

Approfondimento – ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA

PARTE 1. I principi generali

Il processo di riordino dell'assistenza socio-sanitaria in Lombardia, nell'affrontare il tema dell'ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA, se davvero intende perseguire una qualificazione e integrazione delle unità di offerta ospedaliera nel nuovo sistema, dovrà a nostro avviso poggiarsi su precisi capisaldi e garantire alcuni principi organizzativi che andranno necessariamente presidiati, qualunque sia il disegno strutturale che verrà scelto.

La prima parola chiave è PROGRAMMAZIONE: non si può affrontare il tema ospedale a livello di sistema regionale senza proporsi di uscire da una stretta logica competitiva tra unità di offerta per ragionare invece su una programmazione “attiva” del sistema di offerta che sia coerente con le analisi dei bisogni della popolazione.

Rispetto ai principi sui quali fondare la programmazione della rete d’offerta ospedaliera, questi sono individuabili in valori quali COMPETENZA, QUALITÀ e APPROPRIATEZZA delle cure, certificate da un SISTEMA DI VALUTAZIONE che sperimenti l'impiego di indicatori espliciti (rischio clinico, sicurezza del paziente, esiti) e di soglie operative minime per trattamento, laddove disponibili e appropriate secondo evidenze scientifiche. Si potranno così ridefinire i LIVELLI DI FUNZIONAMENTO degli ospedali secondo le previsioni e le tipologie normative e di programma (cfr. il Decreto 70/2015, Regolamento sulla definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera), rimodulando, anche in base a collocazione geografica e bacini di popolazione, la distribuzione delle funzioni specialistiche e super-specialistiche.

Un secondo principio chiave, specie in una fase di evoluzione degli assetti e delle appartenenze/afferimenti ad aziende e agenzie in modificazione e con il rischio concreto di frammentare anziché integrare il percorso dell'assistito, dovrà necessariamente essere quello dell'INTEGRAZIONE FUNZIONALE dei professionisti sui percorsi di cura, in una logica di cooperazione trans-aziendale e di concentrazione secondo il modello Hub&Spoke delle sedi di erogazione delle prestazioni.

L'organizzazione ospedaliera dovrà anche tener conto, come dato consolidato, dell'orientamento del sistema verso le cure primarie e intermedie e verso la gestione proattiva delle patologie croniche, facilitando i collegamenti con il TERRITORIO e sfruttando le potenzialità derivanti dalle nuove tecnologie informatiche. Anche il PRONTO SOCCORSO dovrà essere ripensato nel suo attuale ruolo di porta d'ingresso privilegiata per un accesso facile a più servizi contemporanei: compete tuttavia *in primis* al territorio proporre un'alternativa altrettanto efficace e più appropriata per ricondurre ad altra sede d'erogazione codici bianchi e verdi.

Sarà così possibile ridurre i tassi di ospedalizzazione, completando il percorso di deospedalizzazione di una serie di patologie gestibili *ab-initio* dal territorio e contenendo le riacutizzazioni di patologie croniche richiedenti ricovero ospedaliero, mediante il potenziamento dei servizi di dimissione protetta e la progressiva riconversione delle degenze in attività

Programmazione

**Integrazione funzionale
dei professionisti**

**Il collegamento con il
territorio e il ruolo
del Pronto Soccorso**

**La riduzione dei tassi
di ospedalizzazione**

ambulatoriali, di day service e di osservazione temporanea, in grado di offrire la gamma di interventi diagnostico-terapeutici più comuni e di fare da tramite tra la dimensione ospedaliera e quella più propriamente territoriale, oltreché tra la dimensione generalista e quella iperspecialistica propria dei centri di alto livello.

L'organizzazione per livelli omogenei di INTENSITÀ ASSISTENZIALE richiederà, infine, un cambiamento anzitutto culturale, ma anche una nuova organizzazione spaziale dei servizi e dei reparti di degenza, per poter offrire funzioni correlate ai bisogni dei territori di riferimento e alla programmazione. Occorre perseguire una nuova flessibilità nei modelli di erogazione dell'assistenza, che sappia tenere in debito conto i principi dell'integrazione funzionale anche all'interno dell'organizzazione ospedaliera, con una coerente evoluzione dei ruoli del personale medico, infermieristico, tecnico sanitario e della riabilitazione.

L'organizzazione per livelli omogenei di intensità assistenziale

PARTE 2. L'organizzazione ospedaliera nel contesto della riforma del sistema lombardo: gli aspetti critici

Nella nuova anatomia del sistema delineata dal Libro Bianco e dalle proposte attuative di riforma derivate, l'organizzazione ospedaliera pubblica sarà costituita:

La nuova anatomia del sistema ospedaliero

- da aziende ospedaliere, tendenzialmente composte da presidi ospedalieri di II livello;
- da presidi ospedalieri di I e II livello collocati nelle ASST;
- da POT (presidi ospedalieri territoriali), afferenti ai servizi territoriali delle ASST e derivanti dalla trasformazione di piccoli ospedali o di settori di ospedali di I e II livello delle ASST stesse.

Quota parte della rete di offerta sarà, inoltre, convenzionata con strutture universitarie e, accanto alla rete pubblica, sarà mantenuto il sistema di offerta dell'ospedalità privata.

A fronte di questo disegno della rete d'offerta ospedaliera, un elemento critico proposto dal nuovo modello del sistema sociosanitario lombardo è rappresentato dalla moltiplicazione e sovrastrutturazione dei livelli decisionali attraverso i quali assicurare la funzione di programmazione: al di là delle funzioni generali di programmazione e indirizzo in capo a Regione Lombardia, vengono infatti create le ATS, agenzie di tutela della salute, cui è delegata la funzione di attuazione e declinazione a livello della rete di offerta territoriale degli indirizzi programmatori regionali; le ASST, aziende sociosanitarie territoriali, cui compete anche individuare i POT e il loro collegamento funzionale con le UCCP dei medici di medicina generale, afferenti queste ultime a loro volta alle ATS e individuate con atto di programmazione proprio dalla Regione; le aziende ospedaliere che, in realtà quali quelle delle città di Brescia e Bergamo, ad esempio, assicureranno anche molte prestazioni di primo livello e non solo attività superspecialistiche. Non v'è, di contro, alcuna menzione nei documenti di programma di come e se sarà gestita anche una rimodulazione dell'offerta ospedaliera privata.

Il "governo" della programmazione?

Interessante sulla carta, perché va nella direzione di voler tenere conto di indicatori di esito e di evidenze di letteratura, ma ancora tutto da definire nel concreto è poi il ruolo dell'Agenzia di controllo del servizio

sociosanitario regionale, organismo tecnico-scientifico indipendente e deputato a garantire la completezza e l'indipendenza (terzietà) dei controlli sugli erogatori.

Non è quindi chiaro, ad esempio, su quali basi e criteri l'ATS gestirà la funzione di negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie dai soggetti accreditati o quale autonomia e quali doveri avranno le ASST nella definizione degli assetti organizzativi interni rispetto ai propri poli territoriale e ospedaliero e all'individuazione di quali ospedali saranno trasformati in POT, o ancora quale sarà il compito delle aziende ospedaliere e dei loro presidi rispetto alla gestione di prestazioni di primo livello in contesti nei quali non esiste un'offerta alternativa pubblica sul territorio.

Assicurare l'integrazione e la partecipazione dei professionisti a percorsi di lavoro comuni trans-aziendali, mantenere e implementare le reti di patologia, e, soprattutto, garantire la centralità del paziente nei percorsi di cura appaiono, in questo disegno, altrettanti obiettivi difficili da perseguire.

Possibili risposte a queste criticità stanno da un lato nel modello organizzativo a rete Hub&Spoke e nelle reti di patologia e dall'altro, sul versante assistenziale, nel modello di organizzazione intraospedaliera per intensità di cura. I temi chiave di questa organizzazione sono rappresentati dalla centralità del paziente e quindi dall'integrazione clinica e di risorse e dal coinvolgimento di tutti gli operatori. Sono richiesti nuovi ruoli sanitari (Case Manager infermieristici e medici, Disability and Case manager, Bed-manager, ecc.) ma appare necessaria una preliminare definizione di ruoli e competenze e un'adeguata formazione prima dell'operatività.

Valorizzazione del medico, dell'infermiere, del fisioterapista, del TSRM, etc., per un approccio multidisciplinare e multiprofessionale, visione olistica del paziente, ottimizzazione delle risorse strutturali, umane, tecnologiche, utilizzo appropriato dei posti letto, massima flessibilità ne rappresentano i punti di forza. Lavorare per la loro introduzione comporterà, tuttavia, un importante lavoro indirizzato a contenere le resistenze culturali e a superare *in primis* le difficoltà legate alla rigidità strutturale e logistica delle strutture ospedaliere.

Il rapporto con i medici di medicina generale e con le strutture del territorio sarà cruciale per assicurare la corretta continuità della presa in carico del paziente. Molto lavoro potrà essere fatto all'interno degli ospedali per riconvertire in ambulatoriale una quota parte dell'attività oggi erogata in regime di ricovero e assicurare la dovuta continuità assistenziale e la presa in carico in particolare di quelle situazioni di cronicità che dovranno continuare ad essere seguite dagli specialisti ospedalieri, ma è tuttavia richiesta una diversa strutturazione e recettività dei servizi del territorio perché si realizzi un effettivo spostamento di parte delle attività dall'ospedale: in caso contrario, quella ospedaliera rimarrà l'unica risposta strutturata per la gestione di diversi percorsi assistenziali, a partire da quello dell'emergenza urgenza e del Pronto Soccorso.

Come garantire la centralità del paziente nei percorsi di cura?

Ospedale e territorio?

