

un nuovo modello di ospedale per acuti

1

- _Lo scenario e il contesto
- _Metodologia di realizzazione e gestione
- _Definizione, ruolo e caratteristiche
- _Ricadute operative e realizzabilità

_Lo scenario e il contesto

Il modello di Ospedale ad alta tecnologia e assistenza proposto va inquadrato nello scenario tecnico-scientifico, demografico, socio-culturale e organizzativo attuale.

È necessario tenere conto delle profonde rivoluzioni in atto nella sanità che conseguono a una straordinaria evoluzione delle tecnologie: dalla diagnostica per immagini, alle tecniche chirurgiche, anestesilogiche e rianimatorie, dalla genetica ai trapianti, ecc.

La medicina inoltre è oggi in grado di curare sempre di più, ma non sempre di guarire; possiamo addirittura sostenere che guarisce, percentualmente, meno: pensiamo a esempio ai dializzati, trapiantati, cardiopatici, diabetici, oncologici, ecc.

Esistono quindi moltitudini di persone che convivono, spesso a lungo e con buona qualità di vita, con la malattia e che hanno bisogno di cure di nuovo tipo.

I progressi ampiamente positivi socio-economici e culturali intervenuti in Italia e nei paesi occidentali hanno reso sempre più consapevole la popolazione dei suoi diritti: la salute è sempre più riconosciuta come diritto primario e si pretendono giustamente prestazioni sanitarie di livello sia tecnico che di qualità globale del trattamento sempre più elevati per mantenere o recuperare la salute.

Occorre quindi un rinnovato sistema integrato per fornire risposte adeguate anche alle aspettative attuali in termini di diagnosi, terapia, riabilitazione, assistenza, anche ai "sopravvissuti" non guariti dalla malattia.

È necessario in quest'ottica riorganizzare il sistema sanitario, rivederne le strutture, in modo che ogni soggetto erogatore previsto si faccia carico di specifiche prestazioni, in un'ottica appunto di sistema e di corretto collegamento e collaborazione con gli altri erogatori.

Questo sistema, per quanto si riferisce a chi fornisce prestazioni, schematicamente si può definire basato su quattro grandi pilastri:

- ✓ i medici di medicina generale
- ✓ i centri diagnostici
- ✓ i centri di riabilitazione, lungo degenza e assistenza socio sanitaria
- ✓ l'Ospedale ad alta tecnologia e alta assistenza

Occorre da un lato concentrare nell'Ospedale le terapie complesse e le alte tecnologie, e dall'altro potenziare le altre strutture per la diagnosi, la prevenzione, i controlli e la cronicità.

Il modello di Ospedale ipotizzato è quindi componente di un sistema di assistenza complesso e integrato che dovrebbe sempre più funzionare in modo armonizzato e sinergico, per configurare un'organizzazione a rete dei servizi. L'Ospedale è nodo primario di questa rete sanitaria, senza la quale non è in grado di funzionare correttamente, poiché sarebbe subissato di richieste improprie e soffocato dall'erogazione di prestazioni a bassa complessità erogabili meglio, con minor disagio dei cittadini

e a minor costo, in altre strutture del sistema, in stretto collegamento sinergico.

Ospedale quindi come nodo importante di una rete (*network*), in un sistema non "ospedalocentrico" ma "cittadinocentrico": bisogna quindi agire su ogni costituente del sistema, nella sua globalità.

È un sistema complesso e difficile, di cui l'ospedale rappresenta un nodo tecnologicamente e organizzativamente fondamentale, ma non per questo il più importante: c'è parità di dignità con le altre strutture e gli altri punti del sistema a rete.

Ricordiamoci che in una catena la forza finale è quella data dall'anello più debole e che bisogna agire quindi su tutti i punti.

Sembra comunque opportuno iniziare dall'Ospedale per acuti ad alta tecnologia e assistenza, che è il nodo più difficile e complesso (pensiamo ad es. alla complessità dei flussi e dei percorsi della struttura, alla molteplicità delle professionalità, spesso di alto livello, alla evoluzione continua e alla difficoltà delle tecnologie applicate e delle apparecchiature utilizzate) e il più costoso dato che assorbe oggi circa il 50% del totale delle risorse destinate al sistema sanitario.



_Metodologia di realizzazione e gestione

Occorre una vera e propria rivoluzione anche nel modo di concepire, progettare, realizzare e gestire l'Ospedale, perché corrisponda alle nuove esigenze e alle nuove idee dei nuovi contesti.

Devono anzitutto essere attentamente definiti, anche in base alle singole specifiche esigenze del contesto territoriale, la *Mission* dell'Ospedale e gli obiettivi di assistenza, ricerca e didattica che ne conseguono.

In termini generali possiamo definire le finalità dell'ospedale: assicurare, in ogni circostanza, la cura più appropriata ad ogni paziente, senza discriminazioni di sesso, razza, nazionalità e condizione sociale, attraverso la pratica clinica integrata, la ricerca e la formazione.

Sia *Mission* che obiettivi, pur riconducibili a uno schema generale, devono necessariamente essere definiti specificamente per ogni singola realtà.

Va poi chiarita la *Vision*, ricordando l'immagine spesso negativa dell'Ospedale nell'immaginario comune: a maggior ragione se dotato di alte tecnologie e con complessità difficilmente comprensibili, l'Ospedale rischia di essere visto come un luogo assolutamente ostile, disumano, con aspettativa di morte e di dolore e paura dell'ignoto.

Il nuovo Ospedale deve essere invece luogo a misura d'uomo, centrato sulla persona e sulle sue esigenze (specie se malata e quindi debole), luogo della speranza, della guarigione, della cura (se non si può guarire), dell'accoglienza e della serenità dell'affidarsi.

La difficoltà sta proprio nel conciliare la complessità e la tecnologia di una "macchina" che può apparire totalmente ostile e impietosa, con aspetti quali la dimensione umana, la fiducia e non la paura, l'accoglienza, la cura, il rasserenamento; in altre parole, "l'umanizzazione".

È necessaria una revisione totale di approccio, un cambiamento di 180 gradi nell'angolo di visuale: tutto deve essere fatto per soddisfare le necessità del singolo cittadino malato e quelle della comunità che lo accoglie, e non per soddisfare tecnicismi o desideri di medici, infermieri, dirigenti, gestori o politici, le cui esigenze vanno ovviamente tenute in conto ma non devono mai prevaricare quelle delle persone che all'Ospedale si rivolgono.

Bisogna cioè pensare all'Ospedale dal punto di vista degli utilizzatori, e non più solo da quello degli addetti ai lavori: questa che sembra una considerazione ovvia, in realtà non ha mai trovato adeguata applicazione e rappresenta, a nostro avviso, una rivoluzione epocale, assolutamente necessaria.

L'Ospedale deve essere trasparente e aperto alle altre componenti mediche e sanitarie del sistema e a tutti i cittadini.

Questo nuovo e rivoluzionario approccio per essere condotto con prospettive di successo richiede che vengano definiti con esattezza e osservati, in tutte le fasi di progettazione, realizzazione e conduzione, i principi guida che devono improntare e

orientare ogni attività, ogni decisione e la “filosofia” dell’ospedale e dei comportamenti dei suoi operatori, partendo dalla chiara *mission* dell’ospedale e dagli obiettivi che si pone. Solo in questo modo sarà possibile non deviare, anche involontariamente, dalle linee di comportamento opportune e da una coerente e univoca direzione e sarà possibile definire consequenzialmente le politiche istituzionali, i principi operativi, le procedure da implementare per ottemperare ai principi informatori.

L’iter della ideazione, progettazione, costruzione e gestione del nuovo ospedale deve seguire un metodo caratterizzato da un approccio logico, consequenziale e integrato che, una volta definiti con chiarezza obiettivi e principi, segua con coerenza tutti i passi del processo necessario per realizzarlo e gestirlo, senza deviazioni.

Fondamentale quindi per i progettisti avere una buona committenza, con chiarezza di idee e di intenti, coerenza nelle decisioni e costanza e determinazione nell’applicarle, senza ripensamenti, tentennamenti e cambi di indirizzo, che sappia, per ricorrere a una metafora, se vuole realizzare una villetta o invece un condominio, e precisi quali sono le caratteristiche del funzionamento gestionale da prevedere, artigianali o industriali, ad alta efficienza e spiccato controllo o invece più orientati agli aspetti di supporto umano e sociale.

Anche la committenza, come la progettazione, deve quindi lavorare creando un gruppo, bene integrato, di competenze multidisciplinari (tecnici sanitari, medici, economisti, infermieri, programmatori, architetti, ingegneri, ecc.) che, condivisi principi e linee guida, li applichi alle diverse fasi di realizzazione e gestione dell’Ospedale.



_Definizione, ruolo e caratteristiche

Ai fini di una immediata percezione degli elementi innovativi di questo nuovo modello di Ospedale – peraltro già largamente dibattuti anche a livello comunitario – si è cercato di definirne ruolo, finalità e caratteristiche, partendo dai dieci principi informatori o principi guida – i “comandamenti” – a cui deve attenersi il nuovo Ospedale, che la commissione ministeriale aveva definito.

Questi principi sono stati sviluppati e perfezionati e se ne è valutato il grado di condivisione e di applicabilità, sia all’interno del *panel* di partecipanti alla ricerca, sia in *consensus conference*.

I concetti e i principi sono risultati ampiamente approvati, chiaramente con valutazioni differenti in rapporto all’applicabilità nelle diverse realtà locali.

È anche stato fatto un tentativo di *grading* dell’importanza attribuita ai singoli principi e alle ricadute che ne derivano, che ha dimostrato come, pur con notevoli differenze nella valutazione, sono principalmente l’umanizzazione e l’organizzazione a essere considerate ai primi livelli per importanza. Questi dati e risultati sono consultabili nel CD  all’interno dello spazio riservato al sottoprogetto per la Gestione.

27

_PRINCIPI ISPIRATORI: IL DECALOGO

Partendo dai principi, largamente condivisi, definiti dalla commissione ministeriale, che sono alla base del nostro lavoro, sono stati effettuati approfondimenti e precisazioni e soprattutto sono state individuate e descritte le azioni che ne conseguono sul piano progettuale e su quello dell’operatività quotidiana.

I principi informatori sono tra loro strettamente interrelati e la loro individuazione, la loro enucleazione, il loro numero e l’ordine di esposizione (non gerarchico) hanno un valore puramente didascalico.

Sono stati riassunti in un decalogo:

- | | |
|--------------------------|---|
| 1. UMANIZZAZIONE | Centralità della persona |
| 2. URBANITÀ | Integrazione con il territorio e la città |
| 3. SOCIALITÀ | Appartenenza e solidarietà |
| 4. ORGANIZZAZIONE | Efficacia, efficienza e benessere percepito |
| 5. INTERATTIVITÀ | Completezza e continuità assistenziale |
| 6. APPROPRIATEZZA | Correttezza delle cure e dell’uso delle risorse |
| 7. AFFIDABILITÀ | Sicurezza e tranquillità |
| 8. INNOVAZIONE | Rinnovamento diagnostico, terapeutico, tecnologico, informatico |
| 9. RICERCA | Impulso all’approfondimento intellettuale e clinico-scientifico |
| 10. FORMAZIONE | Aggiornamento professionale e culturale |

Ogni principio informatore si esplicita con differenti modalità e si può esprimere in varie e molteplici azioni: alcune sono note, almeno in parte (anche se spesso non ben focalizzate, introiettate e fatte proprie).

Si è quindi cercato di illustrare sinteticamente ogni principio specificando per ciascuno:

- ✓ definizione
- ✓ significato
- ✓ azioni
- ✓ eventuali esempi di realizzazione pratica.

1. umanizzazione

CENTRALITÀ DELLA PERSONA

Tutto deve ruotare intorno alla persona e alle sue necessità.

Il paziente è la "stella polare" che dà la direzione, la rotta e il senso da seguire. È un capovolgimento completo, una novità considerevole nell'approccio: finora gli ospedali sono stati progettati e hanno funzionato

in base alle esigenze degli operatori:

medici in primo luogo, ma anche infermieri, tecnici, gestori, burocrati, economisti, spesso con modesto senso del servizio e del dovere e alto senso del proprio ruolo e dei propri diritti.

L'Ospedale orientato al paziente definisce "processi" diagnostici e terapeutici centrati sulla soluzione dei problemi di salute e capaci di soddisfare i bisogni quotidiani e i diritti fondamentali del paziente: essere informato e guidato, trovarsi in un ambiente a misura d'uomo, sicuro, confortevole, in cui sia garantita la privacy, non dover vivere in eccessiva promiscuità con altri, ricevere i parenti senza vincoli ingiustificati.

Umanizzazione significa, dunque, centralità del paziente, ma anche massima considerazione per gli operatori e il forte stress cui sono sotto-

posti (anche gli operatori sono persone, da tenere in grande conto, ma distinguendo il fine dai mezzi e non confondendo quindi gli obiettivi e le priorità).

_le azioni Un ambiente a misura d'uomo, confortevole e amichevole. Architettura, arredi, finiture, colori, qualità dei materiali, segnaletica, suoni, odori, temperatura, umidità, ventilazione, luminosità, vista, pulizia e igiene: tutto deve comunicare calore e accoglienza (non freddezza tecnica, ostilità e paura).

L'ergonomia, ovvero la corretta interrelazione tra uomo, macchina e ambiente, sarà uno degli elementi caratterizzanti, e comporterà una maggiore facilità e affidabilità nell'uso di macchine e impianti e nelle attività quotidiane, per i cittadini e gli operatori. Vanno garantite privacy, comfort, accoglienza, ascolto, orientamento, trasparenza, comunicazione, informazione.

Va altrettanto garantita la lotta al dolore in tutte le sue forme.

Il concetto corrente di ospedale come luogo di dolore, sofferenza e morte, dovrà essere trasformato in quello di ospedale "aperto", ossia luogo di speranza, di lotta al dolore e sollievo alla sofferenza, di guarigione o cura.

2. urbanità

INTEGRAZIONE COL TERRITORIO E LA CITTÀ

L'ospedale deve avere una valenza positiva per la città e i cittadini. Deve perdere il carattere di recinto chiuso, impermeabile e oscuro, storicamente nato per "proteggere" i sani dai malati.

È una struttura aperta al territorio, capace di fare da catalizzatore e di fecondare le periferie urbane come elemento primario trainante di una nuova organizzazione di attrezzature collettive chiamata a ridisegnare la città.

Le azioni Localizzare correttamente le aree ospedaliere per ottimizzare il potenziale di riqualificazione urbana di un intorno molto ampio.

Solo una localizzazione "progettata" tenendo conto dei piani e dei processi di trasformazione della città e del territorio consente un dialogo corretto tra il nuovo intervento e la città, ed è solo in questa dimensione che il nuovo ospedale può diventare una grande occasione di ridisegno delle aree periferiche urbane e un punto di riferimento fondamentale per il bacino di popolazione che ad esso fa riferimento. La localizzazione deve puntare a rendere massima la fruibilità sia in condizioni ordinarie sia

in caso di emergenza o catastrofe: accessibilità, mezzi di trasporto, viabilità, sicurezza dei percorsi, percorsi alternativi, punti critici (strette, ecc.), sicurezza idrogeologica (esondazioni, frane), sismica (presenza di faglie importanti vicine o di condizioni favorevoli all'amplificazione dello scuotimento sismico) anche per il funzionamento di impianti e apparecchiature.

L'integrazione con la città: il concetto è quello dell'ospedale aperto, che significa non solo struttura trasparente e leggibile ma anche ospedale-città, ovvero sistema complesso pluri-funzionale composto da aree a diverso grado di protezione e accessibilità, comunque a elevato valore ambientale, e usufruibili almeno in parte da tutti i cittadini, non solo dei malati e degli accompagnatori, come, ad esempio, il parco.

Così concepiti, gli ospedali, anche di media grandezza, necessitano di ampi spazi (10-15 ettari) irreperibili nei centri storici: diventano grandi occasioni per riqualificare aree periferiche (ad es. aree industriali o di servizio dismesse, caserme, ...).

Si dovranno quindi realizzare tipologie architettoniche non dissonanti ma integrate con l'intorno urbano per altezza, forma e rappresentatività.

3. socialità



APPARTENENZA E SOLIDARIETÀ

Un ospedale autenticamente inserito nella comunità sociale significa recupero del senso di appartenenza, molto forte nel passato, sia per la comunità locale, sia per chi lo sosteneva con lungimirante filantropia.

Integrazione con il contesto socio-culturale quindi come riscoperta del valore dell'interdipendenza e della solidarietà; permeabilità e disponibilità alle attività di intrattenimento, culturali, e alle istanze della società civile espresse dalle associazioni di cittadini e dalle organizzazioni di volontariato.

_le azioni Caratterizzare l'edificio come "ospedale aperto" ossia integrato da attività "perisanitarie": esercizi commerciali, alberghieri e di ristorazione, servizi (poste, banca) e attrezzature collettive (asilo nido).

Prevedere spazi per attività culturali e di intrattenimento (biblioteca, auditorium).

Nell'area di accoglienza saranno organizzati spazi per le associazioni di volontariato e di assistenza sociale.

4. organizzazione



EFFICACIA, EFFICIENZA
E BENESSERE PERCEPITO

L'Ospedale, per soddisfare le legittime attese dei singoli e della collettività, deve ricercare un alto livello di qualità.

Deve dunque perseguire costantemente il metodo della qualità totale, basata su criteri che tendono alla creazione di processi di miglioramento continuo dei servizi offerti.

Favorirà interventi interdisciplinari e interfunzionali che sono i soli in grado di tutelare la salute, facendo convivere, grazie a un'adeguata orga-

nizzazione, la maggiore specializzazione e frammentazione dei processi con una forte polidisciplinarietà e integrazione.

_le azioni La professionalità degli addetti significa efficacia. La corretta gestione significa efficienza. L'accoglienza, la cortesia, il senso di sicurezza e il comfort significano benessere percepito. Dovranno essere superate le suddivisioni per funzioni o competenze e si darà spazio a una organizzazione per "processi" (o percorsi di diagnosi e terapia): il paziente percorrerà un tragitto "orizzontale" attraversando, nel corso del trattamento, una serie a volte molto articolata di unità operative.

L'organizzazione deve attenersi a questo enunciato: il modello tradizionale, per "funzioni", tipicamente verticale e a forte gerarchia all'interno delle singole aree specialistiche, non è adatto a garantire l'interdisciplinarietà e l'integrazione indispensabili.

Il modello dipartimentale, al contrario, è idoneo a superare l'odierna suddivisione delle competenze, contribuendo a rendere esplicite e condivise le finalità di lavoro di persone che afferiscono a discipline e professionalità diverse.

Favorisce l'uso ottimale dei posti letto, del personale e di tutte le risorse.

Promuove la formulazione di linee guida e protocolli diagnostico-terapeutici.

Alcuni esempi organizzativi: concentrazione degli studi medici, delle sale di riunione, segreterie e biblioteche scientifiche in apposite aree. Le aree di degenza non conterranno studi medici (se non quelli direttamente connessi al processo di diagnosi e cura).

Degenze flessibili e intercambiabili, utilizzabili da diverse unità operative per differenti specialità, con differenti livelli di intensità di cure.

Centralizzazione accentuata di servizi di diagnosi e cura.

Contiguità (o almeno vicinanza e facile accessibilità), dei servizi interrelati nei processi di cura.

5. interattività

COMPLETEZZA E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Nella concezione unitaria e globale della rete dei servizi sanitari, la permanenza in ospedale rappresenta solo uno – anche se molto importante – dei momenti del percorso diagnostico e curativo.

In questo percorso le attività di prevenzione, diagnosi, controllo e terapie che non richiedano ricovero devono essere effettuate sul territorio e in diretta vicinanza con le aree residenziali.

L'Ospedale è invece deputato alle terapie in ricovero, oltre che alle attività di alto livello o complessità operativa o tecnologica.

Integrazione e continuità dell'intero processo devono avere la massima attenzione e costituire obiettivo primario anche dell'Ospedale.

Occorre facilitare al massimo il dialogo col territorio, in particolare coi medici di medicina generale, e lo scambio di competenze e informazioni fra tutti gli attori del sistema, in particolare con le strutture per i cronici, per la riabilitazione e con quelle socio-assistenziali.

Le azioni L'apertura completa dell'Ospedale alle strutture territoriali e ai medici di famiglia comporterà una stretta collaborazione prima, durante e dopo il ricovero, con condivisione delle informazioni, in forma integrata.

L'interconnessione col territorio sarà indispensabile in un sistema basato sulla centralità della persona che eviti disagi, disorientamento, duplicazioni di prestazioni.

Si dovrà prevedere il potenziamento dei sistemi informatici, in particolare di Internet e di Intranet, favorendo la possibilità di prenotazioni dal territorio (medici, farmacie) e di trasmissione telematica di esami, dati, risultati.

Sarà favorita una facile leggibilità e l'accesso agli ospedali per i medici, con luoghi e tempi per incontri tra operatori dell'ospedale e del territorio e pratiche interconcordate

di telemedicina, nonché l'attivazione di videoconferenze o collegamenti video via internet su sistemi organizzati preventivamente (consultazioni con webcam).

6. appropriatezza

CORRETTEZZA DELLE CURE E DELL'USO DELLE RISORSE

Le prestazioni devono corrispondere alle reali necessità del paziente: è necessario non omettere alcuna delle prestazioni opportune, né effettuarne di inutili.

È indispensabile la presenza nell'ospedale del ventaglio di specialità necessarie, delle disponibilità tecnologiche e dei sistemi informativi per favorire la massima tempestività di intervento.

Va evitato l'utilizzo di strutture di livello più impegnativo rispetto al necessario o, al contrario, non si dovrà intervenire con prestazioni inadeguate in casi che richiedano livelli di cura maggiori.

Il livello di assistenza nelle degenze per acuti può e deve essere differenziato in base alla complessità delle cure necessarie e al grado di dipendenza.

L'utilizzo dei ricoveri va riservato a pazienti acuti, non autosufficienti per motivi legati alla patologia o alle procedure interventistiche da attuare.

Va incentivato l'uso, ove possibile, del day hospital e dell'ambulatorio, ovvero della struttura più "leggera" adeguata alla specifica situazione.

Le azioni Si dovrà ottenere il corretto dimensionamento dell'Ospedale nel suo insieme e nei rapporti tra i differenti servizi.

Il posto letto non sarà più il principale parametro di riferimento per il dimensionamento, bensì il numero delle prestazioni erogabili, e cioè la

capacità di prestazioni diagnostiche e terapeutiche del sistema (casi trattati).

Si dovrà perseguire l'abbassamento della degenza media tramite un uso corretto delle risorse e una migliore organizzazione.

Saranno utilizzate diverse tipologie di degenza in relazione all'intensità delle cure e alla tipologia di assistenza richiesta: a) terapie intensive (intensive care); b) alto grado di assistenza (high care); c) basso grado di assistenza (low care); d) degenze solo diurne (day hospital; day surgery). È prevista l'ospitalità in albergo per pazienti autosufficienti che, per motivi logistici o di opportunità, pur non bisognosi di ricovero, debbano soggiornare in vicinanza dell'ospedale per eventuale intervento d'urgenza o per controlli e prestazioni ripetuti.

Con un utilizzo appropriato, un ospedale di dimensioni contenute può servire una grande area geografica, senza bisogno di un altissimo numero di posti letto.

7. affidabilità



SICUREZZA E TRANQUILLITÀ

Immagine e percezione di una reale affidabilità significano fiducia verso l'ospedale e le sue attività da parte di chi a lui ricorre.

L'affidabilità implica una reale capacità diagnostico-terapeutica.

Comporta inoltre sicurezza ambientale, tecnico-costruttiva, impiantistica, delle apparecchiature medicali, igienica con riferimento ad aria, acqua, cibo, strumenti, arredi, ecc.

A tutto questo si aggiunge il rispetto della privacy e l'abbattimento dei rumori.

_le azioni Per conservare un'immagine di affidabilità saranno necessari preparazione, aggiornamento continuo e impegno di tutti gli operatori, oltre che:

- capacità reali di collaborazione interdisciplinare;
- disponibilità delle competenze, delle tecnologie e delle apparecchiature necessarie;
- uso di linee guida e protocolli e percorsi di cura basati su prove di efficacia (EBM);
- sistemi per ridurre i rischi idrogeologici, sismici, incendio, infettivo, elettrico, etc.;
- impianti e apparecchiature costantemente mantenuti e a norme;
- organizzazione e rispetto dei flussi e dei percorsi (malati, visitatori, medici, materiali etc) con protezione da indebite intrusioni;
- facilità di manutenzione, pulizia e sanificazione di ambienti e materiali (con uso di macchine e tecnologie aggiornate).

8. innovazione



RINNOVAMENTO DIAGNOSTICO, TERAPEUTICO, TECNOLOGICO, INFORMATICO

L'Ospedale muta rapidamente. È necessaria una buona flessibilità strutturale e organizzativa.

Bisogna poter recepire facilmente e tempestivamente le innovazioni e i cambiamenti tecnologici e organizzativi, e anche formali.

La struttura deve essere il più possibile preveggenza, neutrale e flessibile con facilità di adattarsi alle nuove funzioni necessarie.

_le azioni La struttura organizzativa e formale dovrà consentire modificazioni e crescita senza compromettere l'intrinseca coerenza; ugualmente dovrà possedere una elevata potenzialità di variazioni interne ed espansioni esterne, in grado di non ledere gli aspetti strutturali e formali.

Dovrà prevedere sistemi costruttivi che consentano il montaggio, lo smontaggio, lo spostamento, l'aggiunta degli elementi attraverso lavorazioni a secco, non polverose, non rumorose, ecc., nonché l'espandibilità e l'adeguabilità semplice degli impianti idromeccanici, elettrici di si-

curezza, ecc.

Dovrà prevedere aree "polmone" per le probabili espansioni, specie nei settori ad alta potenzialità innovativa (es.: diagnostica per immagini).

Altri elementi indispensabili saranno la modularità e l'interscambiabilità di ambienti, arredi e apparecchiature.

Saranno necessari diversi livelli di flessibilità: interna edilizia (sistemi costruttivi, maglia strutturale modulare); interna funzionale (ritagliabilità per aree funzionali); interna planimetrica (aree polmone libere, semifinite, collocate in punti strategici per espansioni settoriali); esterna planimetrica (possibili espansioni da realizzarsi in aree predisposte, già preconfigurate ad hoc).

9. ricerca



IMPULSO ALL'APPROFONDIMENTO
INTELLETTUALE E CLINICO-SCIENTIFICO

L'Ospedale deve essere luogo di ricerca clinico-scientifica e intellettuale.

L'attività di ricerca costituisce un formidabile moltiplicatore delle capacità assistenziali, stimolando la curiosità del sapere, il rinnovamento e l'adeguamento continuo delle conoscenze.

L'Ospedale possiede un grande patrimonio di dati sulle malattie e la salute che costituisce una grande risorsa per la ricerca e i progressi nelle conoscenze scientifiche.

_le azioni L'Ospedale dovrà permettere e favorire lo sviluppo di un'attività di ricerca prevalentemente clinica ed epidemiologica continua, integrata e in collegamento e collaborazione con strutture esterne.

Dovrà inoltre predisporre luoghi e strumenti per la ricerca, e in particolare un sistema informatico in grado di supportarla, che consenta quindi attività integrata clinica, di ricerca e amministrativa.

10. formazione



AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE E CULTURALE

L'aggiornamento continuo di medici, infermieri, tecnici e di tutti gli operatori è presupposto indispensabile per l'adeguamento all'evoluzione tecnologica e professionale della medicina.

L'Ospedale deve essere anche luogo di educazione sanitaria e occasione di cultura per i cittadini.

La creazione di una nuova figura di infermiere professionale che consenta l'esercizio di una funzione intermedia tra quella attualmente svolta e quella del medico è un obiettivo primario del sistema assistenziale.

_le azioni Si dovrà dare una rilevanza sempre maggiore alle aree destinate specificamente alla formazione, alla didattica, alle riunioni scientifiche, ai convegni.

Aprire queste aree alla città, significherà consentire loro di svolgere una funzione di "ponte" tra interno ed esterno.

Sarà infine necessario favorire lo sviluppo di nuove professionalità anche con l'applicazione pratica e la valutazione sul campo dei concetti teorici.

MISSION E OBIETTIVI

In base ai principi illustrati l'Ospedale dovrà avere come *mission* quella di assicurare, in qualsiasi circostanza, la cura più appropriata a ogni paziente, senza discriminazioni di sesso, razza, nazionalità e condizione sociale, attraverso la pratica clinica integrata, la ricerca e la formazione.

Dovrà provvedere alla assistenza e al trattamento della fase acuta della malattia attraverso interventi diagnostici, terapeutici e riabilitativi, tecnologicamente aggiornati, in regime di ricovero di emergenza e urgenza, ordinario, diurno, ambulatoriale e domiciliare.

L'Ospedale sarà anche luogo di sviluppo di cultura sanitaria, di ricerca intellettuale e di aggiornamento professionale per i medici interni, per quelli esterni, per il personale infermieristico e per la collettività. L'alta professionalità degli operatori è, infatti, il capitale più prezioso di cui dispone l'Ospedale per assolvere la propria *mission*.

CONNOTAZIONE

L'Ospedale deputato all'assistenza terapeutica polispecialistica per acuti di alto o medio livello è quindi nodo primario della rete sanitaria, integrato con la rete dei servizi territoriali di assistenza e cura – prevenzione, assistenza di base e *on line*, diagnostica e terapia specialistica, assistenza farmaceutica, assistenza domiciliare integrata, riabilitazione, lungo degenza, alta specializzazione – che, interagendo, devono assicurare un'adeguata e completa funzione di filtro e di garanzia dell'intero processo diagnostico-terapeutico.

L'Ospedale è componente fondamentale del sistema di assistenza alla popolazione in caso di emergenza prodotta da eventi naturali o antropici. Come tale è opera strategica ai fini della protezione civile.

In condizioni di emergenza deve garantire l'erogazione delle funzioni essenziali, anche se eventualmente con standard ridotti.

L'efficacia della cura, l'umanizzazione dell'assistenza, l'arricchimento intellettuale e professionale del medico e del personale infermieristico e l'efficienza della gestione sono i fattori che devono garantire l'alta qualità delle prestazioni ospedaliere.

L'Ospedale, dunque, come luogo di accumulazione di conoscenza clinico-scientifica, di ricerca intellettuale, di aggiornamento professionale per i medici – interni ed esterni – e per il personale infermieristico e amministrativo.

Così la ricerca e la formazione che questo Ospedale prevede e promuove costituiscono la base propedeutica indispensabile per il raggiungimento e il mantenimento dell'obiettivo primario del modello: l'alta qualità dell'assistenza.

Per raggiungere questo obiettivo è necessario che siano presenti contemporaneamente nell'Ospedale sia tutte le professionalità medico-specialistiche, sanitarie, organizzative e gestionali, sia tutte le tecnologie necessarie o opportune e, non ultima, una cultura organizzativa in grado di utilizzare tutti gli strumenti che le moderne tecnologie, anche informatiche, rendono oggi disponibili.

Per garantire questo a costi accessibili è necessario che la dimensione delle at-

tività dell'Ospedale sia sufficientemente grande per giustificare la disponibilità di così grandi risorse; d'altro canto la dimensione non deve essere troppo grande perché ciò determinerebbe difficoltà talvolta insormontabili per una corretta gestione. È quindi necessario garantire un dimensionamento calibrato dell'Ospedale, che garantisca equilibrio tra disponibilità e buona gestione delle risorse.

La struttura fisica del nuovo Ospedale si caratterizza per l'estrema flessibilità favorita dalla modularità delle soluzioni edilizie e impiantistiche adottate.

Anche il sistema organizzativo dovrà rispondere alla massima flessibilità.

Questo consentirà un approccio funzional-strutturale nel quale le strutture fisiche e organizzative si possano velocemente e facilmente adattare alle esigenze delle attività, e non un approccio (come quelli usuali) nel quale siano le funzioni a doversi con difficoltà adattare a strutture fisse, sclerotiche e difficilmente riconformabili.

In quest'ottica sarà possibile in ogni momento, anche dopo l'avvio operativo, variarne i contenuti di funzioni e attività, per seguire l'evolversi tumultuoso del progresso medico e della tecnologia e conformarsi alla domanda dei singoli cittadini e della collettività.

ORGANIZZAZIONE PER "PROCESSI"

La struttura del nuovo Ospedale supera il concetto del reparto tradizionale: le funzioni specifiche non sono più legate alla peculiarità delle singole discipline specialistiche bensì sono realizzabili in settori di *facility* il più possibile comuni. I processi di diagnosi e cura del singolo malato seguono, così, percorsi integrati – possibilmente predefiniti, organizzati "orizzontalmente" e non gerarchicamente – che intersecano le diverse *facility*.

Pertanto degenze, sale operatorie, laboratori, ambulatori, servizi speciali di diagnosi e cura ecc. saranno il più possibile centralizzati e utilizzabili da molteplici professionalità, fatte salve ovviamente le situazioni per le quali specifiche e inderogabili necessità indichino di riservare una particolare risorsa a una specifica branca specialistica.

PECULIARITÀ DEL MODELLO

Il modello del nuovo Ospedale si caratterizza quindi principalmente per:

- ✓ alta capacità e complessità di prestazioni a fronte di una capienza contenuta dell'area di degenza;
- ✓ alta qualità e graduazione di intensità di assistenza delle degenze;
- ✓ contenimento del tempo medio di ricovero;
- ✓ continuità dell'assistenza;
- ✓ sviluppo delle prestazioni in ambulatorio e diurne (day hospital e day surgery);
- ✓ alta utilizzazione delle attrezzature specialistiche;
- ✓ alta flessibilità strutturale e di utilizzo;
- ✓ dimensione contenuta e compattezza della struttura con ottimizzazione dei percorsi;

- ✓ organizzazione per processi di cura;
- ✓ contiguità dei servizi più utilizzati nell'ambito dei percorsi di diagnosi e cura;
- ✓ ottimizzazione dei flussi;
- ✓ sicurezza e contenimento del rischio;
- ✓ integrazione con la città e il contesto socio-culturale;
- ✓ coordinamento con le altre strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

_Ricadute operative e fattibilità

Anche nella fase di gestione, che segue quella di progettazione, è fondamentale riferirsi sempre ai principi informatori del nuovo modello di Ospedale.

Appare ovvio infatti che non basta progettare e realizzare il modello in base a principi o idee guida, ma che anche nella conduzione routinaria del giorno per giorno questi principi devono trovare applicazione, o tutta la realizzazione verrà vanificata.

È pertanto indispensabile che le politiche (e cioè le *policies*, indirizzi, linee di condotta) dell'istituzione vengano definite e scritte in base ai principi e trovino applicazione nei principi operativi e nelle procedure che ne discendono e che ogni istituzione, autonomamente, in base alle sue realtà e alle sue particolarità, vorrà e dovrà darsi.

È altrettanto indispensabile che le politiche e i principi operativi vengano regolarmente applicati e osservati e che l'operatività dell'istituzione corrisponda costantemente a quanto enunciato, e cioè si faccia ciò che si è deciso e si è scritto, variandolo se necessario senza venir meno ai principi, e riscrivendo quello che realmente si fa.

37

_REALIZZABILITÀ DEL MODELLO

Contestualizzando i principi informatori e applicandoli a uno specifico progetto, applicando le linee guida oltre che per la progettazione anche per la realizzazione e la gestione che ne derivano, è possibile e auspicabile tradurre in pratica i principi individuati e sperimentare le reali possibilità di applicarli concretamente nella operatività, dando così concreta attuazione a prototipi concepiti secondo il nuovo modello di Ospedale polispecialistico per acuti con alto livello di assistenza, organizzato in dipartimenti, nodo primario del sistema sanitario ipotizzato.

Un Ospedale il cui funzionamento avvenga per processi e non secondo funzioni, con elevato grado di interdisciplinarietà, polispecialità e integrazione.

Un Ospedale permeabile: ovvero aperto, non più un "recinto" per proteggere i sani dai malati, bensì un pezzo di città in cui i luoghi della città – la strada, la piazza, i negozi, il parco – penetrino nel cuore dell'edificio connotandone l'aspetto e una buona parte del complesso accolga funzioni pubbliche aperte alla città.

Un Ospedale in cui i principi di contiguità, di modularità, di standardizzazione e di centralizzazione dei servizi trovino pieno soddisfacimento.

Allo stesso modo ci sembra che anche l'amichevolezza e l'accoglienza della struttura, il comfort e il calore umano che devono rendere l'Ospedale luogo amico, siano raggiungibili salvaguardando al contempo le necessità complesse, multiple e peculiari della "macchina" che può permanere efficace ed efficiente nelle sue prestazioni.

È una tipologia di Ospedale che può conciliare la dimensione umana e la buona funzionalità e cercare quindi di rendere possibili simultaneamente ed efficacemente gradevolezza e funzionalità, alta tecnologia e soddisfazione degli operatori, dei singoli cittadini e della collettività.