

# Commento

a cura di Anna Prenestini\*

L'ospedale rappresenta un luogo fisico ben riconoscibile dalla collettività all'interno del quale sono garantite tutte le attività cliniche e assistenziali necessarie per la diagnosi, la cura e, sovente, anche la riabilitazione dei bisogni sanitari acuti della popolazione. Questa tipologia di setting ha, da sempre, favorito la concentrazione dei saperi dei professionisti sanitari e, quindi, lo sviluppo continuo e la trasmissione pratica delle conoscenze e delle tecniche mediche e assistenziali. Anche per tali motivazioni, la maggior parte dei sistemi sanitari occidentali ha avuto una forte vocazione ospedale-centrica, a volte trascurando gli investimenti sulla medicina territoriale e di comunità, oltre che sulle cure primarie. Questo divario si sta colmando negli anni recenti grazie alle politiche sanitarie volte a migliorare la gestione delle attività sanitarie sul territorio (di cui al DM n. 77/2022) e, con un forte impulso dalla situazione creata dalla pandemia da Covid-19, attraverso gli ingenti investimenti del PNRR.

In questo contesto, e in funzione delle evoluzioni tecniche e tecnologiche del settore sanitario che consentono di effettuare diagnosi e trattare pazienti anche fuori dall'ospedale, questi luoghi di cura potrebbero apparire nel tempo sempre meno rilevanti fin quasi a sembrare vestigia del passato.

Il position paper FIASO sull'ospedale del futuro ha il primo grande merito di rimettere al centro dell'attenzione politica e manageriale l'importanza dell'ospedale in quanto cuore pulsante dei sistemi sanitari. Il ruolo rinnovato dell'ospedale proposto da FIASO non va a incidere sulla mission che questo setting ha sempre avuto e che manterrà nel futuro – ossia cura e tutela della salute, educazione sanitaria, sviluppo dei servizi sanitari grazie anche all'innovazione delle conoscenze, tecnica e tecnologica – ma richiede un approccio orientato in modo sostanziale alla flessibilità, a un'architettura sostenibile dal punto di vista della Triple Bottom Line (TBL) sociale, ambientale ed economica, e a una maggiore "apertura" verso l'esterno.

Alcune delle soluzioni strutturali e organizzative proposte nel position paper non sono differenti dai principi proposti negli scorsi anni per l'ospedale del futuro (*Monitor*, 2003; *Lega et al.*, 2010), ma le logiche vengono aggiornate e ampliate con nuove proposte di progettazione. Vi sono due grandi tematiche trasversali a tutte le proposte FIASO che rappresentano i presupposti su cui l'ospedale del futuro deve poggiare: 1) rinnovati principi di riferimento per l'architettura dell'ospedale, compresa la flessibilità e la modularità nella progettazione e nell'installazione di impianti e di tecnologie ospedaliere; 2) gestione operativa e separazione dei flussi.

Larga parte delle proposte FIASO si focalizza sull'architettura e le caratteristiche strutturali dell'ospedale del futuro, da un lato prevedendo la valorizzazione del patrimonio esistente (proposta 1), con il necessario adeguamento alle indicazioni della normativa (per esempio, protezione antisismica e antincendio) e il rinnovamento degli impianti; dall'altro, definendo i principi per la progettazione di ospedali nuovi o che richiedano una radicale ristrutturazione (proposte 3, 4, 5 e 7). La proposta 3 approfondisce la necessità di costruire degli edifici che siano orientati alle pratiche di *green ed healthy (promoting) building*, con l'obiettivo non solo di migliorare la sostenibilità della struttura dal punto di vista dei materiali e dei consumi energetici e di acqua, ma anche di accompagnare il paziente lungo un percorso di diagnosi e cura garantendo livelli elevati di comfort. La proposta 4 arriva a sublimare questa visione con l'idea di *healing archi-*

\* Anna Prenestini, Professoressa Associata, Dipartimento di Economia, Management e Metodi Quantitativi, Università degli Studi di Milano.

*ecture* (l'architettura che mira a curare), luogo in cui il paziente – così come i propri accompagnatori e lo stesso staff dell'ospedale – può rinvenire nella bellezza, nel verde e nella natura, una percezione di sensibile miglioramento delle proprie condizioni psicofisiche, quasi a rendere l'ospedale finalmente parte a pieno titolo dell'approccio *one health*. L'insieme dei principi proposti nella sezione 5 chiariscono l'importanza di ospedali che abbattano qualsiasi barriera architettonica e garantiscano l'inclusione delle persone che si riferiscono all'ospedale, come pazienti, familiari o, anche, visitatori. Infine, per ciò che concerne questo primo macrotema, la proposta 7 si focalizza sugli aspetti relativi alla flessibilità e alla modularità dell'ospedale, necessarie da un lato per garantire che i principi architettonici abbiano piena attuazione e possano trasformarsi nel tempo secondo le nuove esigenze, dall'altro per contenere le tecnologie e gli impianti che devono essere installati sulla base delle esigenze delle specifiche unità produttive che li utilizzeranno (fin quando non vi sarà un cambiamento di destinazione, possibile grazie alla modularità e flessibilità dell'ospedale), quindi monitorati, mantenuti o reinstallati con rapidità e facilità. L'espandibilità e la riconversione di spazi e di impianti risulta fondamentale, anche a seguito dell'esperienza maturata con la gestione del Covid-19.

Il secondo macrotema (con proposte riportate al punto 2 e al punto 6) è relativo a tutto ciò che concerne l'asset management in termini di gestione delle risorse produttive dell'ospedale – comprendendo la gestione operativa, la logistica dei beni e dei flussi dei pazienti in ospedale (*operations management* e *patient flow logistics*) – che comunque si riflettono fortemente sul layout e sull'organizzazione degli spazi fisici sia interni sia esterni all'ospedale. Su questo tema vi è una consistente letteratura di riferimento di carattere manageriale, che ha individuato framework di riferimento e promosso applicazioni a casi specifici nelle aziende sanitarie (Villa *et al.*, 2014; Marsilio *et al.*, 2022). Tali logiche e strumenti devono essere sempre più diffusi negli ospedali italiani per assicurare che tutti i pazienti (e i loro accompagnatori) possano fruire di percorsi adeguati, efficienti, fluidi e che garantiscano un'esperienza di permanenza in ospedale, sia essa di ricovero o di semplice accesso, quanto più possibile positiva. La proposta di strutturare poli specialistici come quello ambulatoriale, materno-infantile e oncologico, così come l'emergenza-urgenza, viene accompagnata dalla necessità di strutturare percorsi e accessi indipendenti e richiede altrettanta cura nella definizione delle modalità di gestione dei flussi dei pazienti. La sezione 6 sottolinea l'importanza dell'attenzione alle soluzioni per l'emergenza sia nell'attività ordinaria sia per la gestione di nuove crisi.

L'ospedale promosso da FIASO, quindi, non è confinato alle logiche tradizionali che vedono questo presidio come un luogo quasi chiuso, autoreferenziale, quasi avulso dal contesto in cui si trova, ma è aperto alla vita dei territori, integrato con la dimensione territoriale di cura e di assistenza, focalizzato fortemente sulla promozione e l'educazione alla salute.

Nondimeno, per garantire che questi importanti principi e le proposte di FIASO siano pienamente attuati, è necessario che si tenga conto di alcune condizioni fondamentali che devono caratterizzare l'ospedale del futuro e che hanno riflessi di carattere manageriale.

- 1) L'ospedale deve essere **partecipativo** (*participative hospital*) nella progettazione degli edifici, degli spazi interni ed esterni, dei percorsi e dei flussi dei pazienti. Per quanto riguarda la progettazione, l'ospedale è stato tradizionalmente disegnato solo da professionisti con delle competenze specialistiche (architetti, ingegneri ecc.), i quali hanno creato dei modelli tecnicamente ineccepibili ma non sempre hanno incluso nelle decisioni sugli spazi e sulla loro organizzazione coloro i quali dovevano usufruire di questi luoghi, *in primis* i sanitari e i pazienti, sovente creando difficoltà di spostamenti o varie disfunzionalità nell'erogazione delle attività sanitarie. Per evitare gli errori del passato, è necessario estendere la possibilità di partecipare alla progettazione degli ospedali, alla loro ristrutturazione o alla definizione di percorsi e spazi, non solo ai professionisti sanitari ma anche ad altri principali stakeholder, quali pazienti (o ex pazienti) e familiari. La co-creazione è fondamentale per comprendere le esigenze multiple dei fruitori degli ospedali e si può

avvantaggiare di simulazioni su spazi e percorsi sia nella realtà (con, per esempio, la semplice costruzione di prototipi di stanze o spazi in materiali semplici e degradabili come il cartone) sia in digitale. Oltre i pazienti, anche cittadini e associazioni dovrebbero poter partecipare alla generazione delle premesse strategiche e decisionali che riguardano l'ospedale, per consentire una piena identificazione degli interessi della collettività di cui è parte questo rilevante presidio sanitario.

- 2) L'ospedale deve essere **liquido** (*liquid hospital*), in quanto i suoi stessi muri non debbono più essere confine e limite alle possibilità di intervento sanitario dell'ospedale. Il paziente, infatti, ha il diritto di trascorrere il minor tempo possibile all'interno dell'ospedale, che dovrà garantire, attraverso i propri professionisti e le proprie tecnologie, un'ospedalizzazione domiciliare per acuti. Come espresso al *World Hospital at Home congress 2023*, l'ospedale a casa (*Hospital at Home, HaH*, oppure *Hospital in the Home, HITH*) sostituisce – per selezionate categorie di pazienti – l'erogazione delle attività acute effettuate in ricovero ospedaliero trasferendole al domicilio o nelle strutture intermedie, con l'obiettivo di migliorare la vita nonostante la malattia. Nello specifico, l'HaH è un servizio clinico per acuti che riunisce staff, equipaggiamento, tecnologie, farmaci e competenze mediche e assistenziali – normalmente forniti all'interno dell'ospedale – al fine di erogare a casa attività ospedaliera su pazienti selezionati in base a patologie e caratteristiche cliniche (per esempio, malattie infettive acute trattate generalmente in ospedale; riacutizzazioni di malattie croniche; fast track chirurgici; acutizzazioni di problemi psichiatrici).
- 3) L'ospedale deve essere **orientato ai processi e ai bisogni** (*process-oriented & needs-tailored*). L'organizzazione per intensità di cura e di assistenza appare ancora centrale tra le proposte di riprogettazione della macroarea medico-chirurgica di FIASO ma, affinché non divenga – come avvenuto in passato – una mera riproposizione di slogan anziché una reale riorganizzazione delle attività, è fondamentale lavorare non solo sulla riprogettazione dei percorsi e dei layout ma soprattutto su procedure tecniche (flow chart, scale per la definizione del livello di intensità di cura e assistenza ecc.) e ruoli di supporto e integrazione (*hospitalist, bed manager, operating room manager* ecc.), che rendono possibile l'attivazione dei criteri di intensità di cura in ospedale. Tutto ciò è altrettanto rilevante per la definizione dei percorsi e dei ruoli di integrazione nei poli specialistici (ambulatoriale, materno-infantile e oncologico) e nell'emergenza-urgenza. Inoltre, in un ospedale che richiede un lavoro per poli specialistici e con flussi separati sarà sempre più necessario creare le condizioni affinché i professionisti di diverse specialità acquisiscano come metodo di lavoro ordinario quello per *clinical service lines* trasversali, orientato alla risposta ai bisogni complessi dei pazienti e organizzato in team multidisciplinari.
- 4) L'ospedale deve essere un **knowledge-center**, non solo svolgendo attività di ricerca e di didattica in ogni tipologia di ospedale (non solo in quelli strettamente deputati a tali missioni), ma anche definendo modalità per la gestione e la trasmissione delle competenze cliniche e assistenziali dei professionisti sanitari. Il tema delle *clinical competencies* è particolarmente rilevante in un contesto di *shortage* di specialisti, in cui si porranno problemi di gestione della "successione" tra professionisti in uscita dal mondo ospedaliero e l'ingresso di nuovi medici e infermieri che necessitano di accompagnamento e di un rapido miglioramento delle loro curve di apprendimento. In questo contesto, sarà necessario prendere decisioni che tengano conto del trade-off tra specializzazione, da un lato, e omogeneità/standardizzazione delle pratiche, dall'altro. Strumenti come la mappatura delle *clinical competencies* e la definizione dei *clinical privileges* potranno essere funzionali a migliorare la qualità delle cure e dell'assistenza, non diminuendo la gamma dei servizi erogabili e riducendo, al contempo, il rischio clinico.

Un ultimo elemento da tenere in considerazione relativamente alle proposte FIASO è che esse potrebbero scontrarsi con le attuali condizioni della maggior parte degli ospedali presenti su territorio italiano, i quali avrebbero bisogno di modifiche o ristrutturazioni radicali per poter implementare tutti i principi architettonici e infrastrutturali elaborati riportati in questo auspicabile position paper. Inoltre, per molti degli ospeda-

li – come già affrontato da contributi specifici in passato (Lega *et al.*, 2010) – rimane più efficiente e conveniente la costruzione *ex novo* che la ristrutturazione radicale. Diviene quindi indispensabile, da un lato, individuare gli investimenti necessari per applicare questo position paper e, dall'altro, influenzare le scelte politiche dei prossimi anni non più nel senso di una focalizzazione ospedale-centrica ma di reale integrazione di questo presidio – il cui ruolo deve rimanere indiscutibile e riconosciuto – nel contesto sanitario, sociale, ambientale ed economico del territorio di riferimento.

### Bibliografia

Lega F, Mauri M., & Prenestini A. (2010). *L'ospedale tra presente e futuro*. Milano: Egea.

Marsilio M., Roldan E.T., Salmasi L., & Villa F. (2022). Operations management solutions to improve ED patient flows: evidence from the Italian NHS. *BMC Health Services Research*, 22, 974. DOI: 10.1186/s12913-022-08339-x.

Monitor (2003). Principi guida tecnici, organizzativi e gestionali per la realizzazione e gestione di ospedali ad alta tecnologia e assistenza. Supplemento, 6.

Villa S., Prenestini A., & Giusepi I. (2014). A framework to analyze hospital-wide patient flow logistics: Evidence from an Italian comparative study. *Health Policy*, 115(2-3): 196-205. DOI: 10.1016/j.healthpol.2013.12.010.