

MANAGEMENT, ECONOMIA  
E POLITICA SANITARIA

MANAGEMENT, ECONOMIA E POLITICA SANITARIA  
collana della Fondazione Smith Kline

DIRETTORE  
Marco Trabucchi

CONDIRETTORE  
Nicola Raffa

RAPPORTO SANITÀ 2000

L'Ospedale del futuro

a cura di

Nicola Falcitelli, Marco Trabucchi e Francesca Vanara

SOCIETÀ EDITRICE IL MULINO

Gli autori del volume ringraziano Daniela S. Milani per l'intelligente e accurato lavoro redazionale.

Impaginazione a cura di Eurologos Milano.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e sull'insieme delle attività della Società editrice il Mulino possono consultare il sito Internet: <http://www.mulino.it>

ISBN 88-15-07664-6

---

Copyright © 2000 by Società editrice il Mulino, Bologna. È vietata la riproduzione, anche parziale, con qualsiasi mezzo effettuata, compresa la fotocopia, anche ad uso interno o didattico, non autorizzata.

## INDICE

Presentazione	p. 9
Rapporto Sanità 2000: documento introduttivo, <i>di Sandro Albini, Achille Ardigò, Enrico Brizioli, Marco Campari, Cesare Catananti, Claudio Clinì, Giuliano Cozzaglio, Luigi D'Elia, Luciano Di Pietra, Nicola Falcitelli, Claudio Galanti, Mariapia Garavaglia, Gianni Giorgi, Piero Micossi, Mauro Moruzzi, Leo Nahon, Roberto Palumbo, Franco Provera, Michele Romano, Girolamo Sirchia, Renzo Tellini, Angela Testi, Marco Trabucchi, Francesca Vanara</i>	11
PARTE PRIMA: L'EVOLUZIONE DEL RUOLO DELL'OSPEDALE	
Nascita ed evoluzione dell'Ospedale: dall'ospitalità alla organizzazione scientifica, <i>di Cesare Catananti</i>	41
L'Ospedale del futuro tra sistema e ambiente, <i>di Achille Ardigò</i>	83
Le trasformazioni demografiche ed epidemiologiche e l'ospedalizzazione del futuro, <i>di Eva Buiatti e Daniela Balzi</i>	109
La programmazione dell'assistenza ospedaliera, <i>di Francesca Vanara</i>	125
Comunicazione e tecnologie telecomunicative, <i>di Mauro Moruzzi</i>	149

Modelli innovativi per le cure a lungo termine, <i>di Enrico Brizioli</i>	175
Il classico problema del rapporto fra “Ospedale e territorio”, <i>di Claudio Galanti</i>	191
PARTE SECONDA: L’ORGANIZZAZIONE INTERNA OSPEDALIERA	
La ricerca di un nuovo modello di ospedale, <i>di Piero Micossi</i>	201
<i>Outcome</i> e qualità nell’ospedale, <i>di Marco Trabucchi</i>	225
La riabilitazione trova collocazione nell’ospedale per acuti?, <i>di Giuliano Cozzaglio</i>	237
L’Ospedale ed i pazienti anziani: problemi clinici ed organizzativi, <i>di Renzo Rozzini e Tony Sabatini</i>	251
L'esternalizzazione dei servizi, <i>di Michele Romano</i>	271
Programmazione, progettazione e realizzazione delle strutture edilizie, <i>di Roberto Palumbo</i>	279
PARTE TERZA: L’OSPEDALE TRA UTENTI E PROFESSIONISTI	
Identità e appartenenza nell’ospedale in trasformazione, <i>di Leo Nahon</i>	301
L’ospedale a misura di persona, <i>di Claudio Clinì</i>	325
Le professioni e l’ospedale, <i>di Cesare Catananti</i>	337
PARTE QUARTA: GLI STRUMENTI ECONOMICI E DI GESTIONE	
Misure dell’efficienza tecnica e di scala dei servizi ospedalieri, <i>di Angela Testi</i>	355

Gli strumenti di <i>management</i> ed il controllo di gestione, <i>di Gianni Giorgi</i>	393
Il finanziamento degli ospedali, <i>di Sandro Albini</i>	413
Salviamo i grandi ospedali pubblici, <i>di Girolamo Sirchia</i>	421



## PRESENTAZIONE

Il quarto rapporto annuale della Fondazione Smith Kline affronta il tema dell’ospedale alla fine di un complesso *iter* di lavoro e di studio. Non è però un’opera conclusiva, perché il ruolo dell’ospedale in tutto il mondo è al centro di un processo di trasformazione del quale ancora non si conoscono completamente i connotati. Purtroppo – come evidenziato in più parti nel volume – mancano punti di riferimento culturali, scientifici, epidemiologici per poter con sufficiente precisione prevedere il futuro; nel frattempo abbiamo però l’obbligo di gestire l’oggi nella maniera più razionale, per garantire alla persona che soffre un’assistenza moderna ed umana.

A tal fine le diverse parti del libro dedicano attenzione ai problemi dell’organizzazione interna ed esterna dell’ospedale, perché nessuna riforma o evoluzione politica potrà togliere a questa istituzione una centralità nel processo di cura, anche se equilibrata dalla presenza di servizi organizzati attorno alla casa del cittadino.

Ancora una volta i Rapporti della Fondazione Smith Kline si inoltrano nelle problematiche più complesse e discusse della sanità; lo scopo è – come in passato – sollecitare una discussione intelligente e non partigiana per migliorare un servizio che costa molto, coinvolge numerosi operatori e spesso è importante per ridare la salute o controllare le malattie.



S. ALBINI, A. ARDIGÒ, E. BRIZIOLI, M. CAMPARI, C. CATANANTI,  
C. CLINI, G. COZZAGLIO, L. D'ELIA, L. DI PIETRA, N. FALCITELLI,  
C. GALANTI, M. GARAVAGLIA, G. GIORGI, P. MICOSSI, M. MORUZZI,  
L. NAHON, R. PALUMBO, F. PROVERA, M. ROMANO, G. SIRCHIA,  
R. TELLINI, A. TESTI, M. TRABUCCHI, F. VANARA<sup>(\*)</sup>

## RAPPORTO SANITÀ 2000: DOCUMENTO INTRODUTTIVO

### 1. Ripensare l'ospedale

I sistemi sanitari dei paesi industrializzati sono interessati da un processo di progressiva specializzazione dei servizi ospedalieri, orientati verso un aumento della capacità di risposta ad emergenze cliniche, problemi acuti, interventi diagnostici e terapeutici ad alta complessità. Contestualmente, si registra un progressivo aumento delle problematiche legate

<sup>(\*)</sup> Sandro Albini: Amministratore delegato Poliambulanza, Brescia; Achille Ardigò: Commissario Istituti ortopedici Rizzoli di Bologna; Enrico Brizzioli: Direttore sanitario Asl Jesi (An); Marco Campari: Partner responsabile Health Care Consulting – Kpmg Consulting, Milano; Cesare Catananti: Direttore sanitario Policlinico Gemelli, Roma; Claudio Clin: Direttore generale Azienda ospedaliera San Camillo Forlanini, Roma; Giuliano Cozzaglio: Direttore sanitario, Casa di Cura Poliambulanza, Brescia; Luigi D'Elia: Direttore generale Azienda ospedaliera S. Giovanni Addolorato, Roma; Luciano Di Pietra: Coordinatore Settore autonomie locali e Federalismo Regione Lombardia; Nicola Falcitelli: Presidente della Fondazione Smith Kline; Claudio Galanti: Direttore generale Ospedale Careggi, Firenze; Mariapia Garavaglia: Presidente generale Croce Rossa Italiana; Gianni Giorgi: Direttore generale Azienda ospedaliera di Parma; Piero Micossi: Gruppo Ospedaliero San Donato; Mauro Moruzzi: Direttore generale Cup 2000, Bologna; Leo Nahon: Primario Psichiatria, Azienda ospedaliera Niguarda, Milano; Roberto Palumbo: Facoltà di Architettura, Università di Roma La Sapienza; Franco Provera: Ospedali Riuniti di Bergamo; Michele Romano: Direttore generale Azienda ospedaliera – Istituti ospitalieri di Verona; Girolamo Sirchia: Primario Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti, Ospedale Maggiore Policlinico di Milano; Renzo Tellini: Direttore generale Azienda ospedaliera Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi, Varese; Angela Testi: Facoltà di Economia, Università di Genova; Marco Trabucchi: Università di Roma "Tor Vergata" e Gruppo di ricerca geriatrica, Brescia; Francesca Vanara: Fondazione Smith Kline, Milano.

alla disabilità ed alle malattie croniche, che determina una domanda crescente di servizi di assistenza a lungo termine ed a basso contenuto sanitario. I due fenomeni possono essere considerati entrambi conseguenza dello sviluppo della scienza medica, che impone di affrontare il problema della specializzazione tecnologica dell'ospedale del futuro e quello di organizzare e gestire modelli di assistenza a lungo termine in ambienti sempre più professionali.

Che cosa è dunque oggi l'ospedale? A che cosa serve? Potrebbe essere considerata una domanda provocatoria, irrispettosa del comune sentire e del lavoro di molti operatori attenti e capaci, ma con delicatezza e senso della misura va posta per aiutare la transizione dell'intero sistema sanitario verso una vita nuova, nella quale l'ospedale trovi la propria collocazione ottimale, che è il riflesso di una riconosciuta utilità sociale. Andare quindi a ricercare questa funzione rappresenta un momento importante, che è necessario analizzare con determinazione, anche se senza estremismi.

L'ospedale, nell'accezione oggi comunemente attribuita di luogo specialistico di cura, nasce appena due secoli fa. Prima di allora, l'ospedale era un generico contenitore della più disperata umanità: gente senza fissa dimora, emarginati sociali, poveri nel corpo e nello spirito, derelitti di ogni genere e certamente anche malati; a questa popolazione fragile l'ospedale dava, per l'appunto, come l'etimologia spiega, solo "ospitalità".

Oggi, nell'era dell'*high tech*, della *new age*, del *post* moderno e delle biotecnologie, siamo anche nell'epoca dell'insufficienza delle risorse rispetto ai bisogni, scarse le prime, crescenti i secondi, ed in questa spirale apparentemente senza uscita l'ospedale è il grande divoratore di risorse (non meno del 50% della intera spesa sanitaria del nostro Ssn). Non c'è paese al mondo che non stia, ormai da anni, immaginando e sperimentando per l'assistenza ospedaliera soluzioni innovative, da quelle di alta strategia economico-finanziaria, come fusioni, acquisizioni, creazioni di rete integrate, a quelle altrettanto strategiche del *business process reengineering*. I venti di tempesta che spirano forti oltre oceano arriveranno anche qui: per ora abbiamo avuto l'effetto dirompente dei Drg che, nel bene e nel male, hanno comunque generato l'esigenza di

porsi la domanda di quanto costano le prestazioni ed inevitabilmente stanno spingendo anche verso la ricerca di appropriatezza delle cure.

In questo contesto globalizzato, l'ospedale è obbligato a ripensare la sua funzione, la sua organizzazione interna e la sua stessa configurazione strutturale.

## 2. L'ospedale tra sistema sociale e ambiente

Non si deve mai assumere un sistema sociale solo come un'identità autoregolabile per decisioni del *management* interno, vale a dire l'ambiente come *coeteris paribus*, e quanto più un'organizzazione sanitaria risponde all'ambiente, decentralizzandone i bisogni espressi anche caotici, tanto più deve integrarsi al suo interno.

L'analisi della fenomenologia degli ospedali come sistemi sociali può avvenire secondo diversi livelli di approccio all'oggetto formale della ricerca. Il primo è quello dell'ospedale come il sistema sociale, assunto nella sua unità e complessità: è a questo livello che si privilegia la ricerca dell'identità o *mission* complessiva dell'ospedale rispetto alle sfide ambientali. Tale approccio implica attenzione privilegiata alla gestione sistema/ambiente sotto il profilo del *management* gerarchico, a partire dalla riverifica periodica della *mission* dell'azienda e delle prospettive di privilegiamento, in positivo e in negativo, del *core business* e dei processi di selezione della complessità in riferimento alle sfide ambientali. L'approccio merita di essere approfondito qualora ci si attenda che l'ospedale sia sottoposto ad uno sforzo significativo di autonomia imprenditoriale e di cooperazione interna rianimata con grande flessibilità, per far prevalere le funzioni sulle strutture.

In questa direzione si sono mossi i *trust hospital* inglesi che hanno portato i segni distintivi della politica thatcheriana, prima delle critiche emerse anche in Gran Bretagna dopo la vittoria di Tony Blair. Lo sviluppo e il potenziamento dell'autonomia imprenditoriale di ogni ospedale pubblico (con enfasi sull'aziendalizzazione) sono stati perseguiti in Italia con i D.lgs 502/92 e 517/93, con risultati significativi di razionalizzazione

delle unità produttive anche se per il permanere del peso gerarchico-normativo del governo centrale e regionale la distribuzione risorse finanziarie non ha che parzialmente permesso di realizzare una effettiva autonomia aziendale degli ospedali pubblici. E' stata così affidata alla riforma ter la revisione della non realizzata spinta autonomistica e di competizione amministrata ed uno degli obiettivi maggiori è ora promuovere la *collaborazione* fra i diversi soggetti sanitari pubblici.

L'approccio sistematico all'ospedale inteso come il sistema sociale a forte autonomia imprenditoriale non va tuttavia disatteso, anzi va arricchito nel senso di esplicitarne il primato funzionale, partendo dalla definizione e ridefinizione della *mission* dell'azienda in rapporto ad obiettivi di miglioramento dello stato di salute della popolazione, con soddisfazione del paziente. Infatti, se ciò non avviene, è inevitabile che prevalga l'obiettivo errato di continuare nella primaria difesa e crescita delle strutture interne esistenti e dei relativi portatori di interesse. È solo la priorità delle funzioni, per la *mission* (ripresata), che può portare il *management* del sistema a rivedere, anzitutto in sede di bilancio e di linee di azione, quelle stesse strutture quando si rivelino fuori o marginali rispetto al *core business* del sistema.

Il secondo approccio è quello dell'ospedale come sottosistema di uno o più sistemi sociali più vasti. Comincia a diffondersi, in forme più o meno flessibili e strutturate, il modello dell'ospedale come uno dei nodi di una rete di area vasta e l'ipotesi è che nel futuro prossimo le organizzazioni sanitarie complesse tendano ad aprirsi alla pluralità flessibile di macrosistemi sociali a rete in contesti ambientali regionali o all'interno di province e di città metropolitane. L'ospedale come parte di un tutto ha assunto di recente due modelli diversi:

a) sistema di forte (perché centralizzato) governo dei sistemi ospedalieri pubblici, quale l'*Assistance Publique Hopitaux de Paris* e l'unico grande ospedale di rete pubblica degli Stati Uniti, la *Health and Hospitals Corporation* di New York (che comprende 11 ospedali per acuti, 5 strutture di lungodegenza, 6 centri sanitari territoriali – cui fanno riferimento i consultori familiari, i centri di assistenza domiciliare e le strutture di prestazioni diagnostiche strumentali –, 11 strutture per la

medicina preventiva, 1 Hmo, 1 servizio di emergenza medica);

b) sistema della cooperazione interaziendale ed interorganizzativa che porta ad un gruppo multiospedaliero pubblico e/o privato, con maggiori spazi di autonomia dei singoli nodi ospedalieri. È a questo secondo tipo di sistema che può essere meglio attribuito il modello di sistemi a rete (l’Agenzia Catalana della salute, per esempio, è un centro di acquisto pubblico con responsabilità regionale che si avvale di 29 ospedali pubblici e 38 privati *non profit* e *for profit*).

La spinta verso modelli multiospedalieri anche grandi, ma flessibili, non è solo di tipo economico. Vi sono almeno altre quattro ragioni forti per prevedere nel futuro anche da noi la formazione di reti poliospedaliere: il superamento della separazione tra pubblico e privato, tra gerarchia e mercato; il superamento della separazione tra singolo ospedale e territorio di area vasta; lo sviluppo della circolazione delle informazioni e delle conoscenze fra diversi punti o unità del sistema; la cresciuta del ruolo delle regioni, fino alle soglie del federalismo sanitario basato sul federalismo fiscale. Già oggi forme preliminari di rete interospedaliera si formano con gemellaggi tra regioni e, a livello provinciale, non solo per città metropolitane, si intravede la tendenza consortile e di mediazioni compromissorie tra vari ospedali di un’area vasta per concordare tariffe provinciali per Drg o per i flussi di mobilità interregionali (sempre in termini di Drg) e altri accordi per gestioni consortili di servizi. Tale livello di rete di area vasta va naturalmente sempre più beneficiando dei supporti delle telecomunicazioni.

È individuabile anche un terzo approccio, ancora incipiente, rappresentato dalla popolazione in cura sanitaria come sistema sociale *in fieri*. È sperabile che nell’ospedale del futuro aumenti il peso del consenso informato degli utenti anche nelle questioni gestionali più vicine ai bisogni dell’ospedalizzato.

### *3. La ricerca di un nuovo modello di ospedale*

La struttura dell’offerta sanitaria e, in specie, ospedaliera deve essere organizzata in funzione del soddisfacimento dei bisogni complessivi di salute della popolazione. A livello re-

gionale e locale, in un quadro di assegnazione di risorse per quota capitaria (pesata), occorre anche garantire l'equilibrio economico fra i diversi campi di intervento. È, pertanto, necessario valutare quale strategia di azione sia preferibile adottare: se, ad esempio, sia opportuno fissare tetti di spesa per livelli assistenziali o se occorra, invece, una più incisiva politica programmatica delle strutture di offerta. Naturalmente, la prospettiva che fa capo alla programmazione sanitaria centrale deve tenere conto non solo dei bisogni accertati dai tecnici, ma anche delle domande avanzate dagli utenti e dei processi di aggiustamento di cui ai tre approcci menzionati nel par. 2.

La ridefinizione del modello di ospedale è evidentemente necessaria e, nello stesso tempo, di grande difficoltà, data anche la resistenza che le professioni oppongono a qualsiasi tentativo concreto di revisione delle gerarchie professionali: non pare comunque opportuno definire modelli astratti, quali quelli che si generavano nei processi di programmazione sanitaria degli anni settanta.

Il sistema ospedaliero italiano presenta oggi una grande varietà di strutture con funzioni e vocazioni non sempre riconducibili a modelli predeterminati, anche in relazione alla sovrapposizione di norme che dalla legge Mariotti (l. 132/1968) alla l. 833/1978 ai decreti di riordino hanno progressivamente riclassificato le strutture senza curare la riprogettazione funzionale della rete. La situazione venutasi a determinare nel corso degli anni per ciascun territorio può essere assunta ad iniziale punto di riferimento. Alcuni criteri da utilizzare nella definizione delle tipologie organizzative ed operative degli ospedali sono individuati nel seguito.

- L'intensità di cura: è decisivo nella organizzazione di un ospedale valutare a fondo il tipo di casistica trattata e quindi il tipo di domanda che ad esso si rivolge.
- La stratificazione dei tipi di casistica trattata: un ospedale che abbia acquisito competenza e credibilità per particolari attività o casistiche va valorizzato e sviluppato all'interno di esse.
- L'accesso a tecnologie complesse all'interno di un sistema a rete o al contrario la necessità di dotarsi autonomamente della maggior parte di esse.
- Il dimensionamento operativo: l'analisi del *case-mix* e

delle funzioni esistenti o da attivare va operato tenendo conto della massa critica e della focalizzazione operativa (la grande dimensione organizzativa priva di focalizzazione e di caratterizzazione va scoraggiata perché produce inefficienza).

• Il grande ospedale specializzato ha un senso solamente sulla grande dimensione territoriale e si giustifica con esigenze di concentrazione di casistiche di sperimentazione clinica; questo non deve tuttavia precludere la possibilità di ricorrere ad ospedali specializzati di piccole dimensioni ed elevata focalizzazione (ad esempio in campo cardiochirurgico).

• Il modello organizzativo: per le attività ad alta specialità, con basso requisito di continuità della cura e ad alto contenuto in tecnologia, a prevalente utilizzazione interna, il modello dipartimentale è di tipo verticale (cardiochirurgico, nefrourologico, ...); nei casi in cui esiste, invece, un forte requisito di continuità della cura, anche in presenza di alta tecnologia e di elevata specializzazione, è opportuno pensare a modelli più “comunicanti” col territorio (oncologia, malattie respiratorie croniche, Aids, ...); per la bassa intensità di cura i modelli operativi possono fare riferimento all’ospedale di comunità e confinare con la *nursing home* con attività sanitarie incluse ed il modello organizzativo dovrebbe tendere alla “orizzontalità”.

• L’esigenza didattica non può determinare a propria misura il dimensionamento e l’articolazione organizzativa: sono proprio l’errata impostazione culturale e collocazione della didattica a produrre modelli sbagliati e anacronistici per i nuovi medici. Andrebbe quindi operata una riflessione sul contenuto in didattica e sul rapporto specializzazione/modelli di servizio del medico nella società del nuovo millennio.

Gli aspetti rilevanti per arrivare alla definizione dell’ospedale del futuro sono rappresentati da:

- una riorganizzazione interna dei servizi assistenziali che consenta di aggregare le attività, sfruttando tutte le sinergie possibili in termini di integrazione clinica con al centro dell’interesse il paziente;

- l’utilizzo comune, per quanto possibile, delle risorse (spazi, tecnologia, personale);

- la definizione di linee guida cliniche su cui costruire i percorsi organizzativi;

– l'integrazione, sempre sognata, dell'ospedale con i servizi territoriali, per garantire al paziente la continuità delle cure e dell'assistenza ed all'ospedale di concentrarsi sulla sua più specifica utenza;

- la ricerca della massima sintonia tra management e clinici;
- una organizzazione snella e pronta, soprattutto culturalmente, a cogliere i cambiamenti in atto;
- i controlli di qualità interni ed esterni.

Per quanto riguarda l'organizzazione interna dell'ospedale, per il futuro si propende per un'organizzazione di tipo dipartimentale, in particolare per coinvolgere i medici nelle responsabilità gestionali. Inoltre, il numero delle specialità e delle sub-specialità mediche e chirurgiche è in continuo aumento e solo l'interazione dei vari specialisti e sub-specialisti può garantire ai pazienti un'assistenza moderna. Dal punto di vista organizzativo-gestionale il dipartimento consente di superare le barriere funzionali ed i "sequestro" di personale e di attrezzature all'interno delle divisioni, che provocano inefficienze e relativi costi. Inoltre, l'attribuzione dei posti letto alle diverse specialità e sub-specialità tende a dilatare le degenze di relativi oneri in un periodo in cui le moderne tecniche chirurgiche e le nuove metodologie organizzative consentono di contrarre i posti letto e di diminuire i costi di degenza. Anche dal punto di vista della ricerca e della didattica, i vantaggi sono considerevoli. Le integrazioni orizzontali, basate su criteri di aggregazione che tendono a ricostruire il percorso diagnostico-terapeutico specifico del paziente, rappresentano la soluzione più avanzata ed innovativa e hanno l'indubbio pregio di dare continuità alle cure.

#### *4. Dalla evidence based medicine agli outcome*

Che cosa ha preso il posto dell'ospitalità come principale atto ospedaliero volto a lenire il dolore ed a combattere la malattia? Viene spontaneo pensare ai risultati delle cure, che in termine tecnico sono chiamati *outcome* e che, anche prima dell'ondata di riflessioni più recenti, hanno costituito, negli ultimi cinquanta anni, il motivo principale per il quale l'ospe-

dale trovava la propria giustificazione sia verso il cittadino ammalato sia verso l'operatore. L'attività ospedaliera dovrebbe essere incentrata sul percorso che parte dalla *evidence based medicine* e arriva agli *outcome*, passando attraverso l'utilizzazione di linee guida. Potrebbe sembrare un itinerario logico, ma è necessario tener conto di una serie di limiti che rendono precaria questa costruzione, fondata su una visione illuministica e non sempre realistica del dato scientifico e della sua concreta applicazione al letto di ogni ammalato.

Non è sempre possibile, attraverso l'*evidence based medicine*, arrivare a declinare procedure precise per ogni ambito terapeutico. Le *gray areas of clinical practice* sono ancora molto vaste: si dibatte se coinvolgono il 50% o più della prassi terapeutica. Certamente, nonostante la crescita esponenziale degli studi controllati, è difficile ipotizzare che nel prossimo futuro si possa arrivare ad una dimostrazione completa attraverso le "prove" di tutti gli atti terapeutici. Resta quindi a monte, prima ancora di iniziare qualsiasi discussione sulla trasferibilità dei dati dei grandi *trials*, un forte limite, cioè la non disponibilità di studi adeguati in ogni campo della medicina.

Subentra poi il problema delle linee guida, fondate sulle prove: mille sono gli aspetti applicativi critici, che vanno da una certa mentalità luddistica dei medici all'incapacità di cogliere il significato positivo di strumenti standardizzati, che non devono limitare la specificità o la sperimentalità di ogni atto clinico, ma rappresentano sempre un'utile indicazione di fondo. La capacità di comprendere fino in fondo la storia clinica ed umana del paziente non deve necessariamente essere schiacciata all'interno degli "stampi" predisposti dalla *evidence based medicine*: il rapporto è fortemente dialettico e mutuamente arricchente.

Infine, se per alcuni settori dell'attività ospedaliera l'*outcome* è chiaro ed indiscutibile – il raggiungimento di una diagnosi, la guarigione dopo un intervento chirurgico, un atto di pronto soccorso di fronte a situazioni patologiche temporanee ma gravi – per molti altri è invece più difficile arrivare alla dimostrazione di un risultato, anche qualora la cultura delle misurazioni oggettive avesse trovato un fondamento concreto ed abituale. Lo sviluppo, per quanto ancora troppo

lento nel nostro Paese, della medicina generale ha sottratto all'ospedale una serie di atti diagnostico-terapeutici risolvibili attraverso le attività distrettuali: si arriva quindi al ricovero per problemi non diagnostici e non chirurgici soprattutto con una casistica molto complicata, prevalentemente cronica, per la quale è difficile identificare un processo di guarigione.

La valutazione dell'attività svolta deve considerare anche elementi di *customer satisfaction*, umanizzazione e qualità della vita, al di là di quella sorta di illusione tecnicistica che ritiene possibile definire *once and for all* criteri di appropriatezza basati sulla misura degli *outcome*, oggettivi e fondati epidemiologicamente: occorre considerare che i cittadini hanno una propria visione di benessere e di salute e tenderanno sempre più a negoziare con i medici e con gli erogatori di prestazioni quello che intendono acquisire.

Per quanto riguarda le grandi aree di attività, i compiti diagnostici dell'ospedale del prossimo futuro dovrebbero venire espletati in un ambito organizzativo che permetta un'intensità molto elevata, con limitatissimi spazi morti (12 ore al giorno, per 7 giorni alla settimana). Ciò comporta che anche chi è responsabile del caso sia disponibile con orari ampi e sia in grado di compiere rapidamente sintesi e delineare strategie (è quindi importante che vi sia un reale lavoro d'*équipe* nella gestione del singolo paziente). Una degenza di tre giorni dovrebbe risolvere in un ospedale di medie dimensioni la stragrande maggioranza degli interrogativi clinici. In questa prospettiva, le strutture diagnostiche (laboratorio, *imaging*, anatomia patologica, ecc.) rappresentano il cuore dell'ospedale e quindi non è opportuna l'ipotesi di esternalizzare questi servizi: al contrario, le esigenze di rapidità e di incisività impongono un coinvolgimento dei tecnici che va molto al di là della stesura di un referto cartaceo (o su rete).

L'altro grande settore dell'ospedale è quello chirurgico o strumentale in senso lato (endoscopia, radiologia interventistica, ecc.). Si tratta di un ambito altamente tecnologico, caratterizzato da un rapido *turn-over* delle attrezzature, in grado di portare a risultati misurabili in tempi definiti. Naturalmente, l'*outcome* non è indipendente dall'appropriatezza degli interventi, anzi, un controllo rigoroso degli stessi potrebbe

mettere in luce abusi, sprechi, malpratiche, costituendo una sorta di indirizzo del sistema che altrimenti rischia di autogiustificare se stesso e le proprie scelte (giuste o sbagliate) solo in nome dell'efficienza tecnologica. Chi debba essere titolare di questo diritto-dovere di controllo in Italia resta ancora un punto oscuro; si dovrebbe con moderazione cercare un punto di incontro tra il sistema sanitario nel suo complesso e gli operatori addetti, in modo da raggiungere consensualmente un buon livello di verifica dei risultati ottenuti in pazienti che effettivamente necessitino di uno specifico intervento.

Per quanto riguarda il settore medico, l'ospedale deve attrezzarsi soprattutto sul piano della cultura degli operatori, l'unico patrimonio in grado di migliorare significativamente la qualità dei risultati clinici. In questo caso è importante impostare una terapia anche se non è possibile misurarne tutti gli *outcome* nel breve periodo della degenza: l'*outcome* va spesso misurato su parametri di lungo periodo e quindi occorre seguire il paziente nei suoi itinerari di vita, talvolta anche complessi, come è complesso lo stile di vita di molti ammalati cronici. Ciò pone la necessità che l'ospedale sia inserito in una rete di servizi che seguono il paziente nella sua storia naturale ed è critica la decisione se la fase post-ospedaliera debba essere controllata dall'ospedale stesso o possa essere invece affidata ad altre realtà del sistema. La soluzione più razionale dovrebbe prevedere un *network* di comunicazioni molto articolate, per cui l'atto intraospedaliero viene vissuto anche al di fuori come momento di un *continuum* e l'*outcome* viene quindi misurato per unità di tempo, indipendentemente da dove sia avvenuta la decisione terapeutica.

Questi tre filoni principali di attività ospedaliera devono trovare una modalità di convivenza non occasionale all'interno della stessa struttura. È importante ricercare un *outcome* comune ed un ruolo specifico deve essere giocato dalla dirigenza dell'ospedale per trovare un equilibrio tra le diverse componenti al fine di collegare stabilmente il lavoro clinico con le premesse culturali e con la dimostrazione dei risultati.

L'intero processo clinico può essere configurato in uno schema a matrice, come trasversale o longitudinale rispetto ad una serie di afferenze verticali costituite dai servizi di labo-

ratorio, radiologia, consulenze, risorse tecnologiche utilizzate (sale operatorie, strumentazione diagnostica). Si realizza così l'equidistanza della committenza clinica rispetto a tutte le risorse ed a tutte le competenze disponibili, teoricamente considerando ugualmente accessibili sia quelle interne sia quelle esterne all'ospedale. Questo modello, che realizza la continuità di cura ed è costruito attorno ad un "padrone del processo" (*owner of the process*) richiede una struttura informativa e di controllo disegnata in modo da consentire la gestione delle transazioni unitarie determinate dalla identificazione del processo clinico in corso e, quindi, che almeno probabilisticamente i percorsi clinici siano riconducibili e sovrapponibili in un quadro di sufficiente standardizzazione.

### *5. I nuovi professionisti dell'ospedale*

Il problema fondamentale di ogni organizzazione, ovvero come raccordare le motivazioni individuali agli scopi del gruppo, si pone per l'ospedale in modo particolarmente importante. Inoltre, il vissuto soggettivo degli utenti si intreccia con quello degli operatori ed il governo del personale ha effetti diretti sull'utenza, cosicché occorre promuovere identità ed appartenenza degli operatori in modo che essi contribuiscano in parallelo a rafforzare identità ed appartenenza degli utenti e più tecnologico è l'ospedale, più deve essere ricco di capacità di accoglienza, accompagnamento, sostegno.

In generale, le professioni di aiuto si fondano su un'elaborazione complessa dell'istinto materno: la spinta all'accudimento della prole si mescola al desiderio ed alla tensione verso un sistema sociale più giusto, il tutto spesso fortemente idealizzato.

L'evoluzione della tecnologia ed i cambiamenti nelle aspettative dell'opinione pubblica hanno messo profondamente in crisi il modello professionale tradizionale in quanto negli ospedali si è sviluppata sempre di più una infrastruttura organizzativa, di comunicazione e di controllo, che funziona con logiche proprie autonome, che stabilisce una relazione con il pubblico e relazioni contrattuali con le istituzioni prepo-

ste al finanziamento delle attività sanitarie, in base a modelli culturali e di management non affini alla cultura professionale del medico. Di qui nasce la frizione, quando non il conflitto, fra l'attività dei singoli professionisti, che si percepiscono come espropriati della propria autorità sull'organizzazione, e gli obiettivi e la *mission* che la struttura aziendale (ormai non più solamente burocratica) percepisce come propri. Questo processo di progressivo e conflittuale adattamento della cultura dei professionisti medici a quella aziendale richiede in primo luogo che i medici accettino di condividere nell'organizzazione la propria cultura e di consentire l'operare di processi di standardizzazione delle scelte cliniche.

Il modello teorico ideale dell'organizzazione professionale moderna è quello in cui l'informazione, coniugata alla responsabilità, sostituisce la gran parte dei meccanismi autoritari e burocratici di controllo. L'informazione e la comunicazione, in un sistema di conoscenze che tendono ad essere sempre più esplicitate e condivise, permettono di orientare il comportamento dei professionisti agli obiettivi strategici dell'azienda, quindi anche all'efficacia ed all'efficienza. Diventa dunque essenziale all'interno dell'azienda non solo che i singoli individui siano in grado di trattare informazioni non inerenti la propria conoscenza, ma ancor più che tutta l'organizzazione sia in grado di discriminare le informazioni necessarie al conseguimento degli obiettivi aziendali, in primis quello della soddisfazione dell'utente.

Il medico suscita ancora rispetto, ma non adorazione e si sta scoprendo meno amato e, soprattutto nell'organizzazione ospedaliera, "controllato". La cosa è comune in tutto il mondo, ma è sentita con maggiore acuzie negli Stati Uniti, dove le potenti assicurazioni e gli ospedali non possono sopportare sprechi, pena la loro sopravvivenza, e allora la polemica infuria, a volte in modo paradossale. Ma anche i pazienti si difendono: i contenziosi per malpractice sono in ascesa vertiginosa, le associazioni a tutela dei malati con l'occhio sempre più vigile e gli studi legali alla caccia di pazienti da proteggere e di assicurazioni da spremere.

L'ospedale del futuro potrebbe prevedere non più una sola responsabilità della gestione dei casi nel primario, ma una

responsabilità più frammentata fra i medici dirigenti di primo livello, sulla base della loro competenza professionale e della scelta operata dagli ammalati del proprio medico curante. Perché questo possa funzionare è necessario attribuire al primario una funzione di coordinamento delle politiche della qualità, di guida nella definizione dei protocolli di cura prevalentemente adottati, di revisione critica dell'attività svolta, ma non di responsabilità diretta ed esclusiva sulla diagnosi e sulla terapia. Inoltre, potrebbe non essere utile che al primario siano attribuiti la responsabilità e il controllo sull'uso della infrastruttura di degenza e del lavoro non medico (i letti, l'infermiera, il lavoro infermieristico). La separazione del controllo delle risorse strutturali dal controllo del processo clinico consente di progettare il ciclo clinico sulla base della intensità di cura che si intende erogare all'ammalato nelle diverse fasi più acute, successivamente decrescente sulla base della effettiva necessità, e di gestire in modo flessibile gli organici infermieristici, attribuendo all'unità di cura la quantità di assistenza all'ammalato richiesta in ciascun giorno, senza la rigidità imposta dall'organico di reparto.

Accanto alle storiche e tradizionali professioni del medico e dell'infermiere, ormai vecchie e nuove figure si accalcano sulla scena ed ognuna con il suo bagaglio di vissuti, di prospettive, di recriminazioni, di richieste. Reclamano spazi e fanno sentire la loro voce biologi, chimici, fisici, psicologi, ingegneri, architetti, avvocati, fisioterapisti, tecnici di laboratorio, tecnici di radiologia, economisti, bioetici, esperti di *marketing* e di comunicazione, ecc. La necessità di immaginare e di attuare nuovi assetti organizzativi che consentano di ottimizzare le risorse facilitando al contempo il percorso di cura del paziente è condivisa, ma quando si tenta di modificare quegli assetti quasi tutti calcolano in termini personalistici e di potere quali vantaggi o problemi il "nuovo" può comportare. E siccome in genere il nuovo fa paura, le resistenze vengono fuori, a volte rozze, più spesso sottili e non per questo meno insidiose. Se tutto ciò è umanamente comprensibile, non è più economicamente ed organizzativamente accettabile.

L'ospedale del futuro dovrà vedere (e già si comincia) un'integrazione sempre maggiore tra le professioni sanitarie

e quelle amministrative, superando una scissione del tutto anacronistica. Che i sanitari siano sempre più investiti di valenze amministrative è realtà già in atto; sempre più dovrà avvenire che gli amministrativi vengano inclusi nella mentalità della presa in carico della salute dell'utente come proprio specifico compito per gli aspetti di pertinenza, con una operazione di fusione culturale in cui un sapere ne irrrora un altro e ne viene di ritorno irrorato.

L'impegno professionale richiesto nell'ospedale del futuro deve arricchirsi delle nuove valenze che caratterizzano il lavoro nell'ospedale di oggi: lavorare per processi e per obiettivi, integrare le professionalità e ricercare la qualità.

#### *6. L'assistenza a lungo termine*

L'assistenza a lungo termine costituisce oggi, nella gran parte delle regioni italiane, un'area di forte criticità, non solo per la fragilità dei pazienti coinvolti, ma anche per la penalizzazione che la carenza di servizi pone all'efficienza gestionale dell'attività ospedaliera. L'evoluzione della maggior parte delle malattie verso la cronicità richiede l'introduzione di approcci miranti a mantenere la continuità di una cura a bassa intensità quale elemento trainante di precise scelte organizzative. Tenendo anche conto del fatto che la maggior parte delle patologie croniche richiede la integrazione di competenze diverse, in parte non mediche e in parte non sanitarie, tali patologie dovrebbero essere prevalentemente trattate fuori dall'ospedale, pur dovendosi garantire anche ad esse un accesso a tutta la migliore tecnologia e competenza professionale.

È possibile distinguere strutture di assistenza a lungo termine specializzate, di intervento clinico, da strutture di taglio prevalentemente alberghiero-assistenziale. Alcune delle prime potrebbero essere realizzate anche in ambiente ospedaliero, sebbene le loro caratteristiche organizzative impongano una netta separazione dalle aree di degenza per acuti. In ogni caso, non sussistono controindicazioni alla loro realizzazione in strutture extraospedaliere, purché venga garantita la necessaria disponibilità di servizi diagnostici e di consulenze specialistiche.

stiche. Valutazioni relative alla disponibilità di spazi ed alla organizzazione dei servizi generali potranno condizionare di volta in volta le scelte, anche se la tendenza internazionale appare chiaramente quella di individuare luoghi specializzati per il *long-term care* in strutture nettamente distinte dai presidi ospedalieri per acuti. Un modello intermedio può essere quello del *country hospital*, dove la coesistenza di servizi sanitari diagnostico-terapeutici per acuti ed attività di lungodegenza può trovare una soluzione ottimale ed un vantaggio nell'uso razionale dei servizi comuni.

È necessario, inoltre, prevedere la diffusione di strutture destinate alla gestione professionale di specifici problemi, come *hospice* per i pazienti neoplastici, nuclei assistiti speciali per pazienti Alzheimer, strutture per pazienti con comi prolungati. Il problema del collegamento di queste strutture con il sistema ospedaliero è di tipo sia strutturale che organizzativo: se la loro localizzazione più adeguata appare fuori dall'ospedale, è strategico che esse mantengano con l'ospedale una connessione funzionale, nell'ambito di programmi di *disease management* che garantiscano continuità assistenziale, appropriatezza delle cure e garanzia dei livelli assistenziali necessari.

Per quanto riguarda il ruolo da riservare alla riabilitazione, anche alla luce delle nuove linee guida del ministero della Sanità, tre fenomeni potrebbero essere incentivati: l'inserimento in ospedali ad alta intensività delle riabilitazioni ad altissima specialità; la qualificazione ospedaliera per processi di riabilitazione intensiva per patologie gravi (con strutture mono o polispecialistiche); i processi differenziativi con enfasi extra-ospedaliera per la riabilitazione estensiva ed intermedia. Tali fenomeni sono destinati ad accentuare sia l'integrazione infraospedaliera (diagnosi, terapia medica o chirurgica, riabilitazione ad alta intensività) per gli ospedali ad alta specializzazione sia la territorializzazione delle cure, anche con supporti da parte dei centri di eccellenza ospedaliera.

La riabilitazione intensiva ad alta specialità e, in particolare, le unità spinali e le unità per le gravi cerebrolesioni acquisite per i traumi cranio-encefalici sono necessariamente collocate negli ospedali *high tech*. Poi, con l'eccezione di alcuni centri in cui "l'evento malattia" viene gestito in maniera completa,

come potrebbe essere, ad esempio, un centro ortopedico in cui all'intervento protesico segue la fase riabilitativa. Generalmente, nell'ospedale per acuti dovrebbero essere collocati soltanto tipi particolari di riabilitazione, ossia quelli che richiedono competenze plurime che solo in una struttura polispecialistica possono essere presenti. Tutto il resto della riabilitazione, che rappresenta numericamente la quota maggiore, dovrebbe invece trovare una giusta collocazione in centri di tipo riabilitativo, separati, seppure in stretto collegamento, con l'ospedale (o gli ospedali) per acuti di riferimento.

Le strutture lungodegenziali dovrebbero avere uno stretto collegamento con il territorio, interfacciandosi con i medici di medicina generale e con l'assistenza domiciliare integrata, in quanto il ricovero in lungodegenza non dovrebbe, tranne eccezioni, essere un ricovero a vita, bensì rappresentare un momento assistenziale nell'ambito di una malattia cronica, fermo restando che l'opzione più opinabile per la gestione di tali malattie resta quella domiciliare.

In chiusura di questo paragrafo, si ricorda che la storia dell'ospedale psichiatrico e delle critiche cui è stato sottoposto è emblematica di un tragitto che vide l'ospedale come un modello di ospedale del futuro e che lo portò in un ciclo storico relativamente breve a diventare un ospedale superato e inaccettabile anche nelle sue trasformazioni. L'ospedale del futuro della psichiatria è il non ospedale, la solubilizzazione nel territorio di gran parte dell'assistenza che si volgeva entro le mura. L'interruzione è trauma specie quando si somma alla malattia, la distanza diventa silenzio comunicativo, l'essere oggetto di attenzione medica può essere fonte di passività. Alla fragilità momentanea che porta il paziente dentro le mura del presidio rischia di aggiungersi la fragilità suscitata dall'interruzione dei legami naturali. La filosofia dell'ospitalizzazione a domicilio si è fin dall'origine appoggiata su assunti di continuità, oltre che su considerazioni economiche, e il timore che l'ospedale come complesso istituzionale totalizzante mortificasse la soggettività dell'utente (rendendo tra l'altro meno efficaci le cure stesse) ha spinto in passato e spinge tuttora alla ricerca di alternative. *Alternatives* è diventato un capitolo fisso non più solo dei congressi o delle riviste di psichiatria, ma

anche di quelle di ostetricia, pediatria, oncologia, geriatria, ecc. L'invenzione di un *setting* alternativo all'ospedale serve anche per prevenire la fragilità indotta dall'ospedale stesso.

### *7. Le tecnologie dell'informazione e della comunicazione*

Nell'ospedale del futuro assumeranno un ruolo determinante le strategie di comunicazione. Lo sviluppo della comunicazione (e delle tecnologie comunicative) costituirà l'elemento caratterizzante del grande processo riorganizzativo che ha come meta il nuovo ospedale: un ospedale che ospedalizza un numero minore di pazienti, che mette in rete le macchine, le competenze cliniche, i bisogni di assistenza sanitaria specialistica.

Lo sviluppo impetuoso delle tecnologie telecomunicative (informatiche, telematiche) ha posto negli ultimi anni le premesse per una rivoluzione nei sistemi di comunicazione del settore sanitario. Anche se le tecnologie forniscono, già da diversi anni, gli strumenti per questa rivoluzione comunicativa nell'assistenza ospedaliera, il processo innovativo nei sistemi complessi come l'ospedale necessita di stimoli ben più forti di quelli che possono derivare da semplici disponibilità tecnologiche. E soltanto oggi, di fronte a segnali preoccupanti di collasso economico-produttivo dei grandi ospedali, o di gran parte di essi, prende seriamente corpo un'esigenza di profonda innovazione che porta a rivedere tutto l'impianto dell'istituzione ospedale.

Il modello di rete di riferimento per un moderno sistema telecomunicativo ospedaliero non può essere una rete verticale dove il "decisore" controlla tutto, teorizzato dalle burocrazie sanitarie, ma quello della rete Internet e dei sottosistemi liberamente gestiti, senza forme di controllo istituzionale: il modello di rete sussidiaria offre maggiori opportunità, costi minori e maggiore efficienza, meno burocrazia rispetto al modello gerarchico; trattandosi poi di reti che devono intervenire nel processo di riorganizzazione dell'ospedale, e quindi nell'ambito di un disegno di decentramento e deospedalizzazione, non sarebbe proponibile un modello di rete centralizzato.

Un progetto di riorganizzazione dei grandi ospedali italiani, caratterizzato nel senso dell'innovazione incrementale e della contaminazione tra sviluppo delle tecnologie e innovazione politico-organizzativa, dovrà essere innanzitutto un progetto comunicativo. L'utilizzo delle tecnologie dovrà costituire l'elemento di supporto (o di condizionamento per il costo delle tecnologie e per la loro disponibilità sul mercato) del progetto comunicativo e può essere articolato nelle seguenti otto aree:

- informazione agli utenti;
- accesso e accoglienza degli utenti;
- interazione con la domanda organizzata;
- governo delle risorse (per la visibilità complessiva delle azioni di governo delle risorse e dei processi produttivi sanitari);
- messa in rete delle competenze mediche e scientifiche (l'ospedale virtuale);
- deospedalizzazione (in funzione dell'ospedale decentrato attraverso il teleconsulto, la teleassistenza, ...);
- informatizzazione dei percorsi clinici di diagnosi e cura;
- sistema comunicativo dell'emergenza.

Tali aree comunicative devono essere integrate attraverso più sistemi "democraticamente" dialoganti tra loro, non gerarchici, ma dotati di una loro autonomia, secondo criteri di parsimonia informativa (criteri di selezione delle informazioni gestite, delle utenze, del contenuto informativo dell'organizzazione), in un contesto di disseminazione di conoscenza esplicita, standardizzata in unità di misura e riconoscibile in modo univoco da tutta l'organizzazione.

Un aspetto saliente del rapporto tra sottosistema ospedaliero ed ambiente umano è costituito dalla considerazione di informazioni e comunicazioni tra offerta e domanda di prestazioni assistenziali. Si registra l'esigenza di *output* relazionali tra amministrazione ospedaliera da un lato ed utenti e loro aventi cura informali dall'altro. Questo tema, così centrale nell'appoggio sistema/ambiente, è destinato ad orientare mutamenti significativi in certi ospedali specialistici, a coltivare rapporti istituzionali esterni, con medici di famiglia, specialisti in ospedali locali ecc., e ciò non solo per via delle nuove esigenze di *marketing* anche sociale che l'ospedale deve assolvere.

Queste argomentazioni confortano anche la considerazione che sarebbe errato un approccio separato, tutto autoreferenziale all'ospedale, anche di quello di eccellenza mono-oligospecialistica, rispetto al restante territorio, pure oltre lo stretto bacino di utenza: l'ambiente dell'ospedale sarà sempre meno passivo (si pensi alla crescita della prevenzione e dell'interesse personale del paziente alla cura), specie al crescere del livello di istruzione e di reddito dei pazienti. La configurazione dell'ospedale del futuro, basata essenzialmente sul decentramento e sulla deospedalizzazione, richiede un potenziamento della capacità di collegamento interno-esterno (teleconsulto, teleassistenza, ecc.) ed una diversa forma di aggregazione delle varie unità di produzione sanitaria, che non vivono più in interazione con un ambiente chiuso (l'ospedale tradizionale), ma con un numero pressoché infinito di altre esperienze e competenze.

#### *8. La progettazione, la realizzazione ed il finanziamento delle strutture edilizie*

La configurazione morfologica, funzionale e tecnologica dell'ospedale non è mai riuscita a tenere il passo delle modificazioni di ruolo e funzioni che per esso via via si andavano definendo. L'ospedale non può continuare ad essere considerato, in termini edili e tecnologici, come un corpo separato, prodotto di un sapere tecnico e pertanto del tutto autonomo, ma, identificato come sottosistema del sistema società, di continuo soggetto alle sfide che vengono dal suo ambiente e dal sistema societario complessivo, dovrebbe registrare costantemente e puntualmente le linee di tendenza evolutive. Questa tesi è confermata dal fatto che la morfologia edilizia dell'ospedale è andata nel tempo continuamente modificandosi, anche se i cambiamenti non sono mai stati contestuali e della stessa portata del fenomeno che li ha prodotti.

La struttura ospedaliera ha sempre inseguito, e con molto ritardo, le modificazioni sociali che via via si andavano registrando, subendo le nuove regole di una società che nel suo complesso si modificava, piuttosto che anticiparla (e forse supportarla) attraverso più aderenti spazi e volumetrie sugge-

riti dall’evoluzione delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche. Di qui l’esigenza di recuperare il ritardo e di configurare finalmente l’ospedale non certo come ospedale del futuro, quanto invece almeno come ospedale di oggi, concretamente ancorato alla sua specifica realtà.

Fra i nodi mai risolti, vi sono la cronica carenza di finanziamenti pubblici o la distorta utilizzazione dei finanziamenti quando disposti, le inefficienti modalità di erogazione, l’arcaicità di tutto il sistema di distribuzione delle risorse in conto capitale ed il mancato e conflittuale rapporto fra chi deve realizzare l’ospedale: la committenza, il progettista e l’impresa. L’ospedale deve essere strutturato come prodotto di più saperi, fra loro disciplinarmenente anche distanti, che coerentemente ed organicamente interagiscono. Il vero problema rimane comunque quello della scarsità dei finanziamenti pubblici in conto capitale e, a tale proposito, occorre definire specifici progetti finanziari che promuovano:

- un modo radicalmente diverso nella erogazione dei finanziamenti pubblici, ad esempio creando un “fondo di rotazione” che per la sua stessa natura responsabilizza la committenza, accelera le procedure, offre certezze;
- l’intervento di capitali privati;
- l’alienazione e/o la permuta del patrimonio immobiliare dismesso;
- una intelligente riorganizzazione funzionale e ristrutturazione tecnologica del parco ospedaliero. Esiste un vasto patrimonio edilizio ed artistico di ospedali da riutilizzare e tutelare, talvolta da valorizzare come risorse storico-culturali piuttosto che ricorrere alla “scorciatoia” (che poi tale non è) della edificazione *ex novo*: si tratta di operazioni complesse, per le quali, dovendo necessariamente intervenire per “comparti”, si deve seguire una coerente e rigorosa ottica di ristrutturazione globale nel quadro di una puntuale programmazione (anziché intervenire sulle strutture ospedaliere esistenti attraverso ristrutturazioni “a pelle di leopardo”, viste come risposta tampone ad una costante emergenza);
- la gestione esterna dei servizi non strettamente sanitari;
- l’affitto (e non l’acquisto) di costose attrezzature diagnostiche e terapeutiche.

Tale articolazione di iniziative può trovare una sua organicità in un ben calibrato *project financing*, formula che prevede il conferimento da parte dell'ente pubblico ad una società di operatori economici (costruttori e gestori dell'iniziativa) della concessione a realizzare e gestire l'opera per un certo numero di anni, ove la principale fonte di rimborso del finanziamento è rappresentata dal flusso di cassa dell'iniziativa.

#### *9. Gli strumenti di management ed il controllo di gestione*

L'ospedale del futuro può crescere in innovazione e in umanizzazione insieme con la crescita di un *management* pubblico che viene scelto in relazione alle sue capacità gestionali, alle conoscenze ed ai risultati dimostrati come costruttore e gestore di servizi ed in particolare di servizi sanitari appropriati e coerenti con gli obiettivi di salute che, politicamente, una società locale e regionale si è posta, con le sue istituzioni democratiche.

Occorre ridare al paziente quella centralità che lo rende l'oggetto privilegiato dell'azione e porre l'enfasi su un sistema di controllo e programmazione tutto rivolto a verificare continuamente gli obiettivi ed a rimettere a fuoco il prodotto da assicurare: la tutela della salute o la qualità possibile della vita della persona.

Gli strumenti e le tecniche di direzione, in particolare della gestione per processi e della relativa analisi e controllo attraverso la gestione integrata delle attività (*activity based management* e *costing*), vanno pensati o riprogettati con questo obiettivo e rappresentano senz'altro la linea di lavoro più promettente per supportare nell'ospedale una forte *governance* clinica a livello di dipartimento.

In questo quadro i percorsi diagnostico-terapeutici rappresentano l'unità di osservazione e di analisi nella loro fattualità quotidiana: sono un modo per portare avanti secondo un modello positivo (osservativo) il controllo di gestione del lavoro ospedaliero, ma anche per assumere un modello normativo (dover essere) di riferimento da utilizzare per migliorare o scegliere il percorso da adottare sulla base di verifiche statisti-

camente significative. La descrizione dei percorsi diagnostico-terapeutici consente di arrivare a percorsi di riferimento per giungere alla esplicitazione delle modalità con le quali gestire il singolo paziente al fine di perseguire una migliore programmazione delle attività interne a ciascun centro di responsabilità ed una migliore integrazione tra tutti i settori dell'ospedale.

Lo sviluppo del controllo di gestione (monitoraggio e valutazione sistematica del rapporto risorse/risultati a livello di ospedale e di ciascuna sua componente organizzativa) è alla base di un ospedale non autoreferenziale e capace di valorizzare le responsabilità per risultati dei suoi professionisti attraverso un adeguato sistema premiante (percorsi di formazione, vincoli, incentivi). Pertanto, tutte le linee di produzione dovrebbero essere coinvolte nel sistema di controllo di gestione, ed anzi esserne protagoniste, per disporre di una guida per obiettivi, sviluppare capacità di *problem solving*, migliorare e verificare le procedure di *reporting*. Inoltre, le metodologie comuni di lavoro nei settori critici dovrebbero essere oggetto di sistematici interventi di verifica interna (*audit*) ed esterna.

Per restare sul mercato e competere ad armi pari con il privato il grande ospedale pubblico deve rimanere sotto controllo pubblico, ma operare con le regole del diritto privato. L'utilità della privatizzazione delle regole, non della proprietà, è tale da garantire ad una grande struttura ospedaliera quella flessibilità nella gestione e quella rapidità nell'esecuzione delle decisioni che solo il codice civile può consentire. Le relazioni aziendali e la gestione delle risorse umane possono trarre grandi vantaggi da una operatività liberata dai vincoli pubblicistici. Così, la contrattazione aziendale può definire una struttura delle retribuzioni consistentemente ancorata ai risultati di bilancio oltre che a parametri di produttività ed un razionale impiego di personale meglio retribuito introduce, come è noto, motivazione e adesione a criteri di flessibilità e produce miglioramenti nell'intero processo assistenziale.

I modelli di gestione esternalizzanti prevedono l'affidamento a soggetti esterni dell'esecuzione di talune operazioni (in prevalenza servizi di supporto) rientranti nell'ordinaria o straordinaria attività dell'ospedale e consentono all'azienda di concentrarsi sul suo *core business*. Tali modelli sono suppor-

tati dal convincimento che la pubblica amministrazione non è in grado di per sé, dovendo applicare norme e formule organizzative quasi sempre arcaiche e comunque inadeguate, di dare risposte tempestive, efficaci ed economiche a speciali bisogni. Si è recentemente assistito ad una copiosa proposta di modelli esternalizzanti: alcuni già esistenti, come le concesioni, le società miste, i consorzi, ed altri maggiormente innovativi, come il *general contractor* ed il *project financing*, dalle connotazioni tuttora da definire per un utilizzo di assoluta certezza.

Naturalmente, l'affidamento a soggetti esterni dell'esecuzione di alcuni servizi o attività dell'ospedale – in particolare dei servizi di supporto, quali lavanderia, guardaroba, ristorazione, pulizie – non è fatto che possa avvenire senza riflessi sull'organizzazione preesistente della struttura. Il successo o meno dell'esternalizzazione resta comunque legato, in primo luogo, alla definizione di discipline chiare per ciascun modello esternalizzante e da una effettiva modernizzazione della pubblica amministrazione: le diverse forme di esternalizzazione possono essere ottimi strumenti gestionali a condizione che il committente (l'ospedale pubblico) sia molto forte e competente nel gestire i contratti e che, altrimenti, gli schemi contrattuali siano molto rigidi e le linee di guida siano stilate dall'autorità sanitaria in modo competente.

#### 10. *Il finanziamento degli ospedali e gli accordi contrattuali*

Come testimonia anche l'esperienza internazionale, i sistemi di pagamento incidono profondamente sui comportamenti assistenziali dei soggetti erogatori. I decreti di riordino hanno introdotto un sistema di pagamento a tariffe predeterminate per prestazione per l'assistenza ospedaliera per acuti, cui si affianca un sistema di pagamento extra-tariffario per attività quali l'emergenza e la ricerca. Tale sistema, valido per tutti i soggetti erogatori, pubblici e privati, interni ed esterni all'azienda Usl, introdotto di fatto solo in alcune regioni e per alcune tipologie di produttori, si propone di aumentare l'efficienza produttiva, ma le critiche rivolte alle sue prime ricadute

operative rischiano di mettere in discussione un importante elemento del processo di riordino del Ssn.

Occorre, invece, operare interventi di progressiva e continua messa a punto: in particolare, ridefinire l'area di applicazione della remunerazione extra-tariffaria, come già previsto dal D.lgs 229/99, e rivedere l'attuale sistema di remunerazione a giornata di degenza per la riabilitazione e la lungodegenza, con l'introduzione di pagamenti differenziati per classi di patologie e/o di soggetti erogatori. In generale, deve comunque sempre prevalere un atteggiamento sperimentale, specie nella fase di transizione dal vecchio al nuovo sistema, che valuti gli effetti delle proposte innovative e preveda adeguamenti graduali.

Con riferimento all'assistenza a lungo termine, tenendo conto del fatto che l'incremento della spesa per questa tipologia di prestazioni può essere anche indotta da strategie di dimissione precoce da parte degli ospedali, si possono proporre modelli di finanziamento che integrino l'assistenza post-acute con quella acuta, aumentando il valore del Drg di una quota destinata alla gestione del paziente, lungo una doppia fase di intervento, fino al termine del programma terapeutico.

Una soluzione di questo tipo assegna all'unico soggetto erogatore di servizi la responsabilità clinica e finanziaria dell'assistenza al paziente, con maggiore tutela dei suoi bisogni e garanzie di continuità assistenziale.

Lo stesso risultato può essere raggiunto mediante accordi aziendali sui percorsi terapeutici (invece che regionali o nazionali, in quanto l'ampiezza e la complessità impediscono spesso di poter rimodellare l'integrazione tra i due modelli in funzione delle singole realtà territoriali), esperienza da realizzare almeno per alcuni gruppi di pazienti, ed attuabile anche con la collaborazione dei medici di medicina generale nell'ambito di un programma di specializzazione delle metodiche di *managed care* ed in particolare di *disease management*. Questo tipo di approccio, sperimentato già da diversi anni nei paesi anglosassoni, assegna un forte potere di discriminazione e scelta delle cure ad uno degli attori del sistema, da individuarsi in via prioritaria nel medico di medicina generale, ma si completa in un sistema come quello italiano con

il diretto coinvolgimento degli ospedali nella erogazione di prestazioni extraospedaliere, con la costituzione di *équipe* specialistiche per i programmi domiciliari e la supervisione a strutture residenziali.

### 11. Le attese e valutazioni degli utenti e la bioetica

L'attività di un ospedale va giudicata anche con il supporto di riscontri valutativi della popolazione utente, non bastano gli accertamenti dall'interno del sapere medico-epidemiologico. Occorre esplicitare valutazioni, durante e dopo la cura, da parte della popolazione servita e dei loro interpreti informali quanto al soddisfacimento o meno delle attese. L'ambiente dell'ospedale sarà sempre meno ambiente passivo, come anche attestato dalla rilevanza dei problemi della *compliance* nel rapporto medico-paziente, specie al ridursi della permanenza del paziente in ospedale e al crescere del suo livello di istruzione e di reddito.

Pure nella progettazione di un ospedale occorre ormai considerare le sfide che vengono dal suo ambiente e dal macrosistema societario. Il nesso tra sistema ospedaliero e ambiente umano trova la sua verifica anche nel crescere della differenziazione di funzioni in tale sistema: è stato introdotto l'Ufficio relazioni con il pubblico (Urp), sono state raccomandate e formate carte istituzionali circa le erogazioni dei servizi e altre informazioni ai pazienti, scritte e per telefono, sui passi del percorso diagnostico, terapeutico e riabilitativo, sono state diffuse innovazioni di portata macrosistemica come le reti telefoniche dei Centri unificati di prenotazione (Cup), anche con il ricorso ad altri media informatici e telematici, senza parlare dei comitati permanenti di controllo della qualità delle cure dal lato degli utenti, e non solo in termini di *customer satisfaction*.

Per l'ospedale del futuro è da prevedere che tale tema del nesso sistema/ambiente sia destinato ad orientare mutamenti ancora più significativi. Certi ospedali specialistici saranno indotti ad uscire dallo stretto ambito ospedaliero per "coltivare" rapporti istituzionali esterni, con medici di famiglia, con

specialisti in ospedali locali, ecc. e ciò non solo in ragione del marketing anche sociale che l'ospedale ha da assolvere.

L'innovazione tecnologico-comunicativa rappresenta una fondamentale opportunità per consolidare la fiducia del cittadino-utente nel medico, nei servizi sanitari e nell'ospedale quale servizio pubblico. Occorre gestire l'informazione sistematica ai cittadini sull'accessibilità ai servizi sanitari, sulla malattia e sui percorsi diagnostico-terapeutici e informare i pazienti, stabilendo con essi una relazione di aiuto.

L'ospedale si prepara a essere nel futuro sempre più luogo di negoziazione. La negozialità si presenta come opzione antidogmatica rispetto al sapere medico basato sulle prove, nella necessità di scelta tra varie opzioni continuamente presenti dentro questo sapere, nella capacità di riconoscimento e di accoglienza dei bisogni di salute della comunità. Se l'ospedale saprà raccogliere queste sfide ed elaborarle al proprio interno e al proprio esterno, costituendosi come contenitore flessibile di un processo di trasformazione, esso potrà ricandidarsi come autentico spazio di incontro non solo per le varie professioni che lo gestiscono, ma tra le professioni e la comunità dei cittadini alla ricerca della salute.

Di fronte all'avanzare di avanguardie nella più ardita ricerca bio-medica, si manifesta, inoltre, il bisogno della bioetica: nessun sistema sociale può sopravvivere senza che la produzione di una normativa etico-religiosa e collettiva, macro-sistematica, si confronti con i processi intersoggettivi, con la produzione o l'adattamento del senso etico dentro le coscienze delle persone nei loro rapporti intersoggettivi creatori di senso.

## *12. Considerazioni conclusive*

Nell'immaginario collettivo l'ospedale continua ad essere il centro più importante per il recupero della salute perduta: anche se in modo informale, non può quindi oggi perdere il suo ruolo di appoggio per le fragilità, almeno fino a quando non si svilupperanno serie e concrete alternative territoriali. Questa funzione deve essere esperita per ovvie motivazioni umanitarie, ma anche per permettere una transizione del gran-

de pubblico verso i nuovi compiti dell'ospedale senza rifiuti che potrebbero portare a conflitti dannosi per il rapporto fiduciario essenziale alla vita dell'ospedale stesso.

Di fronte a cambiamenti che riguardano ormai tutto il contesto in cui l'ospedale opera non pare più dilazionabile una riflessione profonda sul ruolo futuro dell'ospedale. L'elemento centrale del processo di trasformazione pare essere quello del nuovo contesto di comunicazione all'interno delle esigenze di continuità della cura e di pari opportunità di accesso alle prestazioni. Ulteriore elemento di rilievo è indubbiamente quello tecnologico, dato che l'ospedale non potrà non essere la sede di concentrazione delle tecnologie complesse, pur in presenza della necessità di consentire l'accesso ad esse per una gamma vasta ed anche remota di utenti.

Tutto ciò porterà a modelli organizzativi profondamente diversi dagli attuali, in cui si perderanno i rapporti tra complessità e dimensione, fra specializzazione e governo autonomo dei processi di cura, fra territorialità e distribuzione delle specialità. Sono destinati a mutare gli strumenti di pianificazione ed è destinato a mutare il ruolo della amministrazione, che vedrà sempre più ridotte le funzioni dirette di gestione operativa per assumere ruoli terzi rispetto alle organizzazioni che producono i servizi.

L'ospedale moderno deve recuperare la propria funzione sociale, prendendo coscienza dei cambiamenti che sono avvenuti negli ultimi anni, evitando di subirli passivamente ed accettando di ristrutturarsi per poter svolgere nella maniera migliore i nuovi compiti. In questo contesto appare molto complessa la sfida proposta agli operatori del settore, sfida che richiede apertura culturale, capacità di accettazione del rischio, determinazione nella fondazione di nuovi sistemi valoriali di riferimento.