



Tommaso Langiano

L'ospedale del futuro dovrà essere molto più orientato all'esterno per poter essere sostenibile: i medici ed i componenti i team specialistici dovranno impiegare parte del loro tempo lavorando nella comunità, accanto ai medici di famiglia, ai medici del territorio, ai servizi sociali.

In futuro l'ospedale per acuti sarà sostanzialmente diverso rispetto ad oggi: una rilevante quota delle sue attività sarà erogata al di fuori degli spazi ospedalieri; crescerà notevolmente il ruolo dell'ospedale nelle attività di prevenzione e di tutela della salute collettiva.

È questo uno dei principali argomenti trattati nel rapporto recentemente pubblicato dal King's Fund in merito al ruolo che l'ospedale può svolgere per contribuire alla piena integrazione dei servizi sanitari[1].

Il rapporto muove dalla visione già contenuta nel documento NHS Five Year Forward View[2] e la interpreta alla luce del ruolo dell'ospedale nei processi di integrazione dei servizi socio-sanitari.

I nuovi bisogni della popolazione rendono sempre più importante che gli ospedali siano in grado di erogare assistenza di elevata qualità ai pazienti affetti da

condizioni croniche multiple e complesse: per rispondere efficacemente a questi nuovi bisogni, i servizi socio-sanitari devono essere in grado di erogare assistenza e supporto non episodici, al fine di prevenire il deterioramento e l'aggravamento delle condizioni esistenti, e supportare in modo coordinato le molteplici esigenze delle persone. **Attualmente, il sistema socio sanitario non è in grado di fare questo, e si presenta ai pazienti ed alle famiglie in modo frammentato e discontinuo.**

Perché gli ospedali rispondano ai nuovi bisogni sanitari delle popolazioni, è necessario promuovere sia l'integrazione verticale, con i servizi di assistenza di base, i servizi di comunità, i servizi di assistenza sociale, sia l'integrazione orizzontale, attraverso reti che coinvolgano diversi ospedali.

Il rapporto ipotizza tre possibili scenari per il futuro dell'ospedale:

1. Ospedali come isole: la crescita della domanda e delle difficoltà finanziarie può indurre gli ospedali a chiudersi entro una "mentalità da roccaforte".
2. Ospedali inseriti in un sistema integrato di cure: è uno scenario già realizzato in alcune realtà pilota, nelle quali la collaborazione su scala locale consente di erogare assistenza coordinata ai pazienti con i bisogni più rilevanti.
3. Ospedali inseriti in sistemi orientati alla tutela della salute della popolazione: tutte le realtà socio-sanitarie locali collaborano per erogare servizi integrati al paziente e per la tutela della salute della collettività.

Una revisione condotta recentemente da Sir David Dalton^[3] segnala che sta diventando sempre più frequente che due o più ospedali collaborino per erogare insieme alcuni tipi di servizi: queste collaborazioni cresceranno sempre più in futuro, perché consentono di continuare ad erogare determinate prestazioni e, nel contempo, conseguire valide economie di scala.

Oggi, anche nel NHS si ricorre più frequentemente alla soluzione di ridimensionare gli ospedali in difficoltà finanziarie oppure chiuderli, ed invece la soluzione migliore è spesso creare stabili rapporti di collaborazione fra diversi ospedali in modo da renderne sostenibile la sopravvivenza.

Questi rapporti collaborativi possono assumere diverse forme: alcune sono già state sperimentate, come le "Joint ventures", in cui due o più ospedali creano un'entità separata per gestire in modo condiviso servizi clinici o amministrativi, al fine di realizzare economie di scala che ciascun singolo ospedale da solo non potrebbe realizzare. Realtà simili nel Regno Unito già gestiscono servizi di laboratorio, servizi di telemedicina, assistenza

domiciliare.

La condivisione dei professionisti consente in alcune realtà sanitarie inglesi di condividere alcuni servizi clinici ("visiting services").

Su scala nazionale, si sono realizzate delle vere reti cliniche specialistiche: cardiovascolare, trauma, stroke iper-acuto. Un modello descritto teoricamente, ma non ancora sperimentato, per l'integrazione orizzontale fra ospedali, è stato definito "risk-tiered networks": reti ospedaliere articolate per livello di rischio clinico del paziente. Il paziente a basso rischio è trattato nel luogo più idoneo secondo protocolli standardizzati e condivisi. Se necessario, il paziente è prontamente trasferito in una sede più idonea quando il livello di rischio dovesse aggravarsi. Al contrario degli altri modelli qui descritti, quest'ultimo non è stato ancora sperimentato nel NHS: un recente documento sostiene che questo modello offre notevoli opportunità, purché vengano chiaramente definiti i confini del ruolo giocato da ciascuna delle organizzazioni partecipanti alla rete[4].

Quindi, le reti ospedaliere orizzontali sono già una realtà nel Regno Unito e vi è un ampio consenso a favore dell'ipotesi che in futuro queste reti si svilupperanno ulteriormente, poiché garantiscono il migliore equilibrio fra mantenimento dei servizi e sostenibilità economica ed inoltre favoriscono l'integrazione fra i servizi ed il superamento degli effetti negativi della competizione.

Un caso molto interessante di rete ospedaliera innovativa è in corso di sviluppo da parte di Northumbria Healthcare NHS Foundation Trust, in cui saranno separati i servizi di emergenza dai servizi elettivi. Il cuore dell'emergenza sarà l'ospedale di Cramlington, che sarà il primo ospedale inglese esclusivamente dedicato all'assistenza di emergenza e servirà una popolazione di 500.000 persone. I servizi elettivi saranno erogati in tre ospedali già esistenti nella stessa zona: gli spazi lasciati liberi dallo spostamento delle attività di emergenza saranno utilizzati in questi ospedali per creare nuovi servizi: medicina di base, assistenza socio sanitaria, servizi di comunità, che si affiancheranno ai servizi già esistenti (chirurgia programmata, servizi specialistici, riabilitazione). Questo modello è denominato "health campus".

Tutte le soluzioni, già in corso di realizzazione, oppure ancora ipotizzate, per l'integrazione dei servizi richiedono un certo grado di flessibilità nell'impiego delle risorse professionali: le due opzioni che si confrontano nel Regno Unito sono: facilitare e incrementare il ricorso a organizzazioni esterne al NHS per erogare servizi condivisi da più ospedali, oppure consentire ed incoraggiare lo scambio di professionisti fra organizzazioni sanitarie confinanti.

L'integrazione per essere efficace deve essere realizzata non soltanto fra gli ospedali, ma soprattutto fra gli ospedali e la medicina di base: questa indispensabile collaborazione viene facilitata se è condivisa la visione di assistenza integrata, se si definisce un modello di "governance" che identifichi chiaramente quale organizzazione è responsabile di ciascuna fase nella erogazione delle cure, se si adottano delle misure per valutare i risultati e la performance del sistema socio-sanitario locale.

Quindi, l'ospedale del futuro dovrà essere molto più orientato all'esterno per poter essere sostenibile: i medici ed i componenti i team specialistici dovranno impiegare parte del loro tempo lavorando nella comunità, accanto ai medici di famiglia, ai medici del territorio, ai servizi sociali.

Il merito principale del rapporto del King's Fund è far derivare le sue ipotesi ed affermazioni dalla descrizione e dall'analisi di alcune realtà ospedaliere inglesi.

Per questo, è convincente quando afferma che è errato sostenere che l'integrazione delle cure sia intrinsecamente contraria agli interessi specifici delle strutture ospedaliere e dei professionisti che in esse operano: l'integrazione delle cure può e deve coinvolgere gli ospedali come parte fondamentale del sistema coordinato di assistenza.

Tommaso Langiano, già Direttore Generale dell'Ospedale Pediatrico Meyer, Firenze

Bibliografia

1. Naylor C, Alderwick H, Honeyman M. Acute hospitals and integrated care. From hospitals to health systems. [The King's Fund](#), March 2015.
2. [The NHS Five Year Forward View](#)
3. [Examining new options and opportunities for providers of NHS care: the Dalton Review](#), Department of Health, 2014.
4. [Monitor: Exploring international acute care models](#), 2014.