

COLLANA

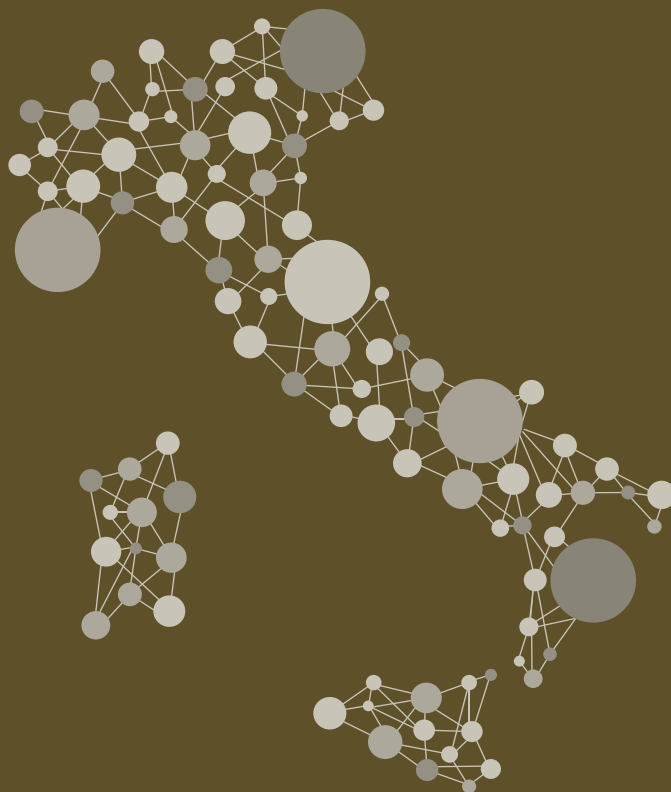
Aiop

Associazione Italiana
Ospedalità Privata



Gabriele **Pelissero**

Ospedale & Territorio



FrancoAngeli
OPEN  ACCESS

L'Associazione Italiana Ospedalità Privata è stata fondata a Roma nel 1966 in rappresentanza di ospedali e case di cura private, accreditate e non, presenti in tutto il territorio nazionale, con l'obiettivo di sviluppare la qualificazione delle strutture associate e di sostenerne la collocazione e l'attività nell'ambito dell'organizzazione sanitaria nazionale.

Aiop è nata in un periodo in cui il sistema ospedaliero degli erogatori era per lo più gestito da enti di assistenza e beneficenza. La riforma che si stava aspettando negli anni '60 in Italia avrebbe deciso le sorti del settore privato, poiché l'intenzione del governo dell'epoca era quella di dettare, in ambito sanitario, l'organizzazione interna delle strutture, le loro fonti di finanziamento e i rapporti con gli enti nazionali o regionali. È stata questa consapevolezza che ha costituito la spinta necessaria a convincere i responsabili di alcune associazioni a formare un'unica associazione di categoria, che unisse gli ospedali privati e le diverse competenze. Il privato stava per essere relegato a mero complemento del pubblico, Aiop accettò la sfida e si fece "sistema", col dichiarato intento di risolvere i problemi inerenti alla strutturazione degli istituti di cura facenti parte dell'iniziativa, riguardanti soprattutto, allora come oggi, l'inserimento delle strutture private nell'organizzazione ospedaliera generale del Paese.

Aiop oggi rappresenta più di 500 strutture di ricovero e cura (istituti a carattere scientifico; strutture di alta specialità quali cardiocirurgia, neurochirurgia ed altro; strutture per acuti; strutture di riabilitazione; strutture per lungodegenza post-acuzie; strutture per anziani non autosufficienti; RSA; strutture di recupero funzionale per handicap; strutture per riabilitazione neuropsichiatrica; hospice), presenti in tutte le Regioni italiane.

Le associate Aiop occupano quasi 70 mila addetti e costituiscono l'11% degli operatori dell'intero sistema, si prendono cura del 15% dei pazienti, per una dotazione complessiva di 56.400 posti letto. Il 93% delle strutture Aiop (477), inoltre, opera attualmente nell'ambito del Ssn con una disponibilità di 50.000 posti letto accreditati.

La **Fondazione Sanità Futura** è stata costituita a Milano il 27 novembre 2017 su impulso di Aiop Lombardia.

Le finalità della Fondazione si esplicano in ambito regionale, nazionale ed europeo, ed hanno lo scopo di promuovere e sostenere studi sullo sviluppo dei Sistemi Sanitari e Sociosanitari efficaci, efficienti, fondati sul principio della libertà di scelta del cittadino anche tramite il pluralismo degli erogatori, e caratterizzati dalla accessibilità e dalla trasparenza della gestione.

La Fondazione ha inoltre lo scopo di promuovere e sostenere la ricerca biomedica, lo sviluppo delle professionalità che operano nei Sistemi Sanitari, la formazione di professionisti di elevata qualità e la divulgazione delle conoscenze di interesse sanitario.

Nel primo anno di attività ha avviato collaborazioni con l'Università Cattolica del Sacro Cuore, con l'Università degli Studi di Pavia, con l'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano, con il Politecnico di Milano e con altri Enti e Istituti, promuovendo e sostenendo ricerche sul rischio clinico e sull'organizzazione sanitaria.

Collabora con l'Uehp (European Union of Private Hospitals) e con Aiop, partecipa a Convegni e incontri su vari aspetti delle politiche sanitarie e dell'organizzazione ospedaliera e territoriale.



Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

FrancoAngeli Open Access è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più:

http://www.francoangeli.it/come_publicare/publicare_19.asp

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

COLLANA

Aiop

Associazione Italiana
Ospedalità Privata



Gabriele **Pelissero**

Ospedale & Territorio

FrancoAngeli
OPEN  ACCESS

Le ricerche contenute in questo volume sono state realizzate anche con il sostegno del Consorzio Pavese per Studi postuniversitari nell'area sanitaria.

L'Autore ringrazia Filippo Leonardi, Angelo Cassoni e tutti i collaboratori della Sede nazionale Aiop per il prezioso contributo di redazione e di ricerca ed elaborazione dati.

Editing: Annagiulia Caiazza

Copyright © 2019 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale (CC-BY-NC-ND 4.0)

L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunica sul sito
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

INDICE

Modelli organizzativi per i sistemi sanitari	7
L'Ospedale oltre i dipartimenti	27
L'ospedale. Potente strumento di difesa e promozione della salute. Mito e realtà.	45
Ospedale e Territorio	61

Modelli organizzativi per i sistemi sanitari

L'EVOLUZIONE DEL WELFARE SANITARIO

Lo sviluppo della medicina, e le caratteristiche complessive di ciò che noi chiamiamo sanità, dipendono dalla evoluzione e dall'integrazione di tre gruppi di fattori.

Il primo è rappresentato dal livello delle conoscenze, che è il prodotto della ricerca scientifica, e dallo sviluppo delle tecnologie che le rendono applicabili.

A sua volta lo sviluppo tecnologico dipende da un investimento di capitali e della presenza di uno specifico comparto produttivo, parte essenziale della filiera della cosiddetta life-science.

Il secondo è rappresentato dalla componente professionale, che a sua volta è il prodotto di un mix fra formazione e selezione, il cui fine è di rendere disponibile una adeguata presenza di operatori altamente qualificati che si formano in tempi lunghi, e che devono essere presenti in quantità sufficiente per assicurare una buona attività.

Il terzo è rappresentato dalle risorse economiche destinate, il cui volume e la cui stabilità nel lungo periodo influenza tutti gli altri fattori.

Nel ventesimo secolo lo straordinario sviluppo della scienza nell'area biomedica e l'imponente processo di industrializzazione, partito in Occidente ma progressivamente diffuso in molte altre aree nel mondo, hanno recato un formidabile im-

pulso al primo dei fattori, seguito rapidamente dalla crescita delle opportunità formative e dallo sviluppo di nuove professioni sanitarie, incrementando significativamente la propensione verso questo tipo di attività delle nuove generazioni e, conseguentemente, la disponibilità di figure professionali adeguate.

L'intersezione fra questi fenomeni e i drammatici eventi bellici, unita al prorompere delle rivendicazioni sociali e al diffondersi dei principi di democrazia e uguaglianza, generano nel corso del secolo la nascita e lo sviluppo di un nuovo tipo di organizzazione, il welfare sanitario, quale risposta ad una nuova e crescente domanda di salute e quale strumento sempre più indispensabile di consenso e coesione sociale.

La fondamentale mission di queste organizzazioni, che non hanno precedenti nella storia dell'umanità, è rappresentata dall'offrire a gruppi sempre più ampi l'accesso ai prodotti sanitari che scienza e tecnologia rendono sempre più numerosi ed efficaci: farmaci, disinfettanti, apparecchiature diagnostiche, vaccini, procedure complesse in campo diagnostico e terapeutico, ambienti sanitari igienicamente migliori, strumenti chirurgici di buona qualità, protesi e altro ancora.

Tutto questo sistema di offerta genera una nuova e molto più ampia domanda di salute, e i sistemi di welfare sanitario si impegnano sempre di più nel tentativo di soddisfarla.

Come è noto in Europa si sviluppano due tipologie di welfare in sanità, il modello Bismarck e il modello Beveridge, che coesistono ancora oggi in dimensioni uguali e che soprattutto dopo la fine della II guerra mondiale convergono in una decisa tendenza comune all'universalità, che rappresenta il completamento definitivo della loro evoluzione.

Ma se tutto questo ci fornisce una cornice generale, necessaria per la comprensione dei sistemi sanitari, ciò che qui ci interessa osservare è rappresentato da un lato dai loro elementi di criticità, che derivano dall'evoluzione dei fattori che li condi-

zionano; dall'altro dai complessi problemi di natura organizzativa che organismi di questo tipo devono affrontare, ulteriormente complicati dall'evoluzione del contesto demografico ed epidemiologico in cui sono inseriti.

CRITICITÀ

Nella prima fase di vita i sistemi europei di welfare sanitario operano in un contesto tecnologico e professionale molto più leggero rispetto a quello attuale.

Le tecnologie disponibili, infatti sono ancora elementari, sia nel campo farmacologico, sia per quanto riguarda gli strumenti diagnostici, la protesica e la struttura edilizia.

Basta osservare la fotografia di una sala operatoria anteriore alla II guerra mondiale per notare la povertà dell'impiantistica e dei materiali usati, a partire dalla frequente presenza di ampie finestre, che offrivano luce e ricambio d'aria con modalità oggi impensabili.

Anche l'esercizio professionale, e le stesse tipologie dei professionisti, erano molto diversi, con solo un'embrionale presenza di medici specialisti, e con altre figure sanitarie caratterizzate da livelli formativi bassissimi o nulli, a partire dalle professioni infermieristiche ancora appannaggio di personale religioso (per altro spesso dedito e generoso nel proprio impegno), e da ausiliari senza titoli di studio adeguati.

In questo contesto i costi di mantenimento del sistema di welfare erano facilmente sostenibili per la finanza pubblica, e la domanda di prestazioni infinitamente più contenuta rispetto a oggi per qualità e quantità.

Nella seconda metà del secolo scorso questo quadro muta rapidamente, a seguito di un imponente progresso tecnologico, e di un contemporaneo sviluppo delle specializzazioni mediche, che vede accrescere enormemente la competenza e la ca-

pacità di intervento del medico specialista, con un notevole incremento dell'efficacia, e con una inevitabile contestuale restrizione del numero delle patologie di cui è esperto.

Ciò pone, fra l'altro, per la prima volta nella storia della medicina il problema della ricomposizione degli atti clinici effettuati da più medici su un unico paziente. Un problema che come vedremo si porrà sempre di più al centro delle criticità organizzative dei sistemi di welfare più evoluti.

Le spinte evolutive e le criticità derivanti dallo sviluppo tecnologico e dalla crescente specializzazione si riversano, ovviamente, sul terzo fattore che compone i sistemi sanitari rappresentato dalle risorse finanziarie.

Il costo del mantenimento di un sistema di welfare sanitario universalistico e capace di soddisfare la crescente domanda non può infatti che crescere progressivamente, anche perché in sanità, ancora di più che in altre aree di attività umana, l'offerta determina in buona misura la domanda.

Questa situazione, che da tempo viene stigmatizzata da alcune correnti di pensiero sia culturale che politico e bollata come consumismo sanitario, riflette in realtà semplicemente lo spontaneo e naturale desiderio di ogni essere umano di mantenere e migliorare la propria salute, opponendosi se possibile alla inevitabile decadenza delle condizioni fisiche che avviene con il passare del tempo e ricercando un più alto livello di salute e di benessere.

In questa interpretazione ci sorregge la stessa notissima definizione di salute dell'OMS quale «stato di completo benessere fisico, psichico e sociale»; definizione sicuramente un po' utopistica e per certi versi criticabile, ma capace di cogliere l'essenza della dinamica della domanda di salute delle popolazioni e la sua inevitabile illimitata estensione.

D'altra parte, se osserviamo la storia naturale di molte malattie, soprattutto croniche, e il comportamento sociale dei pazienti in diverse epoche storiche e in diverse condizioni so-

cioeconomiche, possiamo agevolmente comprendere la dinamica della domanda/offerta.

Prendiamo come esempio le grandi articolazioni, quali anca e ginocchio, che vanno incontro ad usura con il tempo e sono oggetto di fenomeni degenerativi con il progredire dell'età in moltissime persone. Se non esiste la possibilità di modificare questa situazione la semplice osservazione delle condizioni di salute di una popolazione mostra molte persone che zoppicano, che si appoggiano a bastoni e stampelle, che utilizzano, se disponibili, analgesici.

Ma se un sistema di welfare universalistico offre la possibilità di un intervento di chirurgia protesica questo quadro epidemiologico muta rapidamente, con indiscutibile soddisfazione dei pazienti e con un costo per il sistema sanitario infinitamente più elevato.

Ma in questo, come nei moltissimi casi analoghi per tante patologie affrontabili con tecniche e tecnologie sempre migliori, l'analisi costi/costi è a nostro giudizio eticamente improponibile, mentre l'approccio non può che essere quello costi/vantaggi ove la valorizzazione del vantaggio è data dal livello di salute.

MODELLI ORGANIZZATIVI

Alla base di ogni considerazione sulle criticità dei sistemi di welfare sanitario troviamo dunque, inevitabilmente, il problema dei costi e del finanziamento, che condiziona la qualità complessiva del sistema e la sua capacità di corrispondere effettivamente alla propria missione.

Questo tema, pur fondamentale, non è però l'oggetto di queste riflessioni, orientate ad esaminare un altro aspetto centrale rappresentato dai modelli organizzativi e dal loro rapporto con l'efficacia dell'attività di prevenzione, cura e riabilitazione (1).

Ci limiteremo qui a ricordare che l'insufficienza delle risorse finanziarie agisce sui sistemi di welfare, oltre che riducendone la qualità complessiva, anche e soprattutto riducendo la loro capacità di garantire l'accessibilità universale alle prestazioni, condizione che come abbiamo detto rappresenta la vera mission dei sistemi stessi.

Infatti, attraverso la creazione di liste d'attesa incompatibili con tempi ragionevoli di trattamento delle diverse patologie, si esclude di fatto il paziente dalla fruizione della prestazione senza cancellare formalmente il diritto.

Con il risultato di abolire, senza l'onere di doverlo dichiarare, l'esistenza stessa del welfare sanitario.

Ma interessa qui concentrarsi su un'altra tematica di assoluto rilievo. Il grande sviluppo tecnologico e il moltiplicarsi delle specializzazioni soprattutto ma non soltanto mediche, pone infatti i grandi sistemi europei di fronte a un enorme problema organizzativo. Ogni singola attività sanitaria, ogni singola prestazione diventa infatti il prodotto di una organizzazione complessa, stratificata e articolata, nella quale operano una pluralità di professionisti con caratteristiche, competenze ed esigenze diverse, che necessitano di adeguati luoghi e strutture in cui operare e di complessi sistemi informativi e gestionali.

Tutto questo ha posto e pone l'esigenza di definire adeguati modelli organizzativi sia per l'intero sistema, sia per le sue singole componenti, e di individuare tipologie di governance sia gestionale che professionale in grado di guidare una macchina così complessa.

Su questi temi, non meno rilevanti di quelli economici, gli interventi normativi e regolamentari sono frequenti e complessi in tutti i Paesi dotati di un sistema di welfare sanitario.

In Italia l'intera materia è stata più volte oggetto di leggi e decreti, ed è resa complessa dal bipolarismo Stato-Regione che connota e caratterizza il Servizio sanitario nazionale italiano

a differenza di quanto avviene nei tradizionali sistemi Beveridge (2).

Un ulteriore elemento di complessità è rappresentato dalla coesistenza nel Ssn di erogatori di diritto pubblico e di diritto privato, in parte soggetti a criteri di accreditamento comuni, e in parte dotati di specificità organizzative e amministrative differenziate. L'organizzazione del sistema sanitario che deriva da tutto questo è una realtà complessa, dinamica, a tratti fortemente evolutiva, molto differenziata fra le Regioni e le Province Autonome, e per di più connotata da retaggi storici anche remoti che ne condizionano le caratteristiche.

Inoltre essa è fortemente influenzata da ciò che concretamente esiste, e l'organizzazione reale delle singole componenti è il prodotto in tempi lunghi di norme e consuetudini, prassi consolidate e interventi programmatori molto articolati.

Tutto ciò genera, fra l'altro, una sorta di cultura dell'organizzazione sanitaria diffusa nella politica, nelle istituzioni, fra i professionisti, i gestori e le loro associazioni, che trova con fatica livelli elevati di qualità, elaborazione e confronto, ma che inevitabilmente influenza tutte le decisioni e l'operatività.

Di questa cultura qui interessa concentrarsi su alcuni grandi temi, ricorrenti nel dibattito e nella normativa, rappresentati dalla relazione ospedale-territorio, dalla relazione prevenzione-cura e dalla cronicità come fenomeno sociale e epidemiologico.

OSPEDALE VS TERRITORIO

Riferendoci alla sola storia del Ssn, iniziata quarant'anni fa con la L. n. 833 del 23 dicembre 1978, uno dei contenuti ricorrenti di innumerevoli affermazioni programmatiche della politica e delle istituzioni può essere riassunta nella parola d'ordine «meno ospedale più territorio».

Una analisi critica di questo approccio concettuale è contenuta nell'ultimo capitolo di questo libro, *Ospedale e territorio*, che tenta un'analisi più approfondita delle caratteristiche e dei rapporti fra questi due livelli dell'assistenza sanitaria.

Qui interessa soltanto anticipare poche considerazioni: la prima è che l'assetto organizzativo di ciò che ancora oggi possiamo chiamare ospedale è il prodotto di una lunga elaborazione che, in Italia, trae origine dalla riforma che prende il nome dell'allora Ministro della Sanità Mariotti, contenuta nella L. n. 132 del 12 febbraio 1968 e nei DD. P. R. nn. 128 e 129 del 27 marzo 1969.

L'importanza, anche culturale, di questa normativa e delle soluzioni organizzative che introduce, è tale da influenzare ancora, a distanza di quarant'anni, importanti provvedimenti normativi sulla programmazione ospedaliera quali il recente Regolamento *Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera* del 13 gennaio 2015.

Ma perché in molte affermazioni e con rilevante continuità da decenni l'ospedale viene contrapposto al territorio (quasi fossero espressione di due modelli antitetici)?

Con ogni probabilità ciò deriva dall'intersecarsi di diversi elementi, che tentiamo in parte di riassumere sinteticamente:

1) L'illusione del risparmio

Questa aspettativa spesso è il prodotto di analisi economiche che misurano il costo (globale o giornaliero) del ricovero ospedaliero e lo confrontano con il costo (teorico) delle singole prestazioni erogate durante la degenza, giungendo a conclusione che la deospedalizzazione consentirebbe importanti risparmi a parità di prestazioni erogate.

Questo approccio, con infinite variazioni sul tema, ha in se evidenti limiti, il più visibile dei quali è dato dalla sostanziale rigidità dell'offerta ospedaliera, soprattutto nella componente a gestione pubblica, che non consente certo di rispar-

miare effettivamente il valore teorico di ogni giornata di degenza sostituita con prestazioni alternative.

In effetti qualunque pur apprezzabile tentativo di fornire più prestazioni ambulatoriali e/o domiciliari non ha mai ridotto la spesa sanitaria.

Va d'altra parte osservato che le azioni di efficientamento dell'attività di ricovero richiedono, oltre al trasferimento di una parte delle prestazioni in modalità più leggere quali day-hospital o le diverse forme ambulatoriali, anche e soprattutto una incisiva capacità di intervenire sulla durata della degenza, tuttora eccessiva nelle strutture pubbliche come più volte abbiamo fatto osservare, e come riportato in Tabella 1.

	Ricoveri totali	Posti letto	Degenza media
Strutture pubbliche	6.343.481	151.741	6,8
Privato no profit	678.159	18.807	5,6
Privato profit	1.605.203	44.516	4,5
TOTALE	8.626.843	215.064	6,2*

*Media ponderata

Tabella 1 - Ricoveri, posti letto e degenza media negli ospedali italiani Anno 2016

Fonte: elaborazioni Aiop su dati SDO - Min. salute 2016

Da: G. Pelissero. *Regolamento sugli standard ospedalieri. Il punto di vista dell'Aiop*. In Monitor n. 38. 2015 - Dati aggiornati al 31 marzo 2019

2) La mancata valutazione dell'efficacia

Spesso la posizione antiospedaliera si fonda sull'assunto che più bassi livelli di assistenza quali l'assistenza di base, siano in grado di assicurare un'efficacia equivalente, ancora una volta a costi finanziari e organizzativi più bassi.

Anche su questo tema rimandiamo all'ultimo capitolo.

Qui ci limiteremo ad osservare quanto sia dimostrativa, in merito al giudizio di efficacia, la vicenda dei pronto soccorsi.

Un tema ricorrente, è infatti rappresentato dalla frequente os-

servazione sulla difficoltà dei pronto soccorsi ospedalieri esistenti in tutte le regioni, di affrontare una domanda di prestazioni crescente e apparentemente inappropriata, rappresentata dal grande numero di codici bianchi e codici verdi.

Tutte le risposte organizzative fondate sulla costruzione di strutture di livello non ospedaliero sostitutive si sono però sistematicamente rilevate inefficaci, e sono abortite o sono rimaste disertate dagli utenti e ciò a nostro giudizio almeno per due grandi motivi.

Il primo, di ordine psicologico, deriva dal fatto che a fronte dell'insorgenza di una patologia improvvisamente avvertita dal paziente nulla può sostituire il senso di sicurezza dato dal ricorso alla struttura specialistica più completa, quale il presidio ospedaliero. Il secondo, è rappresentato dal fatto che la prima diagnosi, ambulatoriale o ospedaliera che sia, è inevitabilmente soggetta al rischio di inappropriatazza, ed è infatti solo nel momento della prima diagnosi che qualunque percorso di appropriatezza può iniziare.

Per questo il ricorso ad una struttura specialistica in grado di effettuare all'occorrenza anche le più complesse procedure diagnostiche offre un maggior livello possibile di sicurezza, anche se inevitabilmente ciò comporta un grande lavoro iniziale per indirizzare ogni paziente verso il successivo percorso di cure più appropriate.

3) Il pregiudizio ideologico

Il pregiudizio ideologico deriva dall'ostilità o quanto meno dalla profonda diffidenza verso organizzazioni complesse e specialistiche, il cui operato non può essere valutato dalle persone comuni, e di fronte alle quali si può essere portati ad una sfiducia pregiudiziale.

La ricerca di soluzioni più semplici alla domanda di salute, l'illusione che quasi tutto sia risolvibile con poca tecnologia, l'antico mito maoista del medico dai piedi scalzi perdurano

nel sottofondo di una visione politico-culturale presente in molte società, che vorrebbe negare il progresso e la complessità del pensiero scientifico e organizzativo e che, in questi casi, trova un buon bersaglio nell'ospedale.

PREVENZIONE VS CURA

Più prevenzione e meno cura. Anche questo slogan, declinato con infinite variazioni, tende a contrapporre le due aree di attività sanitaria sottointendendo che i modelli organizzativi del welfare devono privilegiarne una.

Ma una affermazione così perentoria semplifica eccessivamente la realtà. Il modello eziopatogenetico delle malattie, e lo stesso scenario epidemiologico, spesso non consentono di operare una netta distinzione fra queste due componenti.

Su questi temi, e sulla articolazione teorica dei diversi momenti della prevenzione e della cura si discute più avanti nel terzo capitolo (*L'Ospedale. Potente strumento di difesa e promozione della salute. Mito e realtà*). Ci limiteremo qui ad osservare che lo sviluppo delle conoscenze, la ricerca scientifica e l'analisi epidemiologica continuano a fornirci sempre maggiori evidenze dell'intensità delle relazioni fra prevenzione e cura. Per esemplificare questo concetto possiamo semplicemente domandarci, ad esempio, se la somministrazione di un antiipertensivo ad una persona asintomatica con valori fuori norma ma non eccessivi si possa classificare prevenzione o cura. Oppure possiamo osservare che l'attivazione di iniziative di screening evidenzia a volte una riduzione dell'incidenza e non solo della prevalenza delle patologie interessate.

Anche sotto questo aspetto dunque possiamo affermare che solo una visione complessiva di sistema e un adeguato modello organizzativo che sia in grado di erogare l'insieme delle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione può fornire

una efficace risposta alla domanda di salute. E ciò rimanda, ancora una volta, al complesso rapporto fra medicina generalistica e medicina specialistica, e al crescente ruolo delle più evolute tecnologie, che si preparano ad intervenire non solo sul trattamento delle patologie ma anche sui determinanti della salute.

ACUTI E CRONICI

Il grande interesse di organismi di governo nazionali e regionali del Ssn nei confronti della cronicità, e la correlata comparsa di numerosi atti di programmazione, a partire dal Piano nazionale della cronicità (Pnc) approvato con accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano dal 15 settembre 2016, ha posto in evidenza una complessa tematica, che interpreta la cronicità come «sfida di sistema», che richiede «una nuova cultura che dovrà impegnare, al di là delle differenze di ruolo, tutte le scelte di politica sanitaria, le strategie assistenziali, la tipologia dell'organizzazione, l'assetto operativo delle strutture e la conseguente offerta dei servizi» (Pnc pag. 14).

L'evidenza epidemiologica della diffusione della cronicità è indiscutibile, anche se il problema è noto da molto tempo. Luigi Checcacci nel suo trattato *Medicina Preventiva e Igiene* edito per la prima volta nel 1957 osservava a proposito della patologia cronica che «ogni progresso terapeutico, prolungando la durata media della malattia, si risolve, paradossalmente, in un aumento del numero dei malati con conseguente aumento della spesa sanitaria». Ed è ciò che si è puntualmente verificato. Sul problema della cronicità torneremo nel quarto capitolo. Qui preme osservare che, ancora una volta, l'evidenza epidemiologica e l'evoluzione della domanda di prestazioni tende a venire utilizzata per contrapporre «cronicità

a acuzie», con una visione che ne fa derivare un obiettivo programmatorio di riduzione dell'offerta ospedaliera ritenuta sovrabbondante rispetto a nuove ipotetiche tipologie assistenziali più approfondite, in quanto meno specialistiche e meno tecnologiche. Il Piano nazionale della cronicità su questo tema è esplicito, là dove afferma che in quest'ottica si pone la L. n. 135 del 7 agosto 2012 che ha previsto la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per 1000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per 1000 abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie. Ciò rende necessario «potenziare la formula alternativa al ricovero e valorizza la rete specialistica ambulatoriale, in un quadro di differenziazione di livelli erogativi articolati sulla base dell'effettivo potenziale di gestione della complessità» (Pnc pag. 15).

La conseguenza di questo indirizzo è stata quella di ridurre fortemente l'offerta di prestazioni ospedaliere di ricovero, collocando l'Italia al livello più basso dei Paesi confrontabili, come si vede in Tabella 2, e la drastica riduzione dell'offerta di prestazioni ospedaliere è sicuramente una delle principali cause del dilatarsi delle liste d'attesa in tutti i sistemi sanitari regionali italiani.

Paese	Anno 2011	Anno 2016
Germania	5,3	6,1
Francia	3,4	3,1
Media Paesi G7	3,9	4,3
Media Paesi Ocse Europa	3,1	3,4
Italia	2,8	2,6

Tabella 2 - Posti letto per acuti per mille abitanti

Fonte: elaborazioni Aiop su dati OECD Health Data 2019

Da: G. Pelissero. *Regolamento sugli standard ospedalieri. Il punto di vista dell'Aiop*. In Monitor n. 38. 2015 - Dati aggiornati al 31 marzo 2019

Ad una analisi più approfondita, il tema della cronicità si presenta come il punto di convergenza di una complessa tipologia di bisogni, non solo e spesso non prevalentemente sanitari, solo parte dei quali trovano risposta, nell'attuale assetto di erogazione del Ssn, di cui possiamo così sinteticamente ricordare almeno tre aspetti:

1) Gestione complessiva del paziente/presa in carico

Questo è espressione della crescente difficoltà a organizzare la propria vita di paziente che può usufruire di una rete di offerta, ma che può non avere sufficiente autonomia per farlo agevolmente.

È una situazione sempre più diffusa prodotta dell'interazione fra invecchiamento, patologia cronica e fragilità della struttura familiare, che trova il suo caso più emblematico nella persona anziana, sola e con patologia invalidante, e che richiede una forte capacità di esercizio di medicina di iniziativa unita spesso ad un adeguato supporto socio-assistenziale.

2) Accessibilità

La rete di offerta solitamente esiste, ma non sempre è facilmente accessibile, sia per l'esistenza di liste d'attesa sia per le difficoltà di contatto, sia per le difficoltà di movimento del paziente.

Questa situazione rimanda a complessi problemi organizzativi, a partire dalla adeguatezza quali-quantitativa dell'offerta reale fino alla complessa problematica del trasporto pubblico.

3) Mobilità di erogazione delle prestazioni

Mentre in sede ospedaliera, ambulatoriale e di residenzialità socio-sanitaria le tradizionali soluzioni organizzative, se ben gestite, possono rispondere adeguatamente alle necessità, il trattamento domiciliare del paziente cronico resta un proble-

ma aperto, e in moltissime realtà territoriali privo di soluzioni adeguate.

Le criticità che abbiamo ricordato rimandano tutte, con modalità diverse, ad un importante problema di natura economica. L'organizzazione della presa in carico, che richiede personale dedicato e tecnologie, il miglioramento della accessibilità a partire dalla riduzione delle liste d'attesa con aumento dell'offerta e una adeguata erogazione delle prestazioni fino al livello domiciliare non hanno infatti storicamente una copertura nella spesa sanitaria e socio-sanitaria pubblica, per altro in costante diminuzione.

La speranza di recuperare risorse con le sole iniziative di efficientamento della spesa storica è destinata a forti disillusioni, anche perché a fronte di un livello di finanziamento ai più bassi valori dell'Unione Europea si pone, sul versante delle ordinarie attività di cura, l'esigenza di un continuo adeguamento all'imponente e costoso sviluppo tecnologico, per il quale non sarebbe comunque sufficiente l'utilizzo di risorse esistenti recuperate da spese improprie.

In questo senso l'attivazione di una adeguata, e indubbiamente utile e necessaria, attività di assistenza globale nei confronti della cronicità si deve configurare non come uno spostamento di risorse esistenti dalle acuzie alla cronicità, ma come un nuovo e rilevante piano di investimento, anche economico, per aumentare i livelli di assistenza del sistema di welfare.

Ma questa consapevolezza, per ora, non sembra trasparire nelle progettualità istituzionale.

TRE STUDI SULL'ORGANIZZAZIONE SANITARIA

Scopo di questa pubblicazione, come abbiamo detto, è fornire alcune riflessioni sui modelli organizzativi dei servizi sanitari. Esse sono contenute in tre studi, effettuati in un tempo mol-

to lungo, che contengono proposte per soluzioni organizzative e analisi funzionali, tutte riferite a componenti operative del Ssn, con particolare attenzione ai modelli ospedalieri, ma anche rivolte ad analizzare le relazioni fra questi e le attività di prevenzione, i livelli assistenziali territoriali e la cronicità. I tre studi sono stati presentati, come letture, a convegni nazionali organizzati dall'Anmdo (Associazione nazionale medici direzione ospedaliera) e Siti (Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica), e si inseriscono nel continuo dibattito professionale, accademico e istituzionale sulla continua evoluzione dei Sistemi sanitari, con particolare riferimento al Ssn italiano.

Il primo contributo *L'Ospedale oltre i dipartimenti* si ripropone di ripercorrere la complessa vicenda dell'assetto organizzativo e delle relazioni gerarchiche all'interno delle strutture ospedaliere, ed è stato elaborato negli anni 2001-2002, in un clima molto attento alle novità organizzative introdotte con il D. Lgs. n. 229 del 19 giugno 1999, la cosiddetta Riforma-Ter, proposta dall'allora Ministro della Sanità Rosi Bindi.

L'essenza delle considerazioni contenute nello studio può essere ricondotta ad una riflessione critica sui modelli organizzativi rigidi, rivolta prevalentemente all'assetto delle strutture di diritto pubblico, ma indirettamente anche a quelle di diritto privato, la cui autonomia organizzativa e maggiore flessibilità saranno negli anni successivi un indubbio fattore di successo rispetto alle difficoltà in cui si troverà, e tuttora spesso si trova, la governance della componente pubblica.

Per le finalità di questo libro la riflessione più rilevante, a nostro giudizio è però quella relativa alle caratteristiche della governance professionale all'interno di strutture complesse, e alle difficoltà che si incontrano nel coniugare governance clinica e governance organizzativa. Un tema che si riproporrà con forza nell'ultimo capitolo, confrontandosi con la problematica più attuale della cronicità.

Il secondo contributo *L'Ospedale. Potente strumento di difesa e promozione della salute. Mito e realtà*, pubblicato nel 2009, affronta altre problematiche di natura organizzativa, relative alla sua collocazione all'interno del modello organizzativo generale del Ssn, per poi soffermarsi sul problema dei rapporti fra attività ospedaliera, intesa come tipica attività specialistica di diagnosi e cura, e attività di prevenzione.

L'osservazione centrale dello studio è che «lo schema più diffuso per la lettura dei sistemi sanitari colloca, come abbiamo visto, l'ospedale nel campo esclusivo della cura specialistica di II livello, lontano dal confine fra cura e prevenzione».

E in merito si osserva che «questa lettura organizzativa e funzionale probabilmente risente della concezione dualistica dei sistemi sanitari, che in qualche modo contrappone drasticamente l'ospedale (luogo di cura di patologie conclamate) al territorio (luogo della presenza dei fattori di rischio e del manifestarsi della patologia all'esordio, e dunque luogo di prevenzione). Questo netto dualismo sista però superando nella pratica medica quotidiana».

Ancora una volta, dunque il richiamo ad una visione flessibile ed integrata dell'intero sistema sanitario.

L'ultimo contributo *Ospedale e Territorio* è una recente riflessione del 2018, che parte dalla trasformazione delle caratteristiche e del ruolo dell'ospedale per proporre una visione organizzativa più articolata, rivolta a proporre l'evoluzione della tradizionale visione dualistica ospedale-territorio in una diversa lettura, fondata sulle modalità di esercizio della professione medica, e conseguentemente sui modelli organizzativi che la sostengono.

In questa concezione diviene dominante il problema delle relazioni fra medicina specialistica e medicina generalistica, il diverso distribuirsi dell'uso delle tecnologie, il rapporto fra responsabilità clinica e responsabilità professionale.

Temi e problemi che già erano stati discussi nel secondo capi-

tolo, con una visione esclusivamente concentrata sull'ambito specialistico e ospedaliero, e che la crescente dimensione epidemiologica della cronicità espande sull'intero esercizio professionale della medicina, sull'insieme dei luoghi di erogazione e sulla totalità dei bisogni di prevenzione, cura e riabilitazione.

Problemi complessi, che interessano tutte le componenti del Ssn, sia quelle di programmazione e governo rappresentate oggi dalle istituzioni nazionali e regionali, sia quelle di produzione delle prestazioni, rappresentate dagli erogatori pubblici e privati, entrambi chiamati alla necessità di ripensare continuamente la propria organizzazione e la sua governance.

Il tutto, per altro, condizionato da un livello di investimento pubblico decrescente, da uno sviluppo tecnologico inarrestabile, da un quadro epidemiologico e demografico portatore di bisogni complessi e crescenti.

BIBLIOGRAFIA E NOTE

- (1) Rimando per quanto attiene ai problemi di finanziamento e sostenibilità del welfare sanitario, soprattutto in Italia, al recente: G. Pelissero, *Costruire la Sanità del futuro*, Franco Angeli, Milano, 2018, che contiene anche molti riferimenti bibliografici.
- (2) Per una più approfondita analisi degli interventi normativi che riguardano l'assetto organizzativo del Ssn, si veda: G. Pelissero, *Il Sistema sanitario italiano. Una realtà in continua evoluzione*, in G. Pelissero e A. Mingardi, (a cura di), *Eppur si muove. Come cambia la Sanità in Europa fra pubblico e privato*, IBL Libri, Torino, 2010.

L'Ospedale oltre i dipartimenti

In *L'Ospedale*, volume n. 1, 2000, pp. 8-14, Milano.

IL MITO DEL DIPARTIMENTO

La sollecitazione ad organizzare gli ospedali in dipartimenti è vecchia come gli ospedali stessi.

Nasce infatti con il D. P. R. n. 128 del 1969, con il quale l'ospedale assume in Italia una forma organizzativa stabile che per lo più resiste ancora oggi; viene ribadita con la L. n. 148/75; solennemente affermata con la L. n. 833/78 istitutiva del Servizio sanitario nazionale; ripresa dai DD. Lgs. nn. 502 e 517 del 1992 e 1994 (la cosiddetta Riforma-Bis), ed è infine affermata dal D. Lgs. n. 229/99 (la cosiddetta Riforma-Tris).

Poche parole sono usate nel gergo organizzativo ospedaliero in modo tanto costante, e al tempo stesso confuso e inefficace, così da giustificare l'affermazione dell'esistenza di un «mito» del dipartimento, che transita nel mondo reale solo dopo trent'anni di sterili affermazioni con il D. Lgs. n. 229/99, e che per di più nell'avviarsi ad una qualche forma di realizzazione manifesta una imprevista potenzialità di danno.

In tutto il lungo periodo di esistenza del «mito del dipartimento», che per ragioni che vedremo genera anche «sogno» del dipartimento, il modello di organizzazione ospedaliera che si struttura e radica profondamente nella quasi totalità degli ospedali italiani, pubblici e privati, è il suo contrario, il modello divisionale, che paradossalmente giunge a piena maturazione proprio grazie al D. P. R. n. 128/69 (1).

Esso è l'espressione di una visione organizzativa fondata sullo sforzo, ben riuscito, di collegare la struttura del sapere medico che si va sempre più suddividendo in specialità con articolazione gerarchica dell'esercizio professionale, e genera una soluzione la cui semplicità e razionalità spiega il grande successo pratico e l'intrinseca forma della soluzione.

In estrema sintesi, il modello divisionale si caratterizza per due aspetti fondamentali:

- l'articolazione organizzativa in divisioni corrispondenti a singole specialità medico-chirurgiche, ciascuna dotata di propri posti letto;
- l'organizzazione del personale fortemente gerarchizzata con la presenza di una figura apicale (Primario) nella quale la massima responsabilità professionale coesiste con la massima responsabilità organizzativa, costituendo così un fortissimo fattore di identità e stabilità dell'intero sistema, e al tempo stesso introducendo i connessi elementi di rigidità.

L'ospedale divisionale è dunque una realtà organizzativa solida, semplice e funzionale, come è dimostrato dalla sua stessa capacità di sopravvivere nel tempo, ma ovviamente anch'esso contiene fattori di criticità relativi alle difficoltà a conseguire stabilmente obiettivi di efficienza e dalle tensioni derivanti da fattori umani.

La criticità connessa all'efficienza è la diretta conseguenza della caratteristica della divisione di possedere in modo esclusivo tutti gli strumenti di produzione, dalla dotazione di personale ai posti letto.

Quando l'attività divisionale è molto elevata non sussistono problemi, ma si è costantemente osservato che nel lungo periodo cresce il numero di divisioni che presentano un tasso di saturazione dei posti letto sempre più basso.

E poiché al posto letto, indipendentemente dal suo corretto utilizzo quotidiano, si collegano tutte le altre dotazioni di ri-

sorse umane e strumentali, l'ordinamento divisionale diviene spesso il primo responsabile del calo di efficienza dell'ospedale.

La criticità connessa ai fattori umani deriva dalla struttura gerarchica della divisione, tradizionalmente articolata su tre livelli (assistenti, aiuto, primario) e nella quale l'unica figura apicale – il primario – è titolare sia della responsabilità clinica che di quella organizzativa.

Questa situazione, sinteticamente espressa nella Figura 1, all'esterno rafforza moltissimo la divisione, rendendola all'occorrenza in grado di imporsi anche sulle decisioni organizzative delle direzioni e dell'amministrazione ospedaliera, ma all'interno comprime tutte le altre professionalità, e in particolare quelle mediche.

Se tale condizione può essere tranquillamente accettata dai medici più giovani, soprattutto in presenza di un primario capace e autorevole, essa determina livelli di insoddisfazione crescenti con il completarsi della professionalità, generando

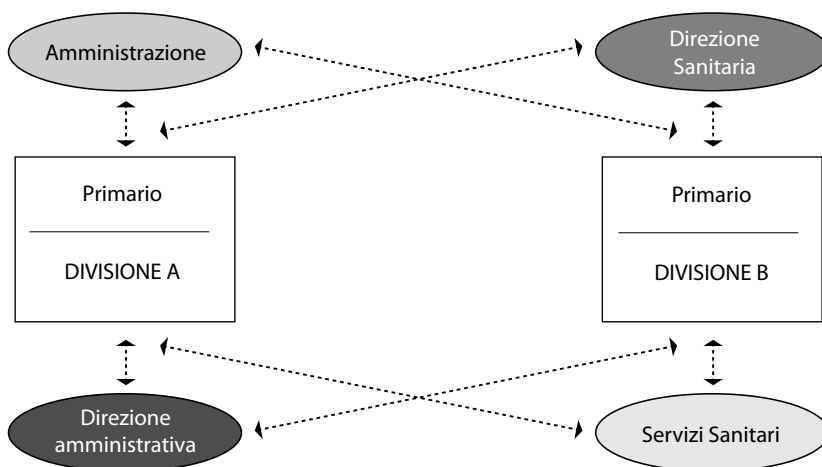


Figura 1 - Il modello dell'ospedale divisionale

una sorta di «sindrome dell'aiuto anziano» che produce fra i migliori collaboratori e il primario un potenziale continuo conflitto, i cui sbocchi possono essere i più vari ma il cui effetto è comunque negativo sull'attività della divisione. Se nel trentennio 1969-1999 il dipartimento ospedaliero appare come una sorta di mito dai contorni incerti nella azione legislativa, per generazioni di aiuti e di assistenti anziani, frustati della presenza di un tappo professionale che blocca le loro carriere, esso diventa un sogno liberatorio. Sogno tanto più suggestivo quanto più gli spazi di attività libero/professionale al di fuori della propria divisione si riducono e la collocazione del medico ospedaliero viene ad assumere un profilo impiegatizio, in un contesto generale che vede il trionfo del principio del lavoro dipendente.

Fino a quando la struttura degli ospedali resta quella di Enti pubblici, e la disponibilità di denaro pubblico rimane elevato, i due fattori di criticità vengono sistematicamente neutralizzati da una conduzione gestionale e contrattuale che ne contiene gli elementi dirompenti.

Con l'aziendalizzazione, l'avvio di una crescente competizione da parte del settore ospedaliero privato, e i vincoli della finanza pubblica derivanti dagli impegni assunti con la Comunità Europea, anche per la sanità italiana l'efficienza inizia a diventare una necessità, e le tensioni interne alla componente medica si esasperano, producendo una inattesa attualizzazione dell'ordinamento dipartimentale.

QUALE DIPARTIMENTO?

Una non piccola letteratura, e un certo fiorire di iniziative sperimentali, propongono negli ultimi anni svariate tipologie di dipartimento, definito di volta in volta come strutturale, funzionale, rivolto alla qualità, polispecialistico o monospeciali-

stico, con articolazioni, intra o extra ospedaliero, talora formulando considerazioni approfondite e stimolanti (2), (3), (4).

Il punto nodale dell'ordinamento dipartimentale, che non sembra essere a tutt'oggi sufficientemente acquisito, è però a nostro giudizio costituito dalla esatta definizione dei livelli di governo e delle loro relazioni con la responsabilità professionale, poiché questo complesso problema costituisce il fulcro e il nucleo fondamentale dell'intera organizzazione ospedaliera. In altre parole, ciò che veramente importa è stabilire dove viene collocata la responsabilità, e conseguentemente il potere di utilizzare (o di non utilizzare) le risorse umane e materiali dell'ospedale, partendo ancora una volta dal posto letto, che rimane l'unità di misura più immediatamente definibile in una organizzazione così complessa.

In questa lettura, l'intera organizzazione ospedaliera rappresentata dalle singole specialità mediche, dalla dotazione di personale infermieristico, dalle aree a destinazione definita quali le sale operatorie, dal sistema dei servizi diagnostici o clinici, etc., può essere considerato come una serie di variabili dipendenti le cui caratteristiche possono essere standardizzate secondo parametri predefiniti (protocolli clinici, tempi di assistenza, tempi di utilizzo delle dotazioni, volumi di attività per impianto tecnologico e così via) ma la cui interazione e il cui uso è governato da individui che, nell'ospedale divisionale, sono storicamente rappresentati dai primari.

Utilizzando il modello divisionale come punto di riferimento, abbiamo da tempo proposto di identificare tre tipologie di dipartimento (5), ciascuna diversa dall'altra proprio in base al rapporto fra responsabilità professionale e responsabilità organizzativa, rapporto che come abbiamo detto consideriamo il vero motore interno di tutta l'organizzazione ospedaliera (Fig. 2).

Il Dipartimento di Tipo I, corrisponde alla soluzione più «debole» sotto il profilo organizzativo. Le Unità Operative, o i

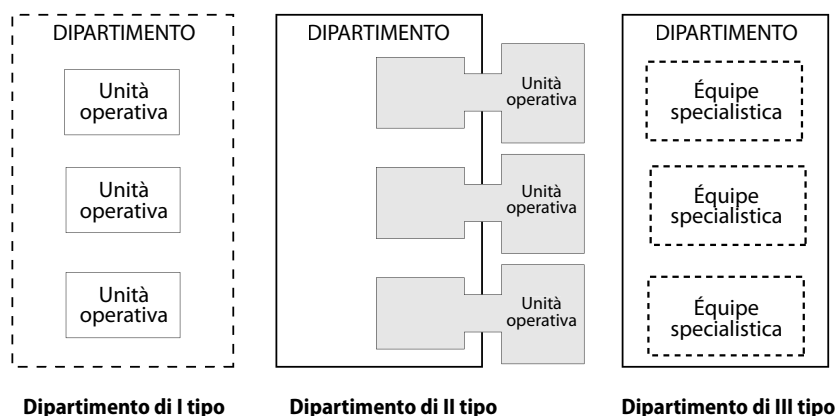


Figura 2 - Tipologia dei Dipartimenti

Servizi che lo compongono rimangono, infatti, completamente autonome, non mettono in comune personale e strutture, rispondono completamente ciascuna al proprio Dirigente; in termini operativi questo tipo di Dipartimento non è altro che un protocollo permanente, al quale viene affidata la funzione di coordinamento di alcune attività.

È possibile in questo caso individuare un Coordinatore di Dipartimento e/o un Comitato, sostanzialmente per la progettazione e la verifica del protocollo, senza alcun significato gerarchico. Il Dipartimento di Tipo II, corrisponde alla soluzione intermedia, e vede le Unità Operative, o i Servizi interessati, mettere in comune una parte delle relative risorse umane e strutturali, per formare una nuova entità parzialmente indipendente. Un esempio di questa soluzione si può ritrovare in alcuni Dipartimenti Ospedalieri, ad esempio di Emergenza e Accettazione, dove un gruppo di Unità Operative destina, spesso a rotazione, una parte del proprio personale a costituire una équipe interdisciplinare permanente.

In questo caso, pur rimanendo un legame istituzionale con le Unità operative di provenienza, il Dipartimento assume con-

notati più «forti» e una eventuale figura di Coordinatore tende ad assumere un ruolo più gerarchico, e più vicino a quello di un vero Dirigente. Il Dipartimento di Tipo III, corrisponde alla soluzione più «forte», e vede la sostanziale scomparsa delle Unità Operative interessate, la cui struttura organizzativa e funzionale si dissolve all'interno del Dipartimento.

In tale soluzione le singole componenti specialistiche rimangono certamente presenti come équipes, ma perdono la propria autonomia strutturale: in questo tipo di Dipartimento i posti letto e le attrezzature non sono più divisi per specialità, ma utilizzati in comune dalle diverse équipe specialistiche.

I Responsabili di Unità Operative non hanno più compiti significativi di tipo organizzativo, che si trasferiscono a chi dirige il Dipartimento. È molto importante considerare come i tre tipi di dipartimento costituiscono tipologie razionali individuate sulla base di un criterio organizzativo-gestionale ben definito; sono ovviamente possibili soluzioni che attuano o esaltano le caratteristiche di ogni singola tipologia, ma sempre all'interno di confini ben definiti, rappresentati appunto dalle differenti caratteristiche del rapporto fra responsabilità organizzativa e responsabilità clinica.

Nella costruzione di una organizzazione dipartimentale è possibile infine combinare le distinte tipologie in modo irrazionale o contraddittorio e in questo caso il risultato determina una sorta di patologia organizzativa, come in concreto sembra derivare dall'impostazione e adottata dal recente D. Lgs. n. 229/99.

PATOLOGIA DEI DIPARTIMENTI

Il modello che deriva dalle indicazioni del D. Lgs. n. 228/99 e dal correlato Contratto collettivo nazionale di lavoro tenta di combinare residui dell'ordinamento divisionale, individuati

con il termine di unità operativa, con un sistema dipartimentale imperfetto, fondato su una figura di nuova istituzione, il direttore del dipartimento.

Egli assomma in sé la responsabilità clinica di una unità operativa afferente al dipartimento, la responsabilità organizzativa della stessa, e una quota non ben definita di responsabilità organizzativa dell'intero dipartimento. Questo modello è stato da noi definito (6) come dipartimento multicefalo, per indicare il potenziale contrasto e il conseguente fattore di instabilità insito in questa soluzione. Essa infatti da un lato tenta di costruire un dipartimento di Tipo III, con un unico livello organizzativo in grado di gestire totalmente le risorse, ma non ci riesce perché conserva l'autonomia clinico-organizzativa delle singole divisioni e soprattutto perché non è in grado di definire nelle specifiche operative l'assetto del dipartimento stesso.

Dall'altro lato lascia intravedere una soluzione di dipartimento di Tipo I, nel quale le singole unità operative restano ben individuate, ma promuove gerarchicamente ed economicamente un clinico rango di organizzatore, attribuendogli la funzione di Direttore di dipartimento.

E con questo innesca un potenziale conflitto professionale nei confronti dei responsabili delle altre unità operative afferenti al dipartimento foriero di gravissimi effetti gestionali.

L'aspetto più paradossale di questa soluzione è infine rappresentato dall'aver posto come massimo obiettivo di carriera ai migliori dei clinici ospedalieri una funzione organizzativa, in assoluto contrasto con i più banali principi di efficacia ed efficienza nell'uso delle risorse umane.

In effetti questo modello riproduce peggiorandola una situazione disfunzionale ben nota ai piccoli ospedali negli anni '70, là dove in carenza di un direttore sanitario questa funzione veniva assegnata ad uno dei primari, producendo inevitabilmente un disequilibrio nell'attribuzione delle risorse fra le

varie divisioni e un contrasto più o meno latente fra il clinico dotato di poteri organizzativi più ampi e tutti i suoi colleghi primari delle altre divisioni.

L'OSPEDALE OLTRE I DIPARTIMENTI

La problematicità insita della nozione stessa di dipartimento, e le soluzioni proposte dalle più recenti normative, connotate per caratteristiche di scarsa razionalità e di potenziale effetto destabilizzante, inducono a rivedere profondamente l'intera questione, nel tentativo di formulare una analisi organizzativa coerente e propone soluzioni percorribili.

A tale scopo esamineremo i seguenti punti:

- a) finalità del dipartimento;
- b) soluzioni organizzative e inconvenienti della dipartimentalizzazione;
- c) ambiti di applicabilità di modelli dipartimentali;
- d) modello razionale di dipartimento.

a. Finalità del dipartimento

Comunque lo si voglia considerare, il dipartimento è un modello di organizzazione ospedaliera che in qualche modo si contrappone a quello storico della divisione.

La sua ragione d'essere è sostanzialmente riferibile alla sfera dell'efficienza, poiché abbattendo il confine delle divisioni con il sottrarre ai loro responsabili i poteri organizzativi (di cui emblematico è la disponibilità in esclusiva dei posti letto assegnati) consente almeno potenzialmente di utilizzare le risorse umane e materiali.

Tutte le altre funzioni che solitamente si vuole attribuire ai dipartimenti (quali ad esempio ricerca, didattica, aggiornamento, stesura di protocolli, adozione di comportamenti generali da parte degli operatori, etc.) possono in realtà essere attribui-

te a dipartimenti di tipo I, che come abbiamo visto lasciano sostanzialmente intatta la struttura divisionale dell'ospedale, o ad altri organismi di ogni genere, (direzioni sanitarie, consiglio dei sanitari, gruppi di lavoro ad hoc, direzioni scientifiche, coordinatori di progetto, etc.) proprio poiché non sono propri e caratterizzanti l'ordinamento dipartimentale.

b. Soluzioni organizzative ed errori nella dipartimentalizzazione

Il problema centrale di una organizzazione dipartimentale orientata all'efficienza è a questo punto rappresentato dalla attribuzione della responsabilità organizzativa, che consiste nel potere di assegnare o sottrarre continuamente posti letto e dotazioni di personale e di risorse materiali alle varie équipes che compongono il dipartimento.

Una, e probabilmente l'unica efficace soluzione, è costituita dall'individuazione di una persona fisica titolare di tale potere, che sia in grado da un lato di conoscere e interpretare perfettamente gli obiettivi strategici dell'ospedale, dall'altro di svolgere la propria funzione con sufficiente autorità e autorevolezza, nei confronti delle singole équipes e dei loro responsabili. Su questo problema torneremo più avanti, precisando fin d'ora che:

- 1) il titolare di questo potere non deve essere uno dei responsabili clinici delle équipes del dipartimento, per le ragioni che abbiamo esposto;
- 2) il titolare di questa funzione non deve essere il migliore clinico, per un'evidente ragione di buon uso delle risorse umane (il buon clinico deve fare il clinico). In molte proposte comparse in letteratura o adottate da aziende ospedaliere la responsabilità organizzativa del dipartimento è affidata a un medico eletto nell'ambito del dipartimento stesso. Egli è poi affiancato da un Comitato/Consiglio di dipartimento di varia composizione.

L'esercizio del potere organizzativo nelle modalità che abbiamo sopra indicato, non si concilia con l'elezione del responsabile, e tanto meno tanto meno con l'attribuzione di poteri organizzativi reali a Comitati/ Consigli di dipartimento.

Infatti si può affermare che, se si vuole costruire una falsa organizzazione dipartimentale conservando una struttura divisionale all'ospedale, è sufficiente stabilire che il Direttore del Dipartimento è eletto (meglio se a rotazione) dal Comitato/ Consiglio, e che quest'ultimo è composto dai Responsabili delle équipes ed ha il potere di assegnare le risorse alle équipes stesse.

c. Ambito di applicabilità del modello dipartimentale

Indipendentemente delle soluzioni organizzative adottate, il modello dipartimentale interessa solamente alcune componenti del sistema-ospedale, poiché è intrinsecamente inadatto ad alcune applicazioni.

Ci limiteremo a fornire qualche esempio.

- 1) Non ha senso dipartimentalizzare specialità uguali. Il dipartimento monospecialistico è infatti una contraddizione in termini, poiché dal punto di vista organizzativo esso è una divisione. Nella realtà, in ospedali con più divisioni della stessa specialità, può essere tatticamente vantaggioso chiamare dipartimentalizzazione il loro accorpamento. In realtà se ciò avviene ponendo tutte le divisioni nella stessa disciplina sotto la responsabilità organizzativa e gestionale di un solo apicale clinico, il termine corretto che definisce questo processo è accorpamento.
- 2) Non è di norma ragionevole la dipartimentalizzazione dei servizi ospedalieri di diagnosi e cura. Essi infatti non hanno motivo di mettere in comune risorse il cui utilizzo è strettamente connesso alla singola specialità (il laboratorio non usa le tecnologie e il personale della diagnostica per immagini; l'anestesia e rianimazione ha un profilo organizzativo

e tecnologico non sovrapponibile alle altre specialità, etc.). Anche se di grandi dimensioni, i servizi possono essere organizzati di norma secondo modelli più riferibili a quello divisionale, poiché in essi di solito si può individuare un unico responsabile in grado di svolgere con sufficiente competenza sia le funzioni cliniche che quelle organizzative.

- 3) Il destinatario ottimale della dipartimentalizzazione è rappresentato dunque da un gruppo di specialità che possono mettere in comune posti letto con dotazioni uniformi di risorse umane e strumentali, e grossi impianti quali blocchi operatori o grandi tecnologie.

d. Modello razionale di dipartimento

Le considerazioni fin qui formulate consentono di indicare le caratteristiche fondamentali di un modello razionale di dipartimento, che possiamo così sinteticamente riassumere.

- 1) Presenza di una funzione di direzione organizzativa indipendente dalle funzioni cliniche, e direttamente collegate alla amministrazione ospedaliera. A nostro giudizio questa funzione deve essere svolta dalla direzione sanitaria, anche per un evidente economia di impegno di risorse umane.
- 2) Aggregazione di specialità caratterizzate da uguale (o compatibile) livello di assistenza infermieristica, da uso comune di gruppi operatori o grandi tecnologie, e sostanzialmente individuate sulla base della possibilità di utilizzo dello stesso posto letto. Una buona traccia per individuare livelli di assistenza omogenei per l'aggregazione delle specialità è contenuta in Tabella 1.
- 3) Valorizzazione del ruolo professionale clinico, con riduzione della responsabilità organizzativa accompagnata all'esaltazione del valore professionale e della capacità attuativa del medico.

Questo principio comporta una ristrutturazione del modello gerarchico tradizionale (primario - aiuto - assistente) e delle

sue successive ibridazioni (responsabile struttura complessa - responsabile struttura semplice - specialista senza responsabilità) per giungere ad una articolazione professionale fondata su équipes anche piccole, connotate dalla leadership di un senior coadiuvato da un gruppo di junior tendenzialmente non numeroso. Nella stessa aggregazione dipartimentale possono così coesistere più senior della stessa disciplina, mentre alcune funzioni di interesse generale (guardia medica attiva, pronta disponibilità) possono essere suddivise fra tutti i medici della stessa specialità, anche di équipes diverse.

In un modello di questo genere le modalità di compenso dei medici è ovviamente un fattore strategico. La soluzione che più facilita la gestione è quella che tende remunerare in maggior misura la capacità attrattiva e il volume di prestazioni erogate da ogni équipe/professionista e in minor misura la posizione formale e il ruolo.

UNA NUOVA ORGANIZZAZIONE DEGLI OSPEDALI

Il modello che abbiamo sinteticamente delineato, e che schematicamente è rappresentato in Figura 3, definisce una organizzazione che va oltre la tipologia del dipartimento, realizzando in realtà matrici organizzative complesse e ricostruendo radicalmente la struttura e la stessa forma fisica dell'ospedale. Poiché la parola dipartimento si è ormai affermata nell'uso comune, e non è certo il caso di introdurre nuove complicazioni nella già confusa e aggrovigliato lessico della sanità italiana, possiamo chiamare questa soluzione organizzativa dipartimento integrato.

Il suo utilizzo consente di immaginare una nuova organizzazione degli ospedali, molto più flessibile e articolata del tradizionale ospedale divisionale, o dal vagheggiato ospedale dipartimentale costruito con dipartimenti di III tipo. Essa è



Figura 3

caratterizzata dalla presenza contemporanea di servizi di diagnosi e cura organizzati secondo il modello divisionale; di dipartimenti integrati definiti per livelli di intensità assistenziale, senza escludere la presenza di qualche divisione dotata di posti letto in specialità che per ragioni peculiari alle singole aziende non si porta o non ha ragione di entrare in un dipartimento integrato. Ciò che veramente importa è che l'organizzazione sia costruita non per se stessa, ma per conseguire risultati definiti chiaramente; che sia possibile modificarla tempestivamente in relazione al variare della domanda e dell'evoluzione scientifica e tecnologica; che i livelli di governo sia organizzativo che clinico siano ben definiti, con la valorizzazione della competenza specifica di ogni medico e di ogni professionista.

I presupposti di fattibilità per questa impostazione sono molteplici, e sono individuabili nel completamento del processo di aziendalizzazione degli ospedali; nella effettiva attuazione del sistema di pagamento a prestazione; nella formazione di medici di organizzazione ospedaliera con una più forte ca-



Figura 4 - Aggregazione delle specialità medico-chirurgiche in relazione al livello di intensità di assistenza (secondo il criterio del Sistema informativo sanitario-Ministero della Sanità – Modello HSP 21) limitatamente alle specialità dotate di posti letto

pacità manageriale; nello sviluppo di una cultura professionale nei medici di area clinica meno orientata alla burocratizzazione delle carriere; nello sviluppo di fattori di competizione fra gli ospedali; nella accettazione di sistemi di «premi e castighi» per tutte le aziende e per tutte le loro componenti operative. Ma tutte queste sfide non possono non essere raccolte da quanti pensano ad una sanità con livelli di efficacia, efficienza e soddisfazione ben maggiori di quelli attuali.

BIBLIOGRAFIA E NOTE

- (1) G. Pelissero, *L'Organizzazione e gestione di aziende ospedaliere*, in *L'Ospedale*, volume n. 7, 1999, Milano, pp. 15-20.
- (2) E. Guzzanti, *I dipartimenti ospedalieri nelle esperienze internazionali. Storia, evoluzione, prospettive*, in *Organizzazione Sanitaria*, volume n. 4, 2000, FRG Editore, Roma, pp. 7-20.
- (3) M. Greco, *Norme nazionali e legislazione regionale sull'organizzazione dipartimentale*, in *Organizzazione Sanitaria*, volume n. 4, 2000, FRG Editore, Roma, pp. 21-32.
- (4) F. Montesanti, *Il dipartimento: perpetuazione di equivoci o occasione di ripensamento e sviluppo di strategie organizzative*, in *Organizzazione Sanitaria*, volume n. 4, 2000, FRG Editore, Roma, pp. 103-108
- (5) G. Pelissero, *Nuovi modelli organizzativi per il Servizio Sanitario Nazionale*, in *L'Igiene Moderna*, n. 105, 1996, Genova, pp. 1513-1529.
- (6) G. Pelissero, *Tipologie di Modelli di organizzazione dipartimentale*, in *Continuità Discontinuità e Pubblico/Privato in Psichiatria*, Edizioni Ferro, Pavia, 2001.

L'ospedale. Potente strumento di difesa e promozione della salute. Mito e realtà

Relazione tenuta alla *XI Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica* – Napoli, 15-17 ottobre 2009, in *Igiene e Sanità Pubblica*, Supplemento al n. 5/2009 della *Rivista scientifica*, Edizioni Iniziative Sanitarie, Roma, 2009, pp. 205-210.

L'OSPEDALE NEL SISTEMA SANITARIO

L'ospedale rappresenta una componente fondamentale di ogni sistema sanitario evoluto. Ma le sue caratteristiche, la sua organizzazione e la sua collocazione, anche giuridica, sono tuttora un problema aperto, e non solo in Italia.

Nel nostro Paese il passaggio da un sistema sanitario di tipo Bismarck a uno di tipo Beveridge, formalizzato con la L. n. 833/78, ha tentato di offrire una soluzione sulla quale, però, è ancor vivo il confronto. E non è certo terminata l'elaborazione di soluzioni di verse.

Ad oggi, la nozione di ospedale in Italia si presenta dunque articolata e complessa, diversa nelle tipologie e nelle realtà regionali. Rimangono molte grandi questioni aperte, che in questa sede possiamo solo limitarci ad elencare, evidenziandone la problematicità.

Citiamo fra esse:

- a. L'ospedale deve essere una realtà autonoma o la parte di un'organizzazione che comprende anche il territorio?
- b. L'ospedale deve essere una vera azienda o conservare caratteri e profili di un ente pubblico?
- c. L'ospedale deve essere finanziato in base all'attività o in base ai costi?
- d. L'ospedale deve avere una dimensione minima?

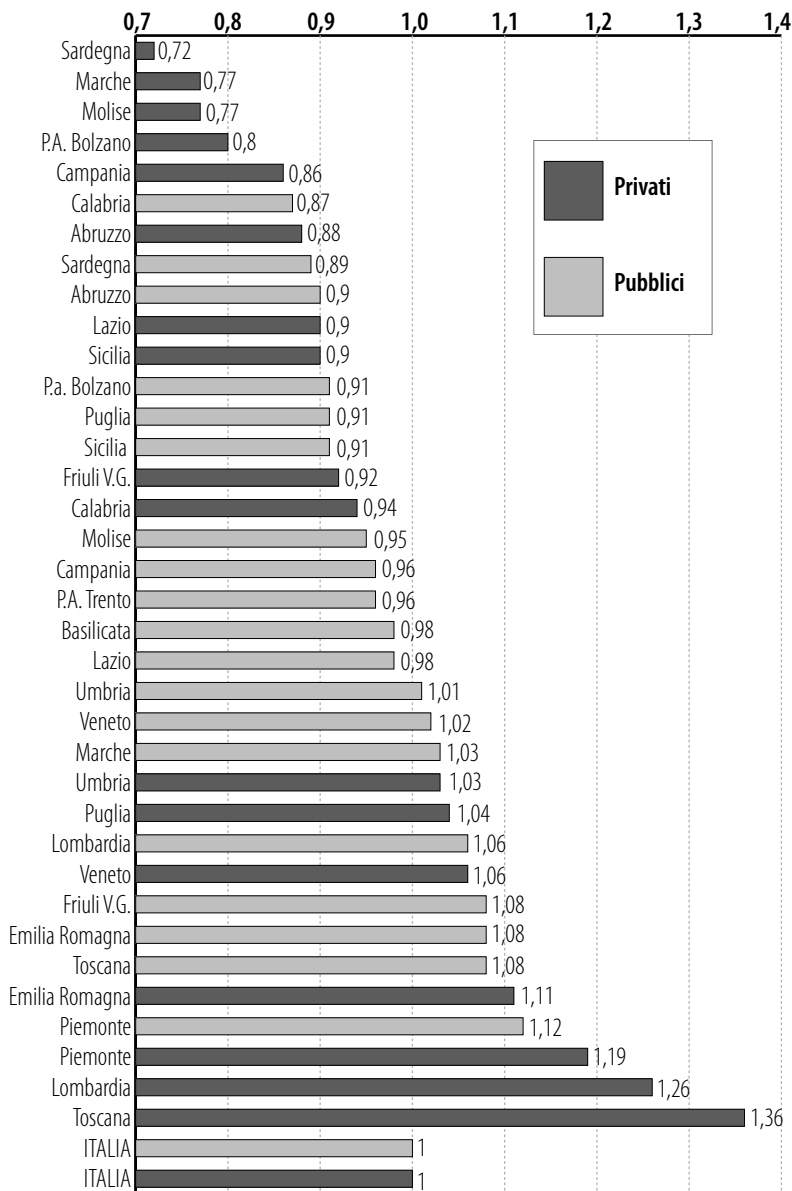


Figura 1 - Case-mix delle reti ospedaliere regionali diviso fra Pubblico e Privato. Anno 2006 (in grigio scuro le reti di diritto privato, in grigio chiaro le reti di diritto pubblico)

- e. L'ospedale deve avere una dimensione massima?
- f. L'ospedale che lavora per il Servizio sanitario nazionale deve essere di diritto pubblico o può essere anche di diritto privato, e in questo caso le due tipologie devono avere uguali funzioni e uguali regole?
- g. L'ospedale si può organizzare liberamente al proprio interno o deve acquisire un modello giuridico predeterminato?
- h. Chi controlla l'attività dell'ospedale?

Pur con queste questioni aperte, l'ospedale come luogo di cura in regime di degenza, ordinaria e diurna, è ovviamente presente in forma diffusa anche se, come abbiamo detto, con tipologie e caratteristiche funzionali molto variegata.

Ancora in estrema sintesi:

- a. le strutture di ricovero riconducibili alla nozione di ospedale sono in Italia 1.217 (Tab. 1);
- b. i posti letto sono in totale 263.908, di cui circa l'80% in strutture di diritto pubblico e il 20% di diritto privato;
- c. i posti letto per 1.000 abitanti sono in totale 3,9 per acuti e 0,6 per riabilitazione ospedaliera, con non piccole differenze regionali. Si va da un massimo di 5,8 posti letto per 1.000 abitanti nel Molise a un minimo di 3,7 posti letto per 1.000 abitanti nella Campania (1);
- d. la spesa pubblica per attività ospedaliera rispetto alla spesa sanitaria totale nel 2006 era del 53,9%, nettamente superiore alla media dei Paesi del G7 che è pari al 40,6% (Tab. 2). Un dato significativo sulla cui piena attendibilità si può forse nutrire qualche dubbio (2); e che comunque deve essere valutato tenendo conto del fatto che la spesa sanitaria pubblica in Italia è inferiore a quella di tutti i Paesi dell'Unione Europea con economie comparabili con la nostra (3);
- e. il tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti è comun-

- que in costante discesa, seppure anche in questo caso con differenze regionali non marginali (1);
- f. le caratteristiche qualitative delle reti ospedaliere presenti nelle regioni italiane sono molto differenziate.

Pur nella grande difficoltà di effettuare adeguate misurazioni di fenomeni così complessi, la disponibilità delle rilevazioni in forma omogenea su tutto il territorio nazionale del valore del case-mix e del peso medio delle casistiche ospedaliere consente da qualche anno una visione comparativa. La Figura 1 mostra, per ogni regione italiana, il valore di case-mix della rete ospedaliera di diritto pubblico (in grigio chiaro) e di diritto privato (in grigio scuro) (3).

Come si vede, si passa da valori massimi di 1,36 (per i pochi ospedali di diritto privato della Toscana) e 1,26 (per i molti ospedali di diritto privato della Lombardia) a valori minimi di 0,72 (per gli ospedali pubblici della Sardegna) e 0,77 (per gli ospedali pubblici delle Marche).

La complessità del tema non ci consente di formulare, in questa sede, molti importanti approfondimenti.

Per discutere sul ruolo dell'ospedale nella difesa e promozione della salute ci concentreremo dunque sugli aspetti più interessanti per l'area della prevenzione, cercando di fornire qualche considerazione sul ruolo che gli ospedali possono assumere, oggi e domani, nei diversi livelli dell'intervento preventivo.

L'OSPEDALE E LA PREVENZIONE

La scienza igienistica ha prodotto due classici modelli descrittivi relativi:

- a. alle condizioni di salute e malattia utile per la corretta collocazione degli interventi preventivi;

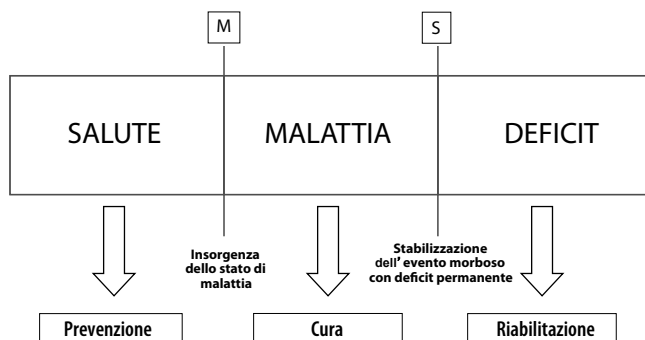


Figura 2 - Condizioni di salute e di malattia e attività di prevenzione, cura e riabilitazione

b. alla tipologia dei fattori di rischio di malattia, indispensabile per la definizione delle strategie e della tecnica di prevenzione.

Il primo modello riportato in Figura 2 evidenzia i confini fra medicina preventiva, medicina curativa e medicina riabilitativa e, in questo modo, concorre anche ad assegnare alle diverse discipline mediche e alle diverse componenti organizzative dei sistemi sanitari i relativi campi d'interesse.

In realtà come ogni schematismo anche quello indicato costringe la realtà entro limiti angusti.

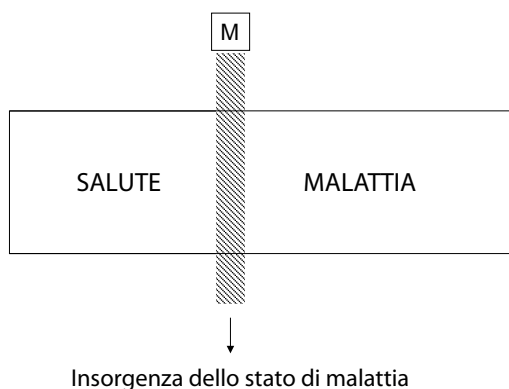


Figura 3 - Insorgenza dello stato di malattia

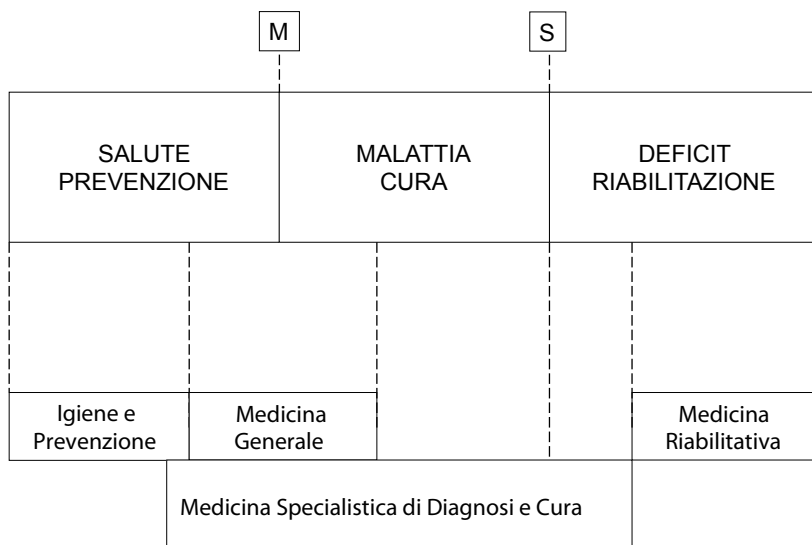


Figura 4 - Prevenzione, cura, riabilitazione e macroarticolazioni della medicina

Se proviamo ad amplificare una parte dello schema, vediamo ad esempio come la linea netta che separa la salute dalla malattia in realtà assume un contorno sfumato (Fig. 3).

In effetti la linea netta di cui alla Figura 2 esprime una visione fortemente condizionata dal modello della malattia infettiva, sul quale si concentrò l'attenzione di più di una generazione di igienisti e che, spesso, si connota proprio per la rapidità quasi puntuale dell'insorgenza.

La consapevolezza dell'incerto limite fra salute e malattia è però da tempo accolta dal pensiero igienistico.

Cosa è infatti la prevenzione secondaria, se non la presa d'atto dell'indeterminatezza del confine fra salute e malattia, e dell'interesse degli specialisti della prevenzione ad occuparsi di condizioni patologiche già insorte per modificarne l'evoluzione a vantaggio delle condizioni di salute di una persona, e conseguentemente della intera comunità?

Se incrociamo lo schema sulle condizioni di salute e di malat-

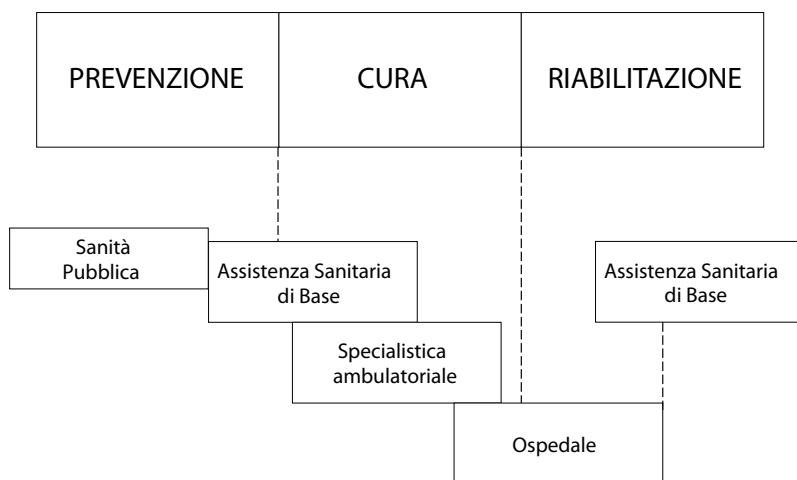


Figura 5 - Prevenzione, cura, riabilitazione e organizzazione sanitaria Schema storico

tia con la macroarticolazione delle discipline mediche (Fig. 4) troviamo anche in questo caso confini poco netti.

In particolare, il campo della prevenzione è occupato dall'igiene, ma anche dalla medicina generale e, in parte, dalla specialistica.

A fronte di questa complessità, lo schema più diffuso per la lettura dei sistemi sanitari colloca, come abbiamo visto, l'ospedale nel campo esclusivo della cura specialistica di II livello, lontano dal confine fra cura e prevenzione (Fig. 5).

Possiamo domandarci se questo ultimo schema corrisponda alla realtà dei fatti, o rappresenti un modello astratto che non coglie appieno la realtà.

In effetti, questa lettura organizzativa e funzionale dell'ospedale probabilmente risente di una storica concezione dualistica dei sistemi sanitari, che in qualche modo contrappone drasticamente l'ospedale (luogo di cura di patologie conclamate) al territorio (luogo della presenza dei fattori di rischio

e del manifestarsi della patologia all'esordio, e dunque luogo di prevenzione).

Questo netto dualismo si sta però superando nella pratica medica quotidiana. Molte specialità medicochirurgiche, infatti, hanno profondamente modificato negli ultimi trent'anni, e in forma progressivamente accelerata, la propria visione clinica e il conseguente approccio diagnostico-terapeutico.

L'idea di fondo è quella di anticipare sempre di più la formulazione delle diagnosi, di cogliere alterazioni iniziali ancora lontane dai quadri clinici conclamati, di trattare un sintomo iniziale e, ove possibile, di intervenire su una variabile biologica modificandola in senso più favorevole all'individuo.

In ambito ospedaliero questi orientamenti si sono sviluppati autonomamente all'interno di ciascuna specialità e con risultati e prospettive molto differenziati, andando comunque oltre le ormai tradizionali pratiche di prevenzione secondaria oncologica riguardanti tumori del collo dell'utero, delle mammelle, del colon retto e, in parte, della prostata.

Prendiamo due esempi.

La patologia stenosante della carotide si presenta, nelle fasi iniziali, in forma spesso asintomatica, ma la sua evoluzione può portare a serie conseguenze valvolocerebrali acute e croniche. Fino a pochi anni fa completamente trascurati, oggi la diagnosi ed il trattamento delle forme asintomatiche rappresenta una componente significativa dell'attività di un buon reparto ospedaliero di chirurgia vascolare.

All'I.R.C.C.S. Policlinico San Donato, nel 2008, le due divisioni di chirurgia vascolare, su un totale di 774 interventi chirurgici, hanno trattato 170 carotidi asintomatiche ad alto rischio di complicanza, pari al 22% dell'intera casistica. Il reflusso gastroesofageo (RGE) è considerato un importante fattore di rischio di cancro dell'esofago.

Anche questa situazione, che si può collocare al confine fra fisiologia e patologia, è oggetto di forte attenzione da pochi an-

ni, ma iniziano a comparire i primi protocolli di intervento a valore preventivo sia di tipo medico che chirurgico.

All'I.R.C.C.S. Policlinico San Donato la divisione di Chirurgia Generale è nell'ambito di un programma sperimentale medicochirurgico di prevenzione dei tumori dell'apparato digerente, nel 2008 ha effettuato 78 interventi di chirurgia anti reflusso su un totale di 529 interventi chirurgici per varie tipologie, pari al 14,7 dell'intera casistica.

I due esempi ci mostrano un profilo di attività specialistica ospedaliera lontano dallo schema tradizionale malattie conclamata-diagnosi e cura.

E aprono numerosi problemi di interesse igienistico.

OSPEDALE E TERRITORIO

Lo sviluppo di procedure e tecnologie di indubbio interesse preventivo in ambito ospedaliero costituisce infatti una componente, indispensabile ma non esaustiva, di un disegno organico di prevenzione a valenza collettiva.

Come nei classici screening di prevenzione oncologica, infatti, è indispensabile coniugare la procedura specialistica (diagnosi e intervento) con le competenze epidemiologiche e organizzative (individuazione e selezione della popolazione a rischio, organizzazione dell'intervento in forma attiva).

È necessario, in altre parole, che la grande potenzialità espressa dallo sviluppo di una pluralità di approcci clinici alla prevenzione trovi forme di organizzazione dell'offerta alla popolazione (se vogliamo possiamo dire «sul territorio») tramite un collegamento fra ospedale, assistenza di base e sanità pubblica che, fino ad oggi, non pare avere avuto adeguata efficacia e sufficiente snellezza, e che invece permetterebbe di valorizzare le nuove potenzialità preventive dell'ospedale.

A mio giudizio, il modello giuridico e le tecniche di program-

mazione attualmente adottate dal Servizio sanitario nazionale italiano non sono in grado, da sole, di offrire una risposta soddisfacente all'obiettivo di mobilitare costantemente in senso preventivo l'insieme del sistema sanitario e, al di là di molte condivisibili affermazioni e qualche lodevole eccezione, non possiedono in sé gli strumenti per superare la compartimentazione fra specialità ed il dualismo ospedale-territorio. Ma anche questo è un tema diverso da quello che oggi stiamo affrontando che qui può solo essere accennato.

Un secondo problema di forte interesse igienistico connesso con lo sviluppo di pratiche cliniche orientate a prevenire l'insorgenza di patologie conclamate è rappresentato dall'appropriatezza degli interventi.

Se è relativamente facile definire l'appropriatezza di molti protocolli diagnostico-terapeutici per forme morbose conclamate (tipo e tempi della diagnosi, tipo e durata del ricovero, principali opzioni cliniche per il trattamento, etc.), è molto più complesso definire l'appropriatezza di interventi a carattere esclusivamente, o prevalentemente, preventivo, nei quali solo una misurazione del rischio, ove possibile, o una valutazione puramente epidemiologica, non sempre agevole, possono fornire gli indirizzi per un corretto giudizio di appropriatezza evitandone la frettolosa classificazione come inappropriate. A dimostrazione, fra l'altro, che il giudizio di appropriatezza è una attività valutativa complessa, e non un mero confronto fra caso e paradigma. E questo è, oggi fra l'altro, parte integrante della pratica professionale dell'igienista.

UNO SGUARDO AL FUTURO

Il contributo dell'ospedale di oggi alla difesa e promozione della salute può dunque essere riassunto in due componenti principali:

- a. la riduzione della prevalenza di molte patologie, o più spesso l'aumento della speranza di vita di pazienti cronici con sempre più elevati livelli di salute. E questo grazie allo sviluppo, negli ultimi decenni, di protocolli e tecnologie sempre più avanzati che hanno modificato grandemente la storia clinica di molte importanti patologie, in primis quella oncologica e quella cardiovascolare;
- b. l'orientamento delle specialità cliniche alla prevenzione di non poche patologie, con modalità di prevenzione prevalentemente secondarie e terziaria, secondo indirizzi clinici in continuo sviluppo e, almeno potenzialmente, interessanti fasce sempre più ampie della popolazione. Orientamento che necessita di una migliore saldatura con il sistema della sanità pubblica e dell'assistenza sanitaria di base per acquisire adeguata diffusione ed efficacia.

A questa realtà, si accompagna, oggi, una stimolante prospettiva.

Il secondo modello descrittivo della scienza igienistica di cui abbiamo parlato all'inizio ci consente infatti di affacciarci al contributo che l'ospedale del futuro potrà recare alla prevenzione.

Come si vede in Figura 6 la distribuzione dei fattori di rischio individua, in posizione centrale, un nucleo di fattori di origine genetica che gli igienisti hanno esplorato meno rispetto ai fattori comportamentali e ambientali (4). E ciò non per una loro sottovalutazione ma, oltre che per oggettive difficoltà nella ricerca scientifica, anche e soprattutto per la convinzione di poter disporre di strumenti ben limitati, se non addirittura inesistenti, per intervenire su di essi.

Conseguentemente, da più di 100 anni, l'igiene elabora e applica sostanzialmente tecniche di prevenzione ambientale e comportamentale, che tuttora costituiscono la parte di gran lunga prevalente dell'attività di prevenzione in tutti i siste-

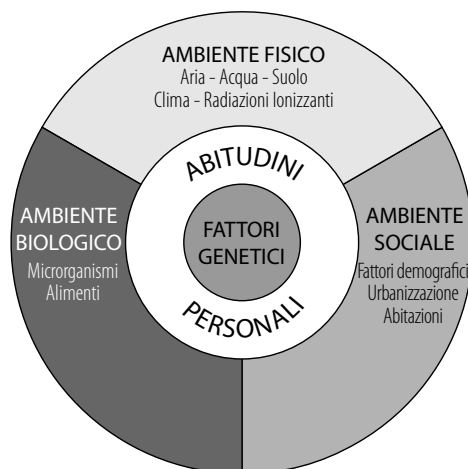


Figura 6 - Distribuzione dei fattori di rischio

mi sanitari del mondo, e che hanno recato un contributo fondamentale al miglioramento delle condizioni di salute della popolazione.

La ricerca nel campo della genomica, e della biologia molecolare e in generale delle biotecnologie sta però oggi lavorando intensamente per aprire una nuova fase nella storia delle scienze mediche, che rappresenta, potenzialmente una vera rivoluzione scientifica.

Anche se, riteniamo, alcuni decenni ci separano dal pieno dispiegarsi delle nuove tecnologie, è oggi già possibile intravedere la nascita di una nuova epoca anche per la prevenzione, che potrà sviluppare il potenziamento di fattori utili per la salute e contrastare l'azione di fattori di rischio agendo a livello cellulare e genetico.

Lo sviluppo di queste ricerche avviene, oggi, per lo più in ambiente ospedaliero o in contiguità con l'ospedale, ed è altamente prevedibile che le metodiche di medicina riparativa e di prevenzione su fattori genetici si potranno attuare in contesti di tipo ospedaliero.

Ospedali probabilmente molto diversi da quelli di oggi, ma

	Totale	Aa.Oo	Osp. gestione diretta	Pol. Univ.	IRCCS	Osp. Classif. Assimilacchiudi	Istituti Presidi ASL	Enti di ricerca	Osp di dir. privato
ITALIA	1.217	97	438	10	55	32	20	2	563

Tabella 1 - Strutture di ricovero pubbliche e private accreditate per tipo di struttura

ospedali. La concreta prospettiva di questi sviluppi pone, ovviamente, non pochi problemi e apre importanti prospettive anche all'igiene e alle organizzazioni di sanità pubblica. Problemi e prospettive che spaziano dagli aspetti etici a quelli epidemiologici, dal rapporto con la popolazione ai sempre più importanti aspetti valutativi. E fra questi l'organizzazione di un sistema di medicina di iniziativa rimarrà certamente una esigenza costante e imprevedibile.

Anche questo mostra come l'ospedale sia, oggi, e ancora più in futuro, un potente strumento di difesa e promozione della

Valori %	Spesa ospedaliera pubblica in rapporto alla spesa sanitaria pubblica	Spesa sanitaria pubblica in rapporto al Pil
	2006	2005
Germania	38,3	8,2
Francia	43,6	8,9
Italia	53,9	6,8
Canada	34,7	
Media dei Paesi del G7	40,6	
Austria	44,9	7,7
Danimarca		
Spagna	33,1	5,9
Svezia	29,7	7,7

Tabella 2 - Spesa ospedaliera pubblica in rapporto alla spesa sanitaria pubblica totale, e spesa sanitaria pubblica in rapporto al Pil

Fonte: elaborazione Ermeneia su dati *Oecd Health data 2008* Oecd Paris, giugno 2008

salute, ma che la sua azione si può, e si potrà, esprimere al meglio se coordinato con altri settori di attività sanitaria, quali la sanità pubblica e l'assistenza sanitaria di base.

BIBLIOGRAFIA E NOTE

- (1) *Rapporto CEIS – Sanità 2008*, CEIS – Facoltà di Economia Università Tor Vergata, Health Communication, Roma, 2009.
- (2) *Ospedali&Salute – Sesto rapporto annuale 2008*, Franco Angeli, Milano, 2008.
- (3) G. Pelissero, *La Sanità della Lombardia. Il sistema sanitario e l'attività ospedaliera nel periodo 2003 – 2008*, Franco Angeli, Milano, 2009.
- (4) L. Checcaci, C. Meloni, G. Pelissero, *Igiene*, CEA editore, Milano, 1990.

Ospedale e Territorio

Relazione tenuta al 44° Congresso nazionale Anmdo – *Governare l’Ospedale del futuro. L’Innovazione: sfida e opportunità*, con il titolo «*L’Ospedale alla luce delle grandi transizioni*», Padova, 19-20-21 novembre 2018.

L'OSPEDALE STORICO

Nella sua evoluzione storica l'ospedale nasce, essenzialmente, come un luogo. Un luogo circoscritto, circondato da mura (intra moenia), frequentato da indigenti ed emarginati, non di rado coattivamente ricoverati.

Ancora alla fine del '700, come ci ricorda Foucault (1), durante la Rivoluzione francese «certe sezioni parigine, le più moderate, rimangono fedeli all'assioma dei montagnardi (l'estrema sinistra dell'epoca) «niente più indigenti, niente più ospedali» e continuano a chiedere la distribuzione di soccorsi individuali a vantaggio di malati che saranno curati a domicilio». Possiamo interpretarlo come la remota origine di una antinomia ospedale-territorio, destinata a grande fortuna nei dibattiti dei secoli successivi.

L'ospedale come luogo rimane ben presente durante tutta la fase istitutiva della medicina scientifica moderna nel diciannovesimo secolo e a questa sua prima caratteristica, la fisicità di una struttura edilizia, associa un altro aspetto fondamentale: la concentrazione delle patologie. Disporre di molti malati concentrati in uno stesso spazio consente, infatti, di confrontare e distinguere le forme morbose, costruire classificazioni razionali delle malattie e conoscerne i sintomi, applicando sempre più efficacemente la semeiotica, fino a farne il prin-

cipale strumento, raffinato e complesso, per la formulazione della diagnosi.

Nel luogo fisico dell'ospedale la presenza dei pazienti e dei medici esperti nella semeiotica – e per ciò che si può della terapia – consente di perseguire l'altro fondamentale obiettivo: la formazione di nuovi medici, la trasmissione del sapere che si va accumulando con l'osservazione.

Ma tutto questo è possibile perché i pazienti rimangono a risiedere nella struttura dell'ospedale e risiedono in una modalità specifica: a letto con lo status di ricoverato.

Infine, in questa prima identità dell'ospedale scientifico, sono presenti i medici, all'origine abbastanza indistinti fra loro, ma articolati in due principali settori di competenza, la medicina e la chirurgia.

Con modelli organizzativi che si evolvono, anche se piuttosto lentamente, alla metà dello scorso secolo troviamo il luogo fisico dell'ospedale ancora chiuso e circoscritto, ancora per lo più a padiglioni, con malati ricoverati a letto e dunque con il posto letto quale unità di misura centrale per la sua struttura organizzativa, con medici che esercitano articolati per grandi divisioni (medicina, chirurgia) e con degenze ancora lunghe. Fuori dall'ospedale, attività di sanità pubblica dei Comuni, medicina generale ambulatoriale e successivamente poliambulatori specialistici (degli Enti mutualistici).

LA RIVOLUZIONE DELLE SPECIALITÀ E DELLE TECNOLOGIE

Questo tipo di sistema sanitario, che in tutta Italia si organizza secondo lo storico modello Bismarck incentrato sulla presenza di una pluralità di Enti mutualistici e di Enti ospedalieri, negli anni '70 va incontro a profonde e radicali trasformazioni, che si intersecano con la nascita del Servizio sanitario nazionale nel 1978, ma che non ne sono la conseguenza (2).

Alla base di questo processo c'è, come sempre, un grande sviluppo delle conoscenze scientifiche, che si traduce in due fenomeni di importanza epocale: la specializzazione medica e il diligente sviluppo tecnologico (3).

I due fenomeni sono in realtà strettamente collegati. Da un lato, infatti, il crescere delle conoscenze e il complicarsi delle tecnologie utilizzate obbliga il medico a concentrarsi sempre più su un numero ristretto di patologie. Dall'altro, tecnologie complesse richiedono specialisti molto dedicati e spesso anche la formazione di equipe multiprofessionali che ne sappiano utilizzare a pieno le potenzialità.

L'impianto di tecnologie complesse e costose e la specializzazione medica sempre più spinta richiedono un luogo adatto e una popolazione selezionata per potersi esprimere.

Questo luogo è l'evoluzione del vecchio ospedale a bassa tecnologia e questi specialisti sono medici ed equipe che sempre più operano in un perimetro più ristretto rispetto allo stesso titolo legale che posseggono. Nasce così l'ortopedico dell'anca, l'endocrinologo della tiroide, l'oculista della retina, l'oncologo del pancreas, etc.

Questi specialisti usano molte tecnologie estremamente complesse, sono collegati da reti internazionali che si trasmettono la conoscenza in tempo reale e sono ovviamente in grado di esprimere la massima qualità delle cure per quel particolare segmento di patologia.

Lavorano in ospedale, ma la necessità di avere una lunga permanenza di pazienti ricoverati è estremamente limitata, i tempi di degenza si riducono mentre assume un significato clinico sempre più rilevante il follow-up dei pazienti, il controllo ambulatoriale, il comportamento domiciliare.

L'efficacia dell'azione specialistica è dunque condizionata da un lato dallo sviluppo tecnologico, dall'altro dalla continuità del rapporto con il paziente.

In questo scenario, la tradizionale visione dell'ospedale come

luogo chiuso e del paziente come ricoverato a letto, perde progressivamente di significato e questo pone fortemente in discussione anche la storica antinomia ospedale-territorio.

Fuori dall'ospedale, infatti, l'attività clinica si struttura, secondo una ormai tradizionale visione organizzativa, in medicina generale (cioè non specialistica, ma teoricamente inclusiva dell'intera gamma delle patologie) e in medicina specialistica distrettuale, usando un termine che contiene un riferimento territoriale specifico e che si riattacca ad una visione dell'organizzazione propria della prima fase di vita del Ssn e sempre rimasta allo stato embrionale.

Ma se ci concentriamo sull'aspetto centrale della medicina, la cura del malato, vediamo nascere interrogativi complessi, di cui almeno due qui ci riguardano.

UNA NUOVA POLARITÀ

Il primo problema è rappresentato dalla definizione dell'ambito di attività del medico generalista.

Sotto questo profilo, esiste indubbiamente un'area di patologia corrente che non pone problemi diagnostici particolari e che può agevolmente essere trattata con la tecnologia del farmaco, che in effetti è l'unica tecnologia complessa che il medico generalista usa correntemente. Ed esiste un'area di disagio multiforme, che può trovare nel rapporto medico-paziente una forma di risposta.

Ma cosa succede quando il paziente è portatore di una patologia più complessa, che nel contesto epidemiologico attuale ha spesso il carattere della cronicità?

Succede che più si circoscrive e si connota la singola patologia, più si evidenzia la maggior competenza dello specifico specialista. E se il sistema sanitario e la domanda espressa dallo stesso paziente, pretendono il massimo possibile di effica-

cia del trattamento, questa quota di attività non potrà che ricadere sotto la responsabilità clinica dello specialista e la gestione complessiva del paziente, vista sotto lo stretto profilo medico, non potrà che perdere la sua unitarietà.

Come affrontare questa difficoltà è uno dei più rilevanti quesiti della medicina moderna.

L'altro problema è rappresentato dal posizionamento e dalle modalità di esercizio professionale dello specialista.

Abbiamo visto come la sua storica sede sia un luogo chiuso e circoscritto, dotato di tecnologie complesse e operativamente strutturato sulla degenza e sul posto letto. L'ospedale, dove si curano nelle singole specialità i pazienti ricoverati nel posto letto.

Ma questa visione non corrisponde più al reale esercizio della pratica medica perché, come abbiamo già osservato, questo paziente, per lo più cronico, è sempre meno ricoverato e sempre più ambulatoriale e domiciliare. E la presa in carico clinica della singola patologia richiederebbe che lo specialista competente lo segua nell'intero percorso diagnostico-terapeutico. Queste nuove modalità di esercizio della professione medica determinano una modificazione radicale del tradizionale bi-

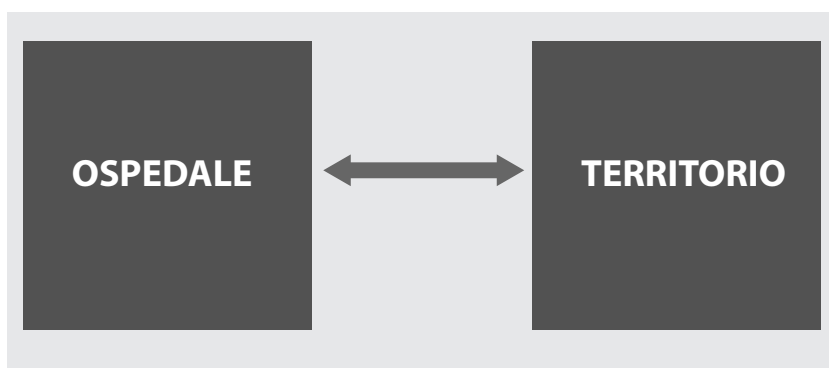


Figura 1 - Ospedale VS Territorio

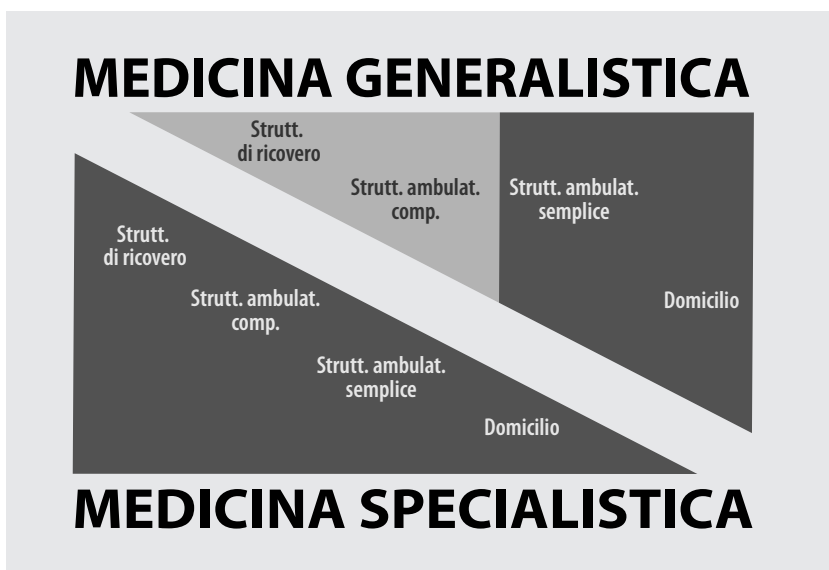


Figura 2 - Interfonia generalistica/specialistica

polarismo ospedale-territorio e pongono tutti gli attori del sistema di fronte ad una nuova e più complessa polarità, quella fra medicina specialistica ad alta tecnologia e medicina generalistica a bassa tecnologia.

Ciò a sua volta pone la struttura dei sistemi sanitari di fronte ad una nuova sfida organizzativa, che richiede soluzioni innovative e che inevitabilmente deve affrontare aspetti altamente sensibili della pratica medica, della responsabilità professionale e della sensibilità del paziente.

Ne deriva, fra l'altro, che il tradizionale concetto di «ospedale» contrapposto al territorio diventa superato (Fig. 1) poiché l'esercizio della medicina specialistica è distribuito fra diverse e più flessibili modalità organizzative, e l'esercizio della medicina generalistica deve interfacciarsi sempre più con le molteplici articolazioni della specialistica (Fig. 2). Questo vale sicuramente anche per il complesso delle attività di prevenzione (4).

LA SANITÀ FRA CLINICA E ORGANIZZAZIONE

Lo scenario evolutivo cui stiamo assistendo è caratterizzato da rilevanti problemi emergenti che possiamo così ricapitolare:

- a) il concetto di ospedale, così come il concetto di territorio, nella sua tradizionale forma rigida, si va sempre più diluendo e appannando. Certo esistono ed esisteranno sempre luoghi denominati ospedale, ma il loro perimetro fisico non sarà più il contenitore rigido della pratica clinica. D'altra parte, basta osservare l'andamento temporale del tasso di ospedalizzazione (Fig. 3) e la contestuale crescita dell'attività specialistica ambulatoriale (Fig. 4), per comprendere quanto rapidamente questi fenomeni stiano evolvendo;
- b) al tradizionale bipolarismo ospedale-territorio si sostituisce sempre più il bipolarismo medicina specialistica-medicina generalistica, che si caratterizzano per il diverso ambito di esercizio professionale e per la sostanziale diversità nell'utilizzo delle tecnologie;

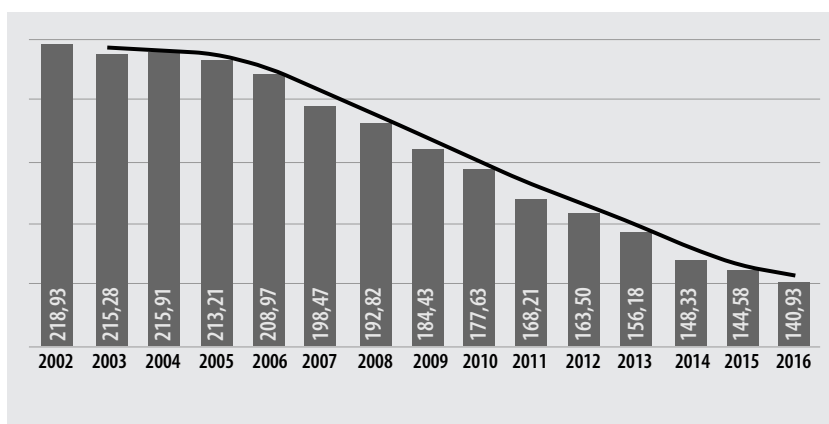


Figura 3 - Tassi di ospedalizzazione complessivi, anni 2002-2016

Fonte: Ministero della Salute - Rapporti SDO anni 2002-2016

c) in uno scenario epidemiologico dominato dalle malattie croniche, ricondurre all'unicità la gestione clinica del paziente compromette la qualità della cura se troppo sbilanciato sulla medicina generalistica o perde la visione globale del paziente se troppo sbilanciato sulla medicina specialistica.

La soluzione di questi problemi è in questi anni l'oggetto di una ampia e controversa ricerca da parte delle istituzioni sanitarie e degli studiosi e si confronta con le difficoltà e le contraddizioni di infinite situazioni reali.

Quello che appare certo è che la clinica, per quanto evoluta e innovativa, richiede sempre di più soluzioni organizzative e che il compito di organizzare diventa, e diventerà sempre più, una componente essenziale della pratica clinica.

In questo senso, il bipolarismo emergente fra medico specia-

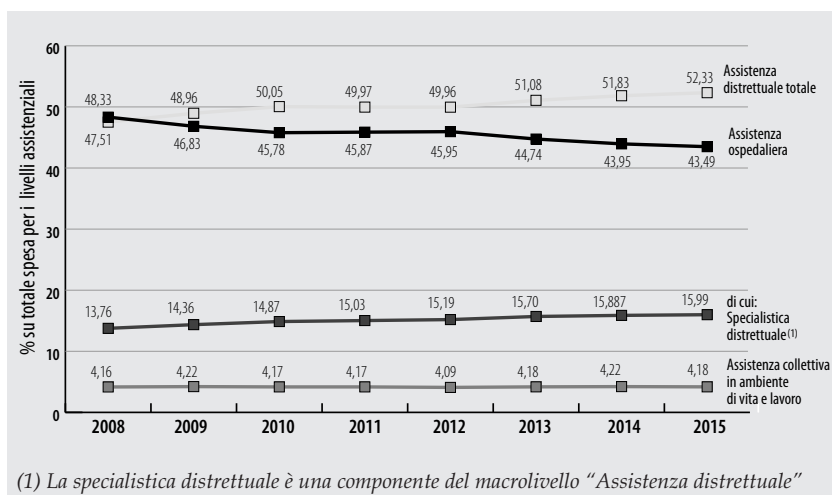


Figura 4 - Ripartizione percentuale della spesa sanitaria tra i macro livelli assistenziali, anni 2008-2015

Fonte: Agenas - Andamento della spesa sanitaria nelle Regioni, anno 2015

lista e medico generalista potrebbe oggi trovare una ragionevole soluzione nell'assegnare, per singola patologia, allo specialista il compito di responsabile clinico (cioè di responsabile di tutti gli atti diagnostico-terapeutici per la singola patologia) e al medico generalista il compito di clinical manager consistente in una funzione sostanzialmente organizzativa, che comporti anche la responsabilità del monitoraggio dell'aderenza al piano assistenziale e della comparsa di complicanze o eventi imprevedibili.

Ma tutto questo dove può avvenire e con quali strumenti?

Fatto salvo il principio generale per cui il paziente deve disporre della più ampia libertà di scelta su come e con chi curarsi, non vi è dubbio che la gestione di un modello assistenziale così complesso prevede la comunicazione più integrata e la più ampia accessibilità fra tutti i luoghi fisici interessati: l'area di ricovero, l'area di attività specialistica ambulatoriale, l'area di attività medica generalistica, il domicilio o il luogo di residenzialità del paziente.

Ma anche i due tipi di medici, lo specialista e il generalista, debbono muoversi fra tutti questi luoghi, con due ruoli diversi ma assolutamente complementari.

È ovvio che strumenti di informatizzazione sempre più avanzati potranno facilitare tutto questo, così come l'implementazione di strutture di supporto organizzativo diventa un requisito fondamentale per la funzionalità quotidiana, anche forse tramite lo sviluppo di nuove professionalità espressamente destinate a supportare i due gruppi di medici nel nuovo sistema di relazione.

Ma alla base di una così profonda riorganizzazione non può che esserci una diversa visione dei professionisti: da due blocchi contrapposti a due triangoli complementari.

Il superamento di una visione ospedalocentrica o territoriocentrica, l'organizzazione razionale della gestione della cronicità e il miglioramento dell'efficienza delle cure potrebbero

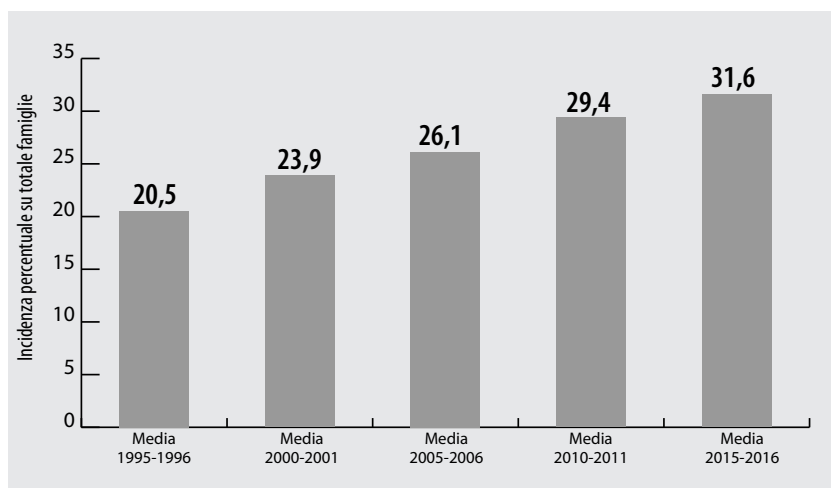


Figura 5 - Famiglie con un solo componente, incidenza percentuale anni 1995-2016

Fonte: Istat - Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana", anni 1996-2016

sicuramente configurare un nuovo razionale sistema sanitario, nel quale ciò che noi oggi chiamiamo ospedale assume le caratteristiche di luogo fisico, contenitore di tecnologie e di pazienti degenti, ma anche di attività ambulatoriali di vario livello di complessità e di produzione di prestazioni e servizi che si erogano al di fuori, fino al domicilio del paziente.

Bisogna però ancora accennare alle due situazioni particolari. Da un lato, l'urgenza-emergenza che rappresenta tuttora un problema organizzativo spesso non risolto.

L'ottimizzazione di questa funzione non può, a nostro avviso, che avvenire nell'ambito della struttura di ricovero ad alta tecnologia che in questo caso diciamo il classico ospedale, senza illudersi che possano avere successo ipotesi organizzative differenziate che servirebbero solo a ridurre, drammaticamente, l'efficienza e la tempestività delle cure.

Certo, i PS e i DEA debbono trovare una migliore organizzazione per il trattamento delle patologie più leggere, ma questo è un puro problema di risorse.

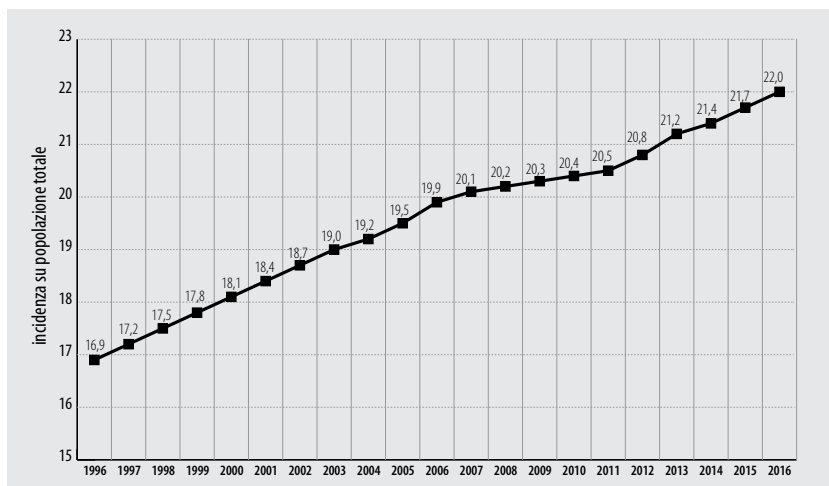


Figura 6 - Ultrasessantacinquenni in Italia - anni 1996-2016

Fonte: Istat - Statistiche demografiche, anni 1996-2016

Dal lato opposto, il trasferimento a domicilio del paziente trattato in regime di ricovero e poi ambulatorialmente, pone un problema sociale di assoluta rilevanza, che le risorse e l'organizzazione assistenziale attuale non sono, in molti casi, sufficienti ad affrontare.

È importante notare che la componente sanitaria di questa problematica è limitata ed è perfettamente ragionevole la posizione di chi fa notare che non è la spesa sanitaria quella che può includere la soddisfazione di questo bisogno.

Tuttavia, come documentato in (Fig. 5), il venir meno già ora, e sempre di più nel futuro, della tradizionale struttura familiare, pone un diffuso e non di rado drammatico problema di abbandono, per il quale si dovrà ancora ampiamente lavorare. Ovviamente tutto questo è reso ancora più complesso del rapido processo di invecchiamento della popolazione, evidenziato in (Fig. 6).

Per ultimo, ma non per importanza, il problema delle risorse, che per il settore sanitario sono in costante declino da dieci an-

ni (Fig. 7) e che mettono fra l'altro il nostro Paese in controtendenza rispetto agli altri Paesi UE con noi confrontabili (Fig. 8). A nostro giudizio, è assolutamente evidente che tutti gli aspetti evolutivi del sistema sanitario, di cui abbiamo parlato (dal miglior uso della medicina specialistica e generalistica allo sviluppo e implementazione delle tecnologie più avanzate, dal trattamento attivo della cronicità al miglioramento dell'urgenza-emergenza) richiederanno un incremento significativo delle risorse impiegate.

Non è questa la sede per affrontare analiticamente questo fondamentale problema, ma è facile prevedere che senza risorse aggiuntive rispetto ad oggi, rimarremo ancorati al modello tradizionale rigido ospedale-territorio. Con un ospedale

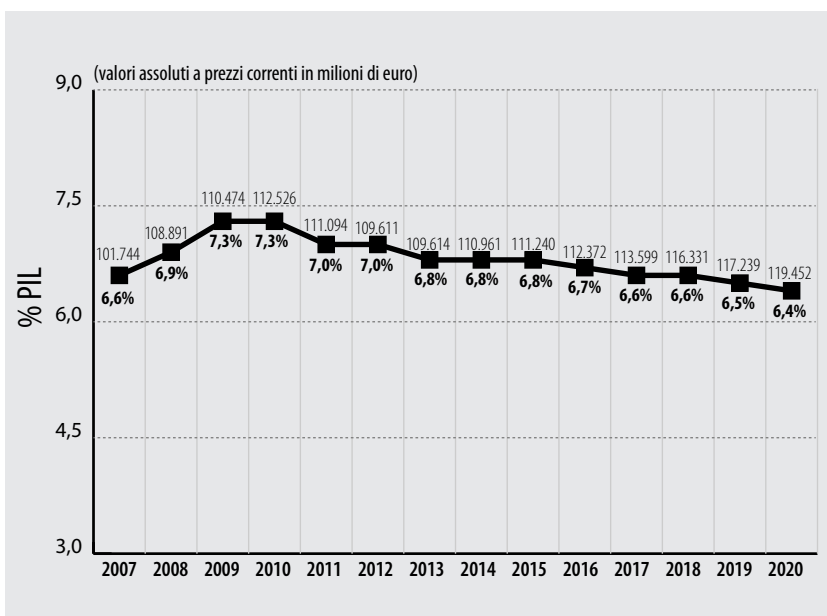


Figura 7 - Spesa sanitaria pubblica italiana, anni 2007-2020 (valori assoluti e percentuale sul Pil)

Fonte: M.E.F., Doc. di Economia e Finanza (Analisi e tendenze della Finanza Pubblica, anni 2011-2018; Nota di aggiornamento DEF, settembre 2018)

sempre più povero di tecnologie avanzate e sempre più intasato nelle funzioni tradizionali e con un territorio sempre più sprovvisto di risorse e organizzazione per rispondere ai bisogni dei pazienti.

O, se vogliamo ragionare in termini di medicina specialistica-medicina generalistica, con la prima nuovamente confinata nel proprio ambito strutturale storico e con tecnologie sempre meno innovative, e la seconda sempre più isolata e con efficacia decrescente.

Ma questo rimanda ad una questione squisitamente politica, perché in quella sede che si deve decidere quanto e come una nazione vuole investire sulla propria salute.

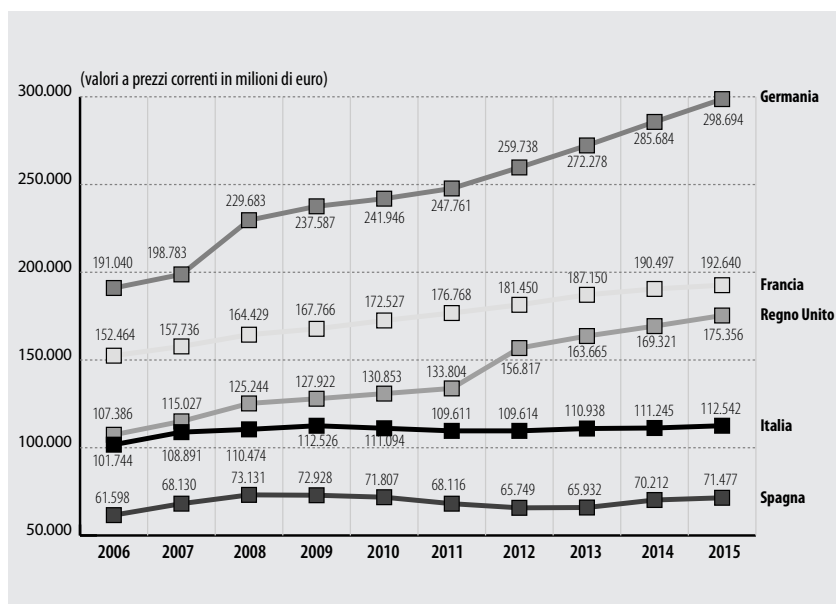


Figura 8 - Andamento temporale della spesa pubblica sanitaria in Italia, Francia, Germania, Spagna e Regno Unito. Anni 2007-2016

Fonte: M.E.F., Doc. di Economia e Finanza (Analisi e tendenze della Finanza Pubblica, anni 2011-2017); OCSE, Health Data 2017

BIBLIOGRAFIA E NOTE

- (1) M. Foucault, *Nascita della clinica*, Einaudi Editore, Torino, 1963.
- (2) G. Pelissero, *La Sanità italiana, una storia infinita*, in *Nella storia della Sanità italiana – Cinquant'anni di Aiop*, I.A.S.A. Edizioni, Trento, 2016.
- (3) G. Pelissero e A. Mingardi, (a cura di), *Eppur si muove. Come cambia la Sanità in Europa fra pubblico e privato*, IBL Libri, Torino, 2010.
- (4) G. Pelissero, *L'ospedale. Potente strumento di difesa e Promozione della salute. Mito e realtà*, in *Igiene e Sanità Pubblica, Supplemento n.5/2009. Atti della XI Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica*, Edizioni Iniziative Sanitarie, Roma, 2009.
- (5) G. Pelissero, *Costruire la Sanità del futuro*, Franco Angeli, Milano, 2018.

Note

Ruolo e organizzazione dell'ospedale, rapporto professionale e organizzativo fra medicina specialistica e medicina di base, territorio e nuovi bisogni, cronicità e prevenzione. Sono questi i temi di una ricerca condotta per 20 anni e sintetizzata, in questo volume, in quattro contributi di cui uno inedito.

La preoccupazione sullo sfondo è che il dibattito sul Ssn e il suo futuro sia troppo influenzato da visioni ideologiche o superficiali, senza un approfondimento fondato su metodologie di ricerca rigorose e concrete.

È invece indispensabile rilanciare una seria cultura diffusa dell'organizzazione sanitaria, fondata su analisi e proposte in grado di dare soluzioni efficaci al difficile percorso del Sistema di welfare sanitario italiano. Anche per orientare le scelte di politica sanitaria, e per affrontare in modo coerente l'altro grande problema del Ssn rappresentato dalla progressiva riduzione di risorse economiche.

Gabriele Pelissero



È stato Presidente nazionale di Aiop dal 2012 al 2018 e Presidente di Aiop Lombardia dal 2006 al 2012. Rappresenta l'Italia presso l'*European Union of Private Hospitals*, che partecipa al *Forum della Sanità della Commissione europea*. È Presidente della *Fondazione Sanità Futura*. Dal marzo 2012 è Presidente del *gruppo Sanità di Assolombarda* e dal 2018 Presidente del *cluster lombardo Scienze della vita*. Medico chirurgo specialista in Igiene e Medicina Preventiva e in Medicina del Lavoro. Dall'anno accademico 2000-2001 Professore ordinario di *Igiene e Organizzazione Sanitaria* presso l'*Università degli Studi di Pavia* dove riveste i seguenti incarichi accademici: Direttore della *Scuola di specializzazione in Igiene e medicina preventiva*, Presidente della classe di Laurea in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Direttore del *Centro di Ecologia Umana*, e Direttore della *Sezione di Igiene del Dipartimento di Sanità Pubblica*, Medicina sperimentale e forense. È stato Presidente dell'*Ospedale San Raffaele di Milano* e Vice Presidente dell'*Università Vita-Salute San Raffaele di Milano*. È Vice Presidente nazionale dell'Associazione

Nazionale Medici di Direzione Ospedaliera, ed è stato Presidente della Sezione Lombardia.

È autore di oltre 200 pubblicazioni scientifiche su riviste nazionali e internazionali, di un trattato di Igiene e di monografie sui temi dell'organizzazione sanitaria. L'attività scientifica concerne prevalentemente l'epidemiologia, l'organizzazione e il management sanitario, la valutazione dei sistemi e dei servizi sanitari.

Tra le ultime pubblicazioni *La Sanità della Lombardia. Il Sistema sanitario e l'attività ospedaliera nel periodo 2003-2008* (FrancoAngeli, Milano, 2010). In collaborazione con Alberto Mingardi ha curato *Eppur si muove. Come cambia la Sanità in Europa, fra pubblico e privato* (IBL Libri, Torino, 2010), insieme a Lucio Scudiero ha pubblicato *Il futuro del welfare sanitario. Un caso Italiano e uno spagnolo* (IBL Libri, Torino, 2011), insieme a Lucia Quagliano e Alberto Mingardi ha pubblicato *La spesa sanitaria italiana. Quel che si vede e quel che non si vede* (IBL Libri, Torino, 2013), insieme a Alberto Mingardi ha curato *Competizione, sostenibilità e qualità. Quale futuro per il welfare sanitario italiano?* (IBL Libri, Torino, 2014), e recentemente ha pubblicato *Costruire la Sanità del futuro* (FrancoAngeli, Milano, 2018).