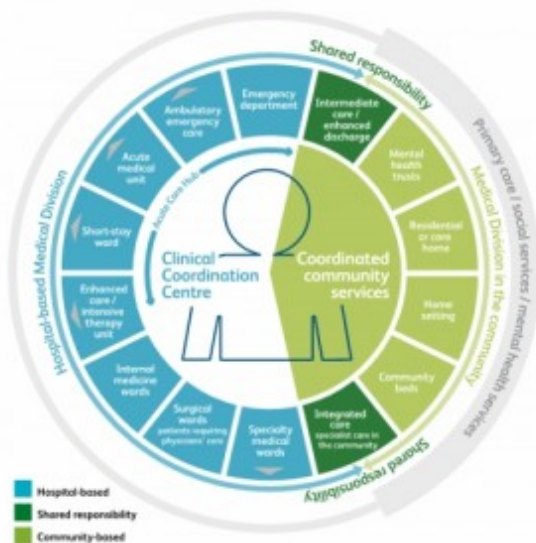


L'ospedale del futuro

2013-10-17 10:10:52 Redazione SI



Marco Geddes

Nell'ospedale del futuro vi sarà un riequilibrio fra attività in urgenza – da incentivare – e le attività programmate. Sarà un ospedale in cui i medici operano nel territorio per una parte del tempo, con un potenziamento delle funzioni e delle competenze internistiche.

Il Royal College of Physicians – la più importante istituzione medica britannica – ha pubblicato, in settembre, un nuovo Rapporto titolato "*Future hospital: Caring for medical patients*"[1]. Si tratta del frutto del lavoro di una Commissione, istituita nel Marzo 2012, presieduta da Sir Michael Rawlins, di cui il rapporto, che qui presentiamo, è solo la prima tappa di una riflessione sulle attività degli ospedali, con l'obiettivo di produrre profondi cambiamenti anche nell'ambito delle politiche sociali e sanitarie nel cui contesto gli ospedali operano.

La promozione di studi su tale problematica e conseguenti rapporti è già stata realizzata in Inghilterra anche in anni precedenti[2]; si tratta di riflessioni che non sempre si riesce ad inquadrare nel contesto delle iniziative di riforma – o di smantellamento – del NHS[3].

Ciò non toglie nulla alla profondità dell'analisi e la rilevanza delle proposte ed evidenzia la capacità della cultura anglosassone di sviluppare ipotesi innovative, articolate, esemplificate da casi studio (il Rapporto ne presenta 23, rinviando in alcuni casi anche a filmati).

Un approccio che arricchisce la cultura non solo degli operatori ma dell'insieme degli stakeholder, e che nel nostro Paese non si riesce ad attuare.

Nel caso specifico si tratta di un documento fortemente innovativo, assai attento nella terminologia – che spesso non ha un preciso specifico

equivalente nella nostra lingua – che intende proporre, nella organizzazione ospedaliera, nuovi concetti e nuove funzioni (e conseguentemente nuove definizioni), come evidenzia anche il Glossario che riporta, fra la ricca terminologia utilizzata, anche i nuovi concetti introdotti da tale elaborazione: Acute care coordinator, Acute care Hub, Chief clinical information officer, Chief resident, Citizen Charter, Clinical Coordinator Centre, Director of community liaison, Director of medical education, Medical Division.

Il Background

Il Rapporto ha un retroterra di riferimento rilevante, che è opportuno evidenziare e che si articola in tre aree:

1. Valutazione delle criticità emerse negli ospedali del NHS da alcune importanti inchieste.
2. Presa di coscienza della epidemiologia ospedaliera attuale e futura.
3. Esplicito richiamo ai fondamentali principi professionali ed etici della attività medica ed ai diritti dei pazienti.

Valutazione criticità degli ospedali inglesi

Il rapporto tiene conto delle criticità evidenziate negli ospedali inglesi, anche a seguito di alcuni casi emblematici e spesso drammatici, fra cui in particolare il Mid Staffordshire NHS Foundation Trust, oggetto di lunghe indagini relazionate anche al Parlamento[4], con standard assistenziali assolutamente inadeguati, nonché delle inchieste effettuate sulla dignità e stato nutrizionale dei pazienti, con particolare riferimento ad anziani e non autosufficienti[5].

Epidemiologia ospedaliera

Il Rapporto fa propria una visione precisa e aggiornata dei profondi cambiamenti nella “epidemiologia ospedaliera”, con i 2/3 dei pazienti ospedalizzati di età superiore ai 65 anni, il 22% delle giornate di degenza utilizzate da persone con età superiore a 85 anni e il 25% dei pazienti ricoverati che hanno una diagnosi di demenza. Da ciò un’attenzione, e conseguenti proposte, per i pazienti anziani (il tema della multimorbidità e della complessità); i pazienti fragili; i pazienti vulnerabili (adolescenti, senza casa, soggetti con disordini comportamentali e difficoltà di apprendimento, soggetti con problemi di salute mentale), con conseguente orientamento all’attenuazione e superamento delle diseguaglianze di salute.

Principi professionali ed etici della attività medica e i diritti dei pazienti

Il Rapporto declina i principi della professione medica, sulla base dei documenti del Royal College of Physicians [6]:

“La medicina è una professione (il termine utilizzato è vocation, che in inglese ha la doppia valenza di professione o vocazione) nella quale le conoscenze mediche, le capacità cliniche e il discernimento sono finalizzate a promuovere e ripristinare la salute. Questo obiettivo si

realizza attraverso un'alleanza fra medico e paziente che si basa sul rispetto reciproco, sulla responsabilità individuale, e un'appropriata capacità di documentare e di rendicontare (il termine qui utilizzato è *accountability*) .

I medici sono impegnati a:

- integrità
- premura (“compassion”)
- altruismo
- miglioramento continuo
- eccellenza
- lavoro in collaborazione con i membri di un'ampia rete di servizi sanitari”.

Il Rapporto fa riferimento inoltre agli standard fondamentali per l'assistenza.

“Il paziente deve:

- essere trattato con gentilezza, considerazione e dignità, rispettando la privacy e la riservatezza
- ricevere attenzione al suo benessere fisico, compreso un adeguato management del dolore
- ricevere un'adeguata alimentazione e nutrizione e un appropriato aiuto alle attività quotidiane
- essere accolto in un ambiente pulito e confortevole
- ricevere un supporto emotivo ed aiuto a ridurre la paura e l'ansietà riguardo alle questioni riguardanti la sua situazione clinica, la prognosi e l'impatto della malattia su di lui, i suoi familiari e la sua situazione economica”.

Caratteristiche fondamentali dell'ospedale futuro

Viene quindi delineato l'ospedale del futuro, un ospedale che il commentatore del *British Medical Journal* ha definito “*without walls*” (“senza mura”)[7], in cui vi è un riequilibrio fra attività in urgenza – da incentivare – e le attività programmate; un ospedale che svolge la propria attività nell'arco della intera settimana, non solo per l'emergenza; un ospedale in cui i medici operano nel territorio per una parte del tempo.

Il messaggio, in qualche misura consueto della centralità del paziente, viene ovviamente riaffermato, tuttavia in modo più articolato e operativo, con indicazioni fortemente innovative. Si tratta di disegnare, e quindi organizzare, l'ospedale sulle *necessità* del paziente. Da ciò la indicazione di servizi che siano:

- **Sicuri, efficaci e premurosi** (*compassionate*), che tengano conto di pazienti con problemi mentali, condizioni croniche, e siano quindi attenti al loro benessere e ai necessari supporti di carattere sociale.
- **Offrano una continuità di attività assistenziale per 24 ore e 7 giorni alla settimana.** Questa indicazione non vale solo per l'emergenza, ma per l'insieme delle attività, quindi anche per le dimissioni e le attività specialistiche, all'interno dell'ospedale e nella comunità.
- **La continuità assistenziale deve essere la norma.**
- **Potenziamento delle relazioni fra medici e altri operatori sanitari e sociali.**
- **Un appropriato equilibrio** fra assistenza specialistica e assistenza coordinata in modo esperto e olistico **intorno ai bisogni del paziente.**
- **Una definizione precisa e realistica delle responsabilità assistenziali** quando il paziente viene trasferito da un set assistenziale ad un altro.

Nell'ospedale del futuro:

1. Devono essere sempre conseguiti i **principali standard assistenziali.**
2. **L'esperienza del paziente** deve essere tenuta in conto al pari della efficacia clinica; l'obiettivo è quello di una assistenza personalizzata (il termine è *tailored*, quindi "cucita" sulle esigenze del paziente).
3. **La responsabilità** su ciascun paziente deve essere chiara ed esplicitata;
4. I pazienti hanno diritto a un effettivo e tempestivo **accesso alle cure**, incluse visite, test, terapie e interventi, dimissioni.
5. I pazienti non sono spostati dal reparto se non per le loro **necessità assistenziali**;
6. Viene messa in atto una **efficace organizzazione** per il trasferimento delle attività assistenziali da un team ad un altro.
7. Una **buona comunicazione** con il paziente e riguardo al paziente è la norma.
8. L'assistenza è organizzata per facilitare **l'autocura e la promozione della salute.**
9. **I servizi sono personalizzati** per venire incontro alle esigenze individuali dei pazienti, inclusi i pazienti fragili.
10. Tutti i pazienti hanno **un piano assistenziale** che tiene conto delle loro necessità cliniche e assistenziali.
11. Lo staff è sostenuto al fine di offrire una **assistenza sicura**, sensibile e ha l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza.

Nuovo modello organizzativo

Il nuovo modello prevede una forte ridefinizione dei ruoli e del rapporto con i servizi territoriali, con un potenziamento delle funzioni e delle competenze internistiche:

Medical Division

L'attribuzione della **responsabilità complessiva di tutti i servizi medici dell'ospedale** **afferisce alla medicina interna** (*Medical Division*), con l'eccezione di pediatria, ostetricia e alcune specialità chirurgiche.

Acute care Hub

La Medical Division coordina il pronto soccorso, la medicina d'urgenza (ricoveri di 48 ore) e la terapia intensiva. Viene potenziata l'attività ambulatoriale per i pazienti acuti.

Clinical Coordinator Centre

Rappresenta un punto unitario di coordinamento clinico e organizzativo, che coordina l'assistenza, con un forte legame con la medicina di comunità e i servizi sociali.

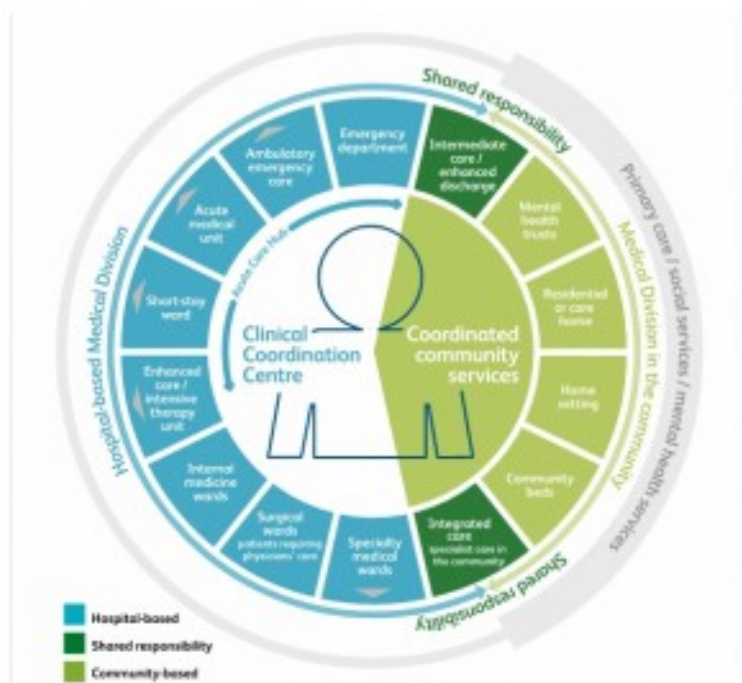


Fig 1. The Medical Division remit: circle of patient-centred care. Directional arrows (in the hospital-based Medical Division) denote areas of the future hospital where patients may be referred on to tertiary specialist care.

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Una sintesi dell'ospedale del futuro

1. I servizi ospedalieri operano non solo per i pazienti ospedalizzati ma nell'insieme della rete sanitaria.
2. I pazienti con patologie acute hanno accesso ai servizi medici su sette giorni la settimana.
3. I servizi sanitari e sociali territoriali sono organizzati per accogliere pazienti dimessi con tempestività e con capacità quindi di operare su sette giorni alla settimana.

4. La continuità assistenziale rappresenta la norma e i pazienti non devono essere trasferiti di letto se non per esigenze cliniche. Nel trasferimento ad altra équipe è prioritario attuare un'adeguata presa in carico attraverso trasferimento di record informatizzati e con il contatto diretto fra gli staff.
5. Un team medico stabile in ogni reparto, focalizzato sulla assistenza complessiva del paziente.
6. L'accesso alla assistenza specialistica è assicurato a tutti i pazienti e deve essere coordinato da un unico professionista chiaramente identificabile.
7. I pazienti hanno diritto a una consulenza specialistica complessiva, in particolare i pazienti anziani con comorbidità.
8. I livelli assistenziali disponibili in ospedale devono tener conto dell'urgenza e della complessità della patologia e il rapporto pazienti/infermieri deve essere dimensionato tenendo conto di tali fattori e delle caratteristiche del paziente (difficoltà cognitive, fragilità).
9. Le competenze e le capacità del team medico devono essere disponibili per tutti i pazienti ospedalizzati, anche in quelli nei reparti chirurgici.
10. L'ospedale deve porre attenzione ad offrire alternative ai ricoveri urgenti attraverso la realizzazione di ambulatori "day case" nell'area dell'emergenza, dove siano disponibili anche consulenze specialistiche. Sono indispensabili focus sulla pianificazione dell'assistenza al fine di ottimizzare le dimissioni.
11. Medici internisti e specialisti dovranno utilizzare una parte del loro tempo lavoro nell'ambito territoriale e (o presso) nell'abitazione del malato, integrandosi con la medicina di comunità e i servizi sociali.
12. Capacità di offrire una assistenza complessiva e integrata "*holistic care*" in particolare ai pazienti vulnerabili.

Qualche riflessione...

Si tratta, senza dubbio, di un importante documento, completo e radicale, come l'ha definito l'editoriale del *BMJ*[8], che sollecita profonde innovazioni. Argomenti quali l'affidamento della responsabilità complessiva all'area medica anche in reparti chirurgici (e quindi ridiscussione di tutta la questione degli organici e delle "guardie"), la diffusione dell'insegnamento (e quindi degli studenti e degli specializzandi) nei reparti non universitari, lo svolgimento di attività all'esterno del "*proprio*" ospedale, sono in Italia tabù, così stratificati fra sindacati e professionisti, che non hanno

neanche il diritto ad emergere nel dibattito, assai asfittico e conformista, del nostro paese.

In altre realtà non solo sono oggetto di confronto (e in alcune situazioni di messa in atto), ma nascono proprio dal mondo medico, come evidenzia questa riflessione sviluppata nell'ambito del Royal College of Physicians.

Se il documento è una prima tappa, come viene dichiarato, le questioni successive sono rappresentate dalla formazione di professionisti idonei a questa nuova realtà (problema in parte accennato) e ad una valutazione delle risorse economiche.

Vi sono tuttavia alcune criticità, a mio modo di vedere, che è opportuno richiamare.

1. La estensione dell'ospedale al territorio comporta una chiara ridefinizione e integrazione con la medicina di comunità e con le funzioni del medico di famiglia (il *General Practitioner* inglese), il quale rivendica la propria funzione primaria proprio nella gestione della cronicità e multimorbidità.
2. Vi è un qualche rischio – detto in termini sintetici – di “ospedalizzazione” della vita della comunità.
3. Un'ipotesi di decentramento di funzioni e attività, di ospedale senza muri ha le sue ragioni e anche il suo fascino. Ronald Coase, l'economista morto il mese scorso (a 103 anni) aveva avuto il Nobel per una serie di studi in cui dimostrava le aziende esistono “*whenever bringing things under one roof cuts the cost of doing business*”. Una affermazione analoga vale anche per gli ospedali[9]; i costi sono crescenti, il personale – basti pensare a formazione e aggiornamento – richiede sempre maggiori risorse, l'utilizzo di attrezzature e forza lavoro deve essere ottimizzato, la concentrazione di professionisti facilita uno scambio di informazioni e di culture. Elementi che vanno bilanciati accuratamente con le ipotesi di un ospedale “senza mura”.

Marco Geddes, medico di sanità pubblica.

Bibliografia

1. Future Hospital Commission. Future hospital: caring for medical patients. A report from the Future Hospital Commission to the Royal College of Physicians. London: Royal College of Physicians, 2013.
2. Geddes M. [L'ospedale del futuro](#). Salute Internazionale, 23.04.2009
3. Maciocco G. [Il Big Bang del NHS](#). Salute Internazionale, 02.04.2013
4. The Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. [Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry](#) [PDF: 875 Kb] London: The Stationery Office, 2013
5. Care quality commission. [Time to listen In NHS hospitals Dignity and nutrition inspection programme 2012](#) [PDF: 1,2 Mb]
6. Royal College of Physicians. *Doctors in society: medical professionalism in a changing world*. Report of a working party. London: RCP, 2005.
7. Hawkes N. Hospitals without walls. *Bmj* 2013;347:f5479 doi: 10.1136/bmj.f5479
8. Newbuold N. What is the future hospitals. *Bmj* 2013;347:f5442 doi:

10.1136/bmj.f5442

9. Delamothe T. Why a hospital? *Bmj* 2013;347:f5548 doi: 10.1136/bmj.f5548