte tutte le procedure devono essere informatizzate, ma non BASTA

Devono essere in grado di integrarsi con gli altri flussi informativi, non solo per fini statistici ma anche con finalità di gestione dei processi assistenziali

Il percorso del paziente va totalmente gestito in modo integrato e informatizzato

Schema Progetto LUNA





l'anagrafe

se il cittadino è al centro del sistema non è più pensabile di non privilegiare la conoscenza del cittadino e dei dati che consentano il riconoscimento degli elementi fondamentali che lo caratterizzano mentre i vari dipartimentali (cioè le singole procedure) hanno sempre trattato strumentalmente questi dati e non si sono preoccupati di allinearli



Data Repository

Nel Data Repository sono raccolti tutti i risultati finali (referti e risultati) delle prestazioni effettuate dai vari servizi, ovunque collocati nella rete.

La realizzazione di un contenitore unitario consente

- di attuare un controllo dei dati,
- di correlare i dati al cittadino,
- di mettere a disposizione i dati per i vari utilizzatori
- di mantenere una storia clinica, che prefigura la cartella clinica del cittadino



clinical document architecture

è sempre più necessaria la condivisione di informazioni con diversi soggetti, non solo all'interno dell'organizzazione ospedaliera ma anche con tutti gli interlocutori esterni che partecipano al processo di cura e di assistenza.

Ci si deve proporre la realizzazione graduale del "Fascicolo Sanitario Personale" per tutti i cittadini.

l'Electronic Health Record



I benefici dell'integrazione e della interoperabilità

Attraverso la cooperazione dei vari applicativi si riesce a:

- garantire la continuità assistenziale, attraverso la conoscenza delle attività effettuate dai diversi operatori e delle loro osservazioni e conclusioni
- gestire meglio i passaggi di responsabilità (che spesso avvengono in luoghi e tempi separati e distanti e su procedure diverse), con informazioni automaticamente trasferibili;
- ristabilire la centralità del cittadino, grazie all'integrazione delle informazioni raccolte dai diversi operatori e all'accesso diretto del cittadino ai propri dati;



comunicazione e telemedicina 1

Lo sviluppo del sistema di comunicazione e l'affermarsi delle reti ad alta velocità di trasmissione consentono oggi modalità di relazione altrimenti impensabili.

Possono di fatto portare competenze e servizi a lunghe distanze, in modo diffuso e a costi sostenibili



comunicazione e telemedicina 2

- creare sistemi virtuali di unificazione di attività

con tutto o parte delle attività che restano distribuite ma strettamente correlate fra loro in modo da essere un insieme unico

esempio: laboratorio unico virtuale
reti di telelavoro

- costituire procedure unificate di gestione di percorsi clinico terapeutici distribuiti fra servizi

es: TAO (rete di centri prelievo, MMG, centri specialistici ospedalieri, con unica gestione integrata utenti via WEB)



comunicazione e telemedicina 3

- trasmettere dati clinici e immagini a distanza, con centri esperti e fra professionisti

es: teleradiologia
 telecardiologia
 telepatologia

- prevedere modalità di esecuzione decentrata con controllo centrale dei parametri di qualità e supporto tecnico

esempio: rete dei point of care
 collegata con i laboratori



La RETE è ancora solo MATERIALE o diventa anche VIRTUALE ?

La possibilità di gestire la comunicazione porta verso effetti di smaterializzazione e consente di rendere unitario ciò che è separato

questo sta già creando effetti dove le applicazioni si stanno sviluppando



La rete – non è un modello univoco

diversi e differenziati modi di intenderla, i principali sono tre:

Gerarchica

Linee di responsabilità correlata al livello gestionale

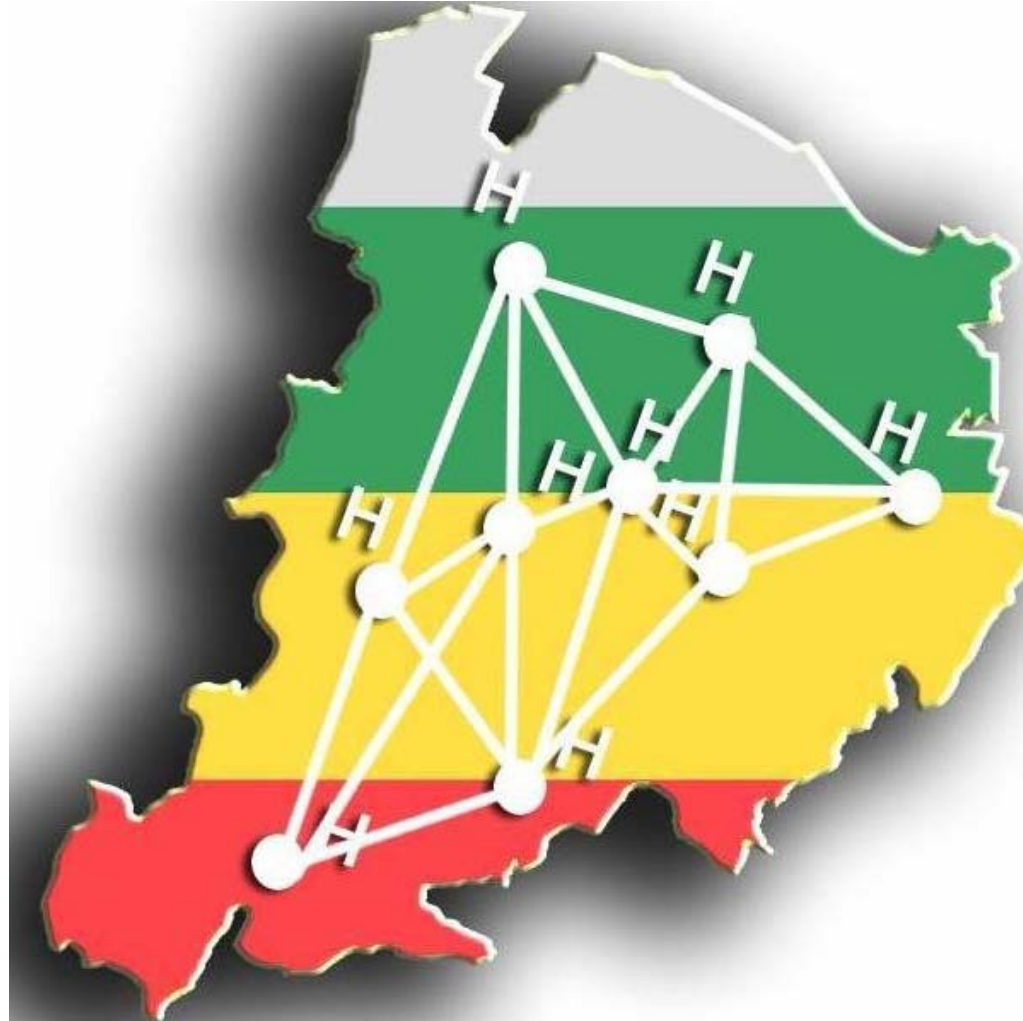
Stellare

Linee di centralità specialistica, unidirezionali e a ritorno limitato

A nodi comunicanti

Linee di integrazione bidirezionali e a pari dignità

la rete integrata di Bologna





L'esperienza di Bologna 1

Unicità istituzionale

La scelta di una AUSL provinciale, aggrega le strutture gestite in un rapporto istituzionale unitario e facilita le relazioni

Dipartimenti trasversali

Le varie aree di attività e le relative discipline sono aggregate su tutto l'ambito territoriale e definiscono una mission unitaria

Responsabilità gestionale al governo clinico

I professionisti assumono un ruolo fondamentale e hanno la responsabilità diretta della gestione appropriata delle risorse.



L'esperienza di Bologna 2

Pari dignità ai nodi della rete

ogni struttura assume un ruolo fondamentale nel sistema e si garantisce la circolarità delle professionalità e delle competenze

Distretti con forte ruolo nella committenza e nella gestione delle attività di livello primario

Definiscono i bisogni e governano la risposta decentrata



Gli interlocutori della rete

Il cittadino, le istituzioni e i professionisti sono interlocutori essenziali

le istituzioni ENTI LOCALI, non possono più essere avere solo un ruolo di difesa del localismo ma devono garantire una assistenza senza confini, nel tutelare che ogni punto del sistema abbia lo stesso livello di accessibilità alle cure e all'assistenza

i cittadini

devono essere garantiti nei processi assistenziali e nei percorsi di cura e ottenere così servizi più coerenti e di livello adeguato

i professionisti (clinici e assistenziali)

sono responsabilizzati nel governo clinico assistenziale e vanno coinvolti sempre più nei processi decisionali organizzativi



Quale dimensionamento di una rete?

Ci riferiamo al concetto di rete di servizi, poichè quelle professionali e specialistiche possono avere dimensione regionale, nazionale e internazionale

È stato verificato che su una dimensione di 1 milione di abitanti, si possono ricondurre il 92% delle attività sanitarie, anche complesse richieste da una determinata popolazione (con la variabile dell'aggregato metropolitano, che aumenta il livello soglia di popolazione)



Quale modello istituzionale di una rete?

se non è obbligatoria l'unificazione istituzionale certamente va affrontato il nodo della interrelazione fra strutture aziendali con mission diverse, come sono attualmente nella gran parte dei casi le aziende territoriali rispetto a quelle ospedaliere

e questo non solo per una rete fra ospedali grandi e piccoli, ma come abbiamo visto, per l'esigenza di costruire e rafforzare la rete ospedale territorio



quali funzioni da garantire nella rete ?

e con quali modelli organizzativi e operativi

il grande ospedale policlinico

alcuni ospedali distribuiti sul territorio

un complesso di strutture per le cure intermedie

la rete territoriale e domiciliare

Con o senza posti letto

(Bedless hospital)-

Con strutture virtuali o strutturali

(laboratorio virtuale - telemedicina)

Ospedale senza letti “Bedless hospital”

Nuove strutture sanitarie capaci di assicurare (senza letti di degenza) una ampia gamma di trattamenti in modo efficiente e orientato ai bisogni del paziente (più simili a servizi territoriali che ospedalieri).



Loyola Outpatient Center - Maywood, Illinois



come progettare nella rete ?

L'esempio recente della gara svolta in Toscana, per realizzare quattro ospedali fra loro collegati e che condividono caratteristiche e servizi evidenzia la necessità di una progettazione sempre più integrata.

la singola struttura ospedaliera non è più leggibile in modo isolato e va pensata nella complessità delle sue relazioni



come progettare nella rete diffusa?

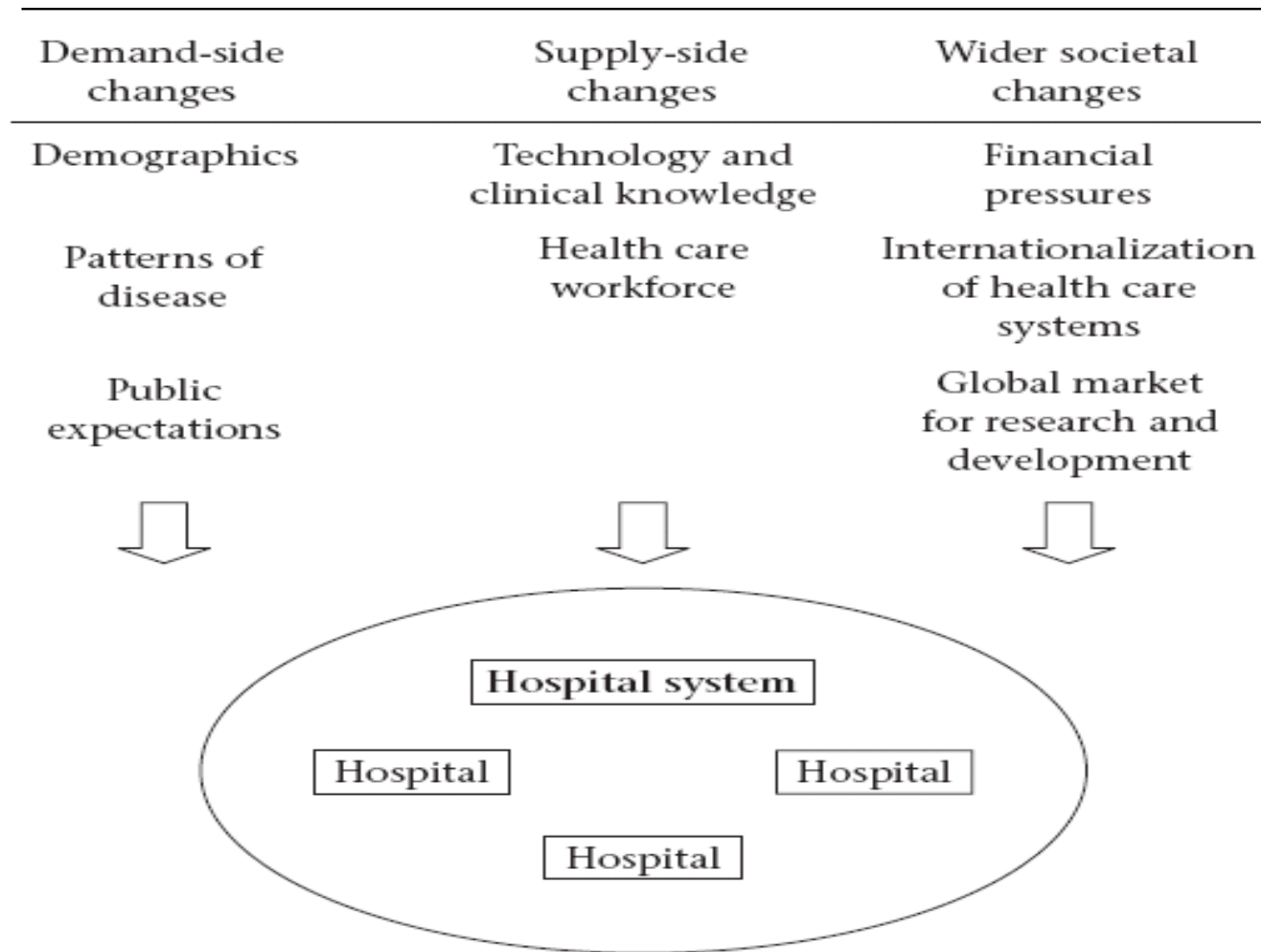
- la rilevanza degli elementi di contesto,
- la responsabilizzazione delle comunità locali in una logica di tutela globale della salute
- il ruolo essenziale della comunicazione e informatizzazione
- la crescita delle professionalità, anche con responsabilità del governo clinico assistenziale



come progettare nella rete diffusa?

- la necessità di garantire un sistema complesso e unitario di assistenza, ricerca e formazione
- la valorizzazione di una rete di servizi territoriali essenziali nella continuità assistenziali
- l'esigenza di garantire una compatibilità fra bisogni crescenti e limiti delle risorse
- la rapidità del cambiamento delle caratteristiche e modalità di realizzazione dei servizi

Determinanti del cambiamento





HOSPITAL in a CHANGING EUROPE - WHO - 2002

- 1° gli ospedali esistono per portare salute alla popolazione, un compito che essi compiono non solo garantendo assistenza sanitaria per dare risposta ai bisogni e alle aspettative dei propri pazienti, ma anche sviluppando formazione e ricerca.
- 2° gli ospedali sono solo uno degli elementi del sistema di tutela della salute. Essi non possono essere considerati in modo isolato rispetto agli altri ospedali o ai servizi che garantiscono salute e assistenza sociale.
- 3° garantire salute e provvedere a cure adeguate e appropriate è una responsabilità suddivisa che coinvolge sia gli ospedali sia tutti i responsabili dell'ampio sistema di tutela della salute.



progettazione a rete diffusa

si richiede una rete diffusa anche nella programmazione e progettazione

quindi:

- valorizzare la fase di metaprogettualità e il confronto con le diverse voci
- disegnare le relazioni e le comunicazioni, per comprendere i nodi
- non separare il fuori e dentro dell'ospedale



la rete diffusa è complessità

si è persa, come nel teatro classico
l'unità
di tempo, di luogo e di azione

Per conquistare un teatro moderno
bisogna affrontare
la complessità e l'incertezza,
dei luoghi, degli spazi e dei tempi



sperando però che
non diventi un

**“ASPETTANDO
GODOT”**

