PIÙ MESI
Mensile
Anno II°
3/2010

FRA TRADIZIONE E INNOVAZIONE

Ecco la rivoluzione "paziente centrica" che ha ridisegnato l'architettura degli ospedali. Un tour fotografico

GLI INTERVENTI

Walter Bergamaschi, Giancarlo Cesana, Piergiorgio Spaggiari, Luca Stucchi spiegano un modello all'avanguardia

SANITÀ LOMBARDIA

L'Ospedale di Sondalo in Valtellina

LARGHE VEDUTE

Così in quindici anni di riforme la Regione ha costruito un sistema di eccellenze che attira pazienti da tutta Italia. Ed è imitato nel mondo

SANITÀ
LA FORTUNA DI ESSERE LOMBARDI

GIANCARLO CESANA

IL PRIMATO SCIENTIFICO

«Dal punto scientifico gli ospedali lombardi sono in testa a tutte le classifiche nazionali», spiega Giancarlo Cesana, professore di Igiene presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano Bicocca e presidente della Fondazione Irccs Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico

Probabilmente molti ricorderanno la comparsa sui giornali d'inizio anno dell'immagine "ghiacciata" dell'Inghilterra, a causa di nevicate e freddo insolitamente intensi. Un medico specializzando italiano, arrivato a Londra per un periodo di perfezionamento, è scivolato sul ghiaccio riportando forte dolore e immobilità al gomito sinistro. Si è immediatamente recato al pronto soccorso dell'University College Hospital, che è appunto un ospedale universitario e non qualunque. Qui è stato visto da un medico pakistano, non specialista in ortopedia, ma medico di medicina generale, come si usa nei pronto-soccorsi inglesi. È stato mandato a fare la lastra in radiologia, dove non c'era il medico radiologo, ma solo il tecnico. Tornato con la lastra dal medico pakistano gli è stato detto da questi che siccome lui non se ne intendeva molto, ma il gomito gli sembrava rotto, sarebbe stato contattato la settimana successiva per l'ingessatura; se aveva male poteva prendere degli antidolorifici. Poiché era martedì e parlare di settimana successiva era troppo generico, il nostro specializzando mercoledì mattina ha preso l'aereo ed è tornato a casa, dove mercoledì pomeriggio è stato ingessato.

Probabilmente molti saranno scandalizzati perché l'assistenza sanitaria è sentita come un diritto a cui rispondere prontamente in caso di urgenza e l'Inghilterra è normalmente vista come la patria di tale diritto. Abbiamo copiato da loro il nostro sistema sanitario e con trenta anni di ritardo abbiamo introdotto in Italia la "copertura universale" dei bisogni di salute, con tutte le prestazioni tendenzialmente gratuite per ogni cittadino. Ma la copertura universale si dimostra non infrequentemente logora e corta, soprattutto per quel che concerne la scarsità di risorse – apparecchiature e ospedali vecchi o con manutenzione insufficiente –, le lunghe liste di attesa e l'indisponibilità dei presìdi diagnostici e terapeutici. Per fortuna in Lombardia non è così; non che non ci siano errori e trascuratezze, ma in genere non è così, anzi mediamente è molto meglio di così. Non a caso nelle analisi comparative la sanità lombarda si dimostra all'altezza dei migliori standard europei. Per capire perché, è opportuno richiamare alcune premesse generali non a tutti presenti. Il Sistema sanitario nazionale italiano (Ssn), è stato istituito nel 1978, dopo che la richiesta al sistema assicurativo precedente, fatto di mutue per lo più para-pubbliche, di assistere tutti i cittadini aveva portato tale sistema sull'orlo del collasso. Così si pensò a un Ssn gestito dallo Stato, che, unico, poteva garantire l'assistenza sanitaria a tutti.

Pubblico vuol dire per tutti

Dopo dieci anni, anche questo sistema viaggiava verso il fallimento. All'inizio degli anni Novanta, si cercò di sterzare, introducendo princìpi aziendalistici di efficienza: trasformando le Unità sanitarie locali (Usl) in Aziende sanitarie locali (Asl); chiedendo ai cittadini di partecipare alla spesa sanitaria attraverso i ticket; fissando quali fossero i livelli essenziali di assistenza (Lea) da garantire; stabilendo che gli ospedali venissero pagati non più a giornata di degenza, ma con quote prefissate per tipo di prestazione (per esempio, un'appendicite viene pagata un tot a prescindere da quanto il paziente sta in ospedale e quindi dal tempo inutilmente perso, dall'eventuale eccesso di personale, dall'utilizzo incongruo di strumenti e farmaci). Infine la gestione della sanità venne tolta ai politici – che in pratica rappresentavano lo Stato – e affidata ai tecnici. La riforma della riforma ha dimostrato nel tempo complessi problemi di attuazione. I tecnici messi a capo della sanità sono inevitabilmente condizionati dalla politica, che è comunque responsabile delle scelte di programmazione generale. Il pagamento degli ospedali per quote prefissate non è ancora adeguatamente funzionante in tutto il paese. Le Asl non sono vere aziende, perché

se vanno in deficit, i debiti vengono ripianati dalla Regione, ovvero con le tasse dei cittadini. I costi della sanità crescono di un 3 per cento all'anno, contro una crescita complessiva del paese di circa l'uno per cento. Il funzionamento è ineguale, giudicato poco efficiente soprattutto nelle regioni del Sud. In questo quadro si possono capire la novità e lo sforzo compiuti dalla Regione Lombardia per migliorare l'efficienza – il funzionamento – l'efficacia – i risultati – della sanità pubblica.

In primo luogo – e questa è l'idea fondamentale – si è ritenuto che pubblico non significa statale, ma servizio offerto a tutti i cittadini e verificato dal governo regionale. Si sono accreditati così una serie di centri sanitari privati profit e soprattutto non profit – tra i quali anche grandi ospedali – in grado di rispettare gli standard di prestazione definiti dalla Regione. Poiché il privato è notoriamente più efficiente del pubblico – più rapidità, meno personale e più attenzione alla spesa – l'accreditamento ha introdotto un effettivo principio di concorrenza, per il quale gli ospedali pubblici vengono messi alla prova dai privati e viceversa. In secondo luogo si è divisa la gestione degli ospedali dalla gestione delle Asl, unificando questi enti secondo un'economia di scala che rispettasse il territorio (di norma la provincia). In Lombardia ci sono 16 Asl e una trentina di grandi aziende ospedaliere, in cui sono stati fatti confluire gli assai più numerosi ospedali preesistenti. Comprare le flebo per dieci ospedali, invece che per uno solo, fa ovviamente risparmiare sul prezzo. Se in uno o più degli ospedali confluiti c'è un reparto altamente specialistico e costoso, non se ne apre un altro e si eliminano i doppioni. Mentre gli ospedali hanno il compito di erogare prestazioni, le Asl hanno il compito di valutare come le prestazioni vengono erogate e a quali costi. Anche questo ha concorso a migliorare funzionamento e risultati. Infine la Lombardia ha organizzato un sistema informatico assai esteso ed efficiente, che già ora permette un controllo importante della qualità e dei costi delle prestazioni sanitarie e lo permetterà ancora di più in futuro. Gli organismi sanitari internazionali sottolineano con forza come le attività di controllo siano uno degli aspetti più importanti della gestione e dell'indirizzo della sanità.

Non è che in Lombardia vada tutto bene, ci sono però una serie di dati che fanno della Regione un esempio. Osservazioni recenti hanno evidenziato che nonostante inquinamento, freddo, traffico e stress, a Milano si vive mediamente di più che nel resto d'Italia. Il costo della sanità lombarda è a livello della media nazionale e in pareggio.

Un aiuto alle altre regioni

Di conseguenza, essendo la Lombardia la Regione più ricca, distribuisce al resto della sanità nazionale la quota di tasse che non spende per la propria. Con ciò la Lombardia è la regione che richiama più pazienti dal resto del paese. Alcuni grandi ospedali privati sono particolarmente capaci di tale richiamo, dimostrando che il concetto di pubblico lombardo è effettivamente apprezzato anche dai cittadini di altre regioni. Dal punto di vista della produzione scientifica gli ospedali lombardi sono in testa a tutte le classifiche nazionali. A questo proposito la Lombardia detiene un'ampia maggioranza relativa di Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (Irccs) che, oltre ad assistere gli ammalati, hanno come compito quello di aumentare le conoscenze sulle cause e sul trattamento delle malattie. Si potrebbe continuare. Ma la morale semplice è che molto è stato fatto e, proprio a causa di questo molto, si capisce che ancora di più c'è da fare e soprattutto che si può. E anche questo è molto lombardo.

Giancarlo Cesana
*presidente Fondazione Irccs Ca' Granda
Ospedale Maggiore Policlinico

COME SI COSTRUIS
DIARIO DAL CANTIERE (APERTO) DI

I direttori degli ospedali di Cremona, Mantova e Varese raccontano la storia e le buone ragioni della rivoluzione formigoniana

CE UN PRIMATO
UNA RIFORMA EPOCALE

Nel corso degli anni Ottanta una serie di problemi di carattere istituzionale e organizzativo hanno portato, soprattutto per ragioni di contenimento dei costi e di controllo della spesa, a due grandi ondate di riforme del nostro sistema sanitario, che sono state concretizzate a partire degli anni Novanta. Il decreto legislativo (dlgs) 502/92 ha introdotto i concetti di azienda e di concorrenza anche nella sanità; ha rafforzato in modo sostanziale le competenze regionali, costituendo un secondo livello di programmazione che è il Piano sanitario regionale; ha istituito nuovi criteri di finanziamento e di spesa, regionalizzando l'indebitamento, e ha previsto l'accreditamento degli operatori privati. Il successivo dlgs 229/99, ha fatto sì che non vi sia più un unico modello sanitario nazionale, ma tanti quante sono le Regioni. L'argomento più forte in difesa del processo devolutivo adottato dall'amministrazione Formigoni resta la vicinanza tra governanti e governati, e la conseguente maggiore possibilità di monitorare il legame tra costi e benefici, in una dinamica che ha avuto l'effetto di rendere gli amministratori locali più responsabili dei loro comportamenti. Il principio cardine della legge sta nella regolazione della concorrenza attraverso la parità di diritti e doveri di enti pubblici e privati, con la libera scelta dei cittadini fra gli stessi e con un sistema di pagamenti basato sulle prestazione effettuate. Questo ha favorito negli anni un servizio di eccellenza reso ai cittadini. E ciò si evince dall'abbattimento delle liste d'attesa (le più corte d'Italia), dalla competitività professionale e delle prestazioni, dalla percentuale (la più bassa in Italia) del numero dei ricoveri fuori regione, mentre le prestazioni ambulatoriali sono cresciute, riducendo i ricoveri ordinari.

L'inizio di una nuova era

Ma com'era la sanità lombarda prima di queste trasformazioni? *Più Mese* lo ha chiesto a chi ha visto da vicino un modello ambizioso farsi realtà, contribuendo all'opera. Piergiorgio Spaggiari, direttore generale dell'Azienda ospedaliera "Istituti Ospitalieri" di Cremona, ricorda che prima della rivoluzione «la sanità era in mano a piccoli circoli di potere locale, era politicizzata e non sottoposta a controlli di qualità. Ancora nel '95 gli ospedali erano finanziati con scarsa attenzione al controllo dei costi e i pazienti rimanevano ricoverati a lungo senza necessità». Anche secondo Luca Stucchi, direttore generale dell'Azienda ospedaliera "Carlo Poma" di Mantova, «il vecchio sistema non era in grado di rispondere in modo compiuto alle reali esigenze dei pazienti, che vanno curati tenendo conto dei diversi bisogni della persona, bisogni di salute, ma non solo».

Dal '97 è iniziato anche un forte processo di aziendalizzazione del sistema sanitario per una gestione più razionale e competitiva. «È stato rivoluzionato il modo di amministrare gli ospedali», sottolinea Stucchi, per il quale «la sfida più grande è indubbiamente quella di costruire una rete provinciale e sovraprovinciale tra i vari presìdi di un ospedale». Spaggiari conferma, mentre precisa che «il direttore generale ora deve assumersi tutte le responsabilità, nel rispetto del vincolo dell'equilibrio economico-finanziario e misurandosi con indicatori di performance oggettivi». Tra questi, il controllo di qualità e il rispetto dei tempi di attesa. Anche il ruolo delle Asl (che finanziano/acquistano prestazioni) è stato nettamente distinto da quello delle Aziende ospedaliere (che erogano prestazioni), facendo sorgere preoccupazioni da più parti. Secondo alcuni, attribuire concetti aziendali alla gestione degli ospedali rischierebbe di introdurre una mentalità per cui la ▸

NELL'OCCHIO DELLA RIFORMA

Walter Bergamaschi (qui sopra), già direttore del Sistema informativo del ministero della Salute, oggi dirige l'Azienda ospedaliera di Varese. Nella foto in basso, Piergiorgio Spaggiari, direttore generale dell'Azienda ospedaliera di Cremona. Spaggiari è laureato in Fisica e in Medicina

Piergiorgio Spaggiari (Azienda ospedaliera "Istituti Ospitalieri" di Cremona) ricorda che prima della rivoluzione «**la sanità era in mano a piccoli circoli di potere locale**, era politicizzata e non sottoposta a controlli di qualità»

Foto: Infophoto

Secondo **Luca Stucchi** (Azienda ospedaliera "Carlo Poma" di Mantova), è un bene che sia stata agevolata la **trasformazione degli Irccs in fondazioni**: «Così **si coinvolgono cittadini e istituzioni**, dando una spinta alla ricerca»

ESPERTO AMMINISTRATORE
Luca Stucchi (nella foto) è stato capo del personale all'ospedale di Lecco, poi dirigente amministrativo al San Gerardo di Monza. Da tre anni è direttore generale dell'Azienda ospedaliera di Mantova

▸ salute è sempre più percepita come una merce. Nessuno dei direttori di ospedale interpellati da *Più Mese*, però, vede pericoli intrinseci. «L'aziendalizzazione – dice Spaggiari – induce a una gestione accurata e alla tutela del patrimonio di salute. Un impiego inappropriato delle risorse toglierebbe opportunità di cura a chi ne ha bisogno. È quindi necessario che ci sia un soggetto che si assuma la responsabilità di scelte ragionate». Una differenza tra la dinamica imprenditoriale e quella ospedaliera, comunque, esiste e resta intatta, come precisa Walter Bergamaschi, direttore generale dell'Ospedale di Varese: «Le aziende devono stimolare la domanda nei clienti, noi dobbiamo regolare l'offerta in modo equilibrato fra bisogni e risorse».

All'insegna della competitività

Una seconda tappa della riforma sanitaria formigoniana si trova nel Piano socio-sanitario 2002-2004, dove la via della collaborazione tra pubblico e privato ha preso forma attraverso il ricorso al project financing. Infatti, a fronte di un mercato nazionale quasi immobile, la Lombardia è già leader in questo ambito, con una fetta 28 per cento del valore del mercato (1.228 milioni di euro) e il 24 per cento dei progetti (17). Ciò ha contribuito a portare l'Italia al secondo posto in Europa (dopo il Regno Unito) per il project financing sanitario (71 progetti del valore di circa 4,4 miliardi di euro). Luca Stucchi esemplifica: «Nella provincia di Mantova abbiamo due esempi concreti di sperimentazione gestionale pubblico-privato: gli ospedali di Suzzara e Castiglione delle Stiviere, che dimostrano il raggiungimento di obiettivi concreti valorizzando la realtà sul territorio». Spaggiari, invece, cita il ripristino e la realizzazione di strutture importanti, quali il Niguarda, l'Ospedale di Como, Vimercate e gli Ospedali Civili di Brescia, evidenziando come «la collaborazione pubblico-privato ha significato un'opportunità di crescita delle opere pubbliche, realizzate nei tempi stabiliti per importi notevoli, ha sgravato la spesa pubblica e ha introdotto il know-how gestionale dell'impresa».

Più problematica da attuare ma in via di decollo è invece la legge regionale 288/2003, che agevola la trasformazione degli istituti di ricerca e cura (il 46 per cento del totale nazionale ha sede in Lombardia) in fondazioni. Una conversione vantaggiosa per gli Irccs, che guadagneranno autonomia gestionale e imprenditoriale, intesa come attrattiva di grant per la ricerca e capacità di investimento sul capitale umano. Per Spaggiari è un passo «necessario, visto che l'Italia fa fatica a trasformare in know-how i brevetti».

Tutto intorno al malato

Anche Stucchi vede di buon occhio il cambiamento, «ché le fondazioni in quanto tali coinvolgono maggiormente cittadini e istituzioni, e potrebbero dare così una spinta non indifferente alla ricerca». Trasformandosi, però, gli ospedali hanno dovuto tener conto anche della legge 34/2004, che ha sancito una nuova suddivisione degli ambiti d'offerta (sociale, socio-sanitaria e sanitaria) per meglio definire compiti e responsabilità. Una suddivisione che in termini concreti, secondo Stucchi, «ha reso più efficienti i percorsi di assistenza, chiedendo di superare la logica delle singole unità operative». Al contempo, ha permesso di non disperdere energie, dal momento che «oggi – conferma Spaggiari – c'è una maggiore focalizzazione sui minori, da una parte con un'attenzione a creare un ambiente di cura con servizi ad hoc (come la permanenza dei familiari, la scuola e le attività formative e di gioco in ospedale), dall'altra con gli ambulatori specifici di sostegno i pazienti cronici evitando il ricovero».

Con la legge 3/2008 si è cercato poi di rispondere al legame difficoltoso fra Asl e Comuni (due universi culturali e organizzativi del tutto diversi) attraverso la creazione di appositi dipartimenti e la suddivisione di compiti e sfere operative. Con quali risultati? Spaggiari segnala «l'eliminazione di sovrapposizioni e duplicazioni inutili; la possibilità di scelta dell'unità di offerta che si ritiene adeguata, usufruendo, se si ha diritto, del titolo sociale o socio-sanitario. Mentre in passato si rischiava di vedersi rimbalzati dal Comune all'Asl e poi all'Asp». La peculiarità del sistema lombardo è, infatti, l'essere incentrato sulla persona. Cosa che incide persino sull'architettura delle aziende ospedaliere, le quali non possono più essere considerate corpi separati dalla città: hanno una funzione sociale e devono essere luoghi abitabili. Sempre con un occhio rivolto alla conservazione del rapporto con le strutture preesistenti. Infatti – è la convinzione dell'amministrazione regionale – anche la cura del patrimonio artistico è un servizio al benessere, perché il bisogno di salute è legato a quello della serenità, quindi di una bellezza accogliente. La Lombardia ha perciò investito per incentivare la creatività delle aziende, premiando i progetti migliori. Questa visione "paziente centrica" influisce anche sulla quotidianità dell'ospedale. Secondo Stucchi, la sua coerente applicazione si traduce innanzitutto in «un reale superamento del concetto di unità operativa a favore di percorsi di diagnosi e cura e di assistenza, che comportino un'assunzione di responsabilità

da parte dei professionisti». Prima della rivoluzione "paziente centrica", invece, spiega Bergamaschi, «la cultura organizzativa dei sistemi sanitari vedeva al centro solo l'atto medico». Mentre oggi «il "servizio" è giustamente correlato allo specifico bisogno di cura, integrando tutte le attività, di carattere amministrativo, gestionale, relazionale, assistenziale e clinico. L'ospedale non può più presentarsi come una federazione di reparti, è un organismo. Per questo il ricovero sta diventato sempre più un episodio all'interno di un percorso che coinvolge diverse discipline e livelli di assistenza».

Per **Walter Bergamaschi** «prima la cultura organizzativa dei sistemi sanitari vedeva al centro solo **l'atto medico**». Mentre oggi «il "servizio" è giustamente correlato allo **specifico bisogno di cura**, integrando tutte le attività»

Tornando al rapporto tra ricerca e cura, recentemente (per l'esattezza il 12 dicembre scorso) il *Corriere della Sera* ha scritto che «a Milano e in Lombardia in questi ultimi anni sono stati affiliati alle università diversi ospedali. La collaborazione più che giovare alla ricerca sarebbe servita ai baroni universitari per acquisire più potere». Poi la domanda (retorica?): «C'è qualcuno che può dire, dati alla mano, che questa operazione ha contribuito a dare ai cittadini cure migliori?». Nello stesso giorno, però, in un'intervista apparsa sul *Giornale*, il presidente Formigoni parlava al contrario della necessità di legare le università al territorio e quindi agli ospedali. Come conciliare le due posizioni? Bergamaschi ricorda che «non c'è buona assistenza senza buona ricerca, non c'è ricerca senza formazione, non c'è formazione senza assistenza. Non si tratta quindi di valutare se sono migliori le cure "universitarie" rispetto a quelle "ospedaliere". Se però per cure migliori intendiamo la tensione all'aggiornamento, allora la risposta è solo positiva: in questo senso la nuova norma regionale che disciplina i rapporti fra Regione e università ci fornisce strumenti per migliorare la relazione fra le attività assistenziali, didattiche e di ricerca. Per esempio coinvolgendo gli atenei nella programmazione sanitaria e attraverso l'istituzione di un fondo per le attività didattiche e di ricerca».

Le prospettive future

Quanto al futuro del modello sanitario lombardo, i tre direttori interpellati da *Più Mese* si basano sugli scenari prospettati dallo stesso Roberto Formigoni, che ha assicurato che uno dei prossimi obiettivi del sistema sanitario sarà il potenziamento delle prestazioni sul territorio, in particolare di quelle legate ai pazienti cronici. Ciò significa che «le aziende ospedaliere dovranno varcare i loro confini ed essere presenti sul territorio. Certo non moltiplicando il numero dei presìdi o dei poliambulatori, ma costruendo percorsi che garantiscano la presa in carico dei pazienti anche a domicilio», conclude Stucchi. Mentre Spaggiari sottolinea che «ci sarà da "uscire" dall'ospedale, non solo fisicamente, ma nella comprensione, perché solo nel rapporto con la medicina del territorio è possibile curare in modo appropriato i pazienti cronici. Gli ospedalieri dovranno mettere le loro competenze sempre più al servizio dei medici di medicina generale». «Già oggi – ribadisce Bergamaschi – a Varese stiamo sperimentando l'ospedalizzazione domiciliare, il telemonitoraggio di patologie croniche. Mentre il progetto di carte sanitaria e le reti di patologia ci permettono di garantire continuità assistenziale nei diversi presìdi dell'ospedale. Ma la sfida non riguarda solo i medici: occorre ricostruire un'alleanza fra ospedale, medicina di base, associazioni e pazienti, chiamati, attraverso stili di vita e rispetto dei protocolli terapeutici, a rendersi protagonisti della corretta gestione delle patologia cronica».

Benedetta Frigerio

Foto: AP/LaPresse

10-11_lodimaggiore:14_21_interni 19/04/10 12.03 Pagina 10

LE PRIME PIETRE

L'antica Grecia non ebbe ospedali. La Roma imperiale ebbe strutture dove curare i soldati in tempo di guerra. Fu il Medioevo cristiano a dare fondamento all'hospitalitas, prima conosciuta come attività individuale. Iniziando con san Benedetto, nel X secolo ogni monastero comprendeva un infirmarium, o "infermeria", una cameretta per tutti i malati gravi. Ad accrescerne le strutture i pellegrini che passavano per raggiungere Roma a cercare sia la "salus" spirituale sia quella corporale. Dopo l'anno Mille, con la rinascita della città, ogni centro aveva il suo ospedale vicino ai luoghi di culto e civili. Il patriziato e il clero provvedevano al loro sostegno unendo la dimensione temporale a quella spirituale.

Fonte: Aa.Vv., *L'Architettura della Salute. Luoghi e Storia della Sanità Lombarda*, Multimedia, 2009

Lodi
Ospedale Maggiore

Venne ampliato nel Novecento: prima con un complesso di padiglioni specializzati, poi con un monoblocco verticale. La calda facciata gialla dell'Ospedale vecchio, di marcata orizzontalità, insieme alla mole duecentesca della chiesa di S. Francesco racchiude e ripara l'accogliente piazza. Ci si imbatte in spazi interni ed esterni che dichiarano l'indubbia rilevanza del complesso dal punto di vista storico-artistico, specchio del mutare delle concezioni ospedaliere dal Medioevo ai nostri giorni.

Fonte: Adele Simioli, storica dell'arte e dell'architettura, ibidem

Nella foto di Chiara Cadeddu, il chiostro della farmacia, vista

10-11_lodimaggiore:14_21_interni 19/04/10 12.03 Pagina 11

12-13_paviasmatteo_r:14_21_interni 19/04/10 12.04 Pagina 12

LA SPECIALIZZAZIONE

L'ingresso in ospedale dei medici fu un evento ulteriore, non medievale, ma rinascimentale. Nel Cinquecento, dal sistema della carità indifferenziata, che aveva caratterizzato i medievali "alberghi dei poveri", si passava al sistema degli ospedali maggiori, concepiti, strutturati, organizzati come "fabbriche della salute". I malati acuti, suscettibili di guarigione, devono essere ricoverati e curati all'"ospedale maggiore", principale e centrale, mentre quelli cronici, inguaribili e invalidi, la cui salute piena non può essere ricuperata, devono essere curati negli "ospedali minori", satelliti e decentrati.

Fonte: ibidem

Pavia
Ospedale Maggiore San Matteo

Diventato sede di università, ampliato a più riprese fra Settecento e Ottocento, fu trasformato in caserma nel 1933. Nel XX secolo è stato realizzato il nuovo ospedale con edifici satellite. Nuovi progetti sono stati realizzati nel 2003 e nel 2007. Particolarmente appropriata la non eccessiva altezza degli edifici, luminosi e ben arieggiati. Le sale di rappresentanza sono affrescate dal pittore Antonio Oberto, cui si deve la decorazione della chiesa. Il parco offre stimoli visivi e olfattivi: il primo obiettivo è non estraniare il degente dalle sue abitudini. Termina nel 2007 la nuova clinica malattie infettive e più tardi il dipartimento emergenze. Si tratta di strutture a piastra-torre già sperimentate in Europa.

Fonte: Emanuele Vicini, storico dell'arte, ibidem

Nella foto di Chiara Cadeddu,
A. Oberto, *Affresco con l'allegoria della carità*,
sala del Consiglio di amministrazione, 1932

12-13_paviasmatteo_r:14_21_interni 19/04/10 12.04 Pagina 13

14-15_lecco:14_21_interni 19/04/10 12.04 Pagina 14

L'ESPANSIONE

Pur senza recepire tutte le istanze illuministiche, fu l'Ottocento il secolo dell'affermazione dell'ospedale moderno. La beneficenza mossa dalla carità si mutò nel dovere civile di una assistenza ai malati evolvente in diritto di costoro alla tutela della propria salute. Ma solo nel Novecento l'ospedale si è aperto anche ai "semi-abbienti", cioè alla moltitudine crescente assistita dalle mutue, e, dal 1978, all'intera popolazione assistita dal Servizio sanitario nazionale. Nello stesso periodo la "rivoluzione tecnologica" ha cambiato l'ospedale. Le varie discipline si sono fatte superspecializzate, pluri-specialistiche, sofisticate e incorporanti elettronica e informatica.

Fonte: ibidem

Lecco
Ospedale A. Manzoni

Non senza difficoltà, fu portato a compimento nel 1840. Già verso la fine del secolo si erano manifestate le limitazioni della struttura. Oggi, a est del nucleo antico, ai piedi dei rilievi montuosi, in posizione favorevole rispetto al sistema di viabilità che collega la città con i capoluoghi vicini, sorge una struttura modello caratterizzata da elevati contenuti tecnologici e improntata a una immagine di grande modernità. Il progetto di un nuovo ospedale si compie nel 2000. Princìpi ordinatori sono l'immagine architettonica netta e definita e il rapporto con il contesto. Ne deriva un giusto inserimento nei paesaggi e negli elementi urbani. Un sistema di tre corpi collegati da percorsi separati, strutturato da spazi verdi. Le scabre rocce che si ergono monumentali a corona si ritrovano nei materiali, nell'alternarsi di vuoti e pieni, di luci e ombre. Le camere, a uno o due letti con ampie superfici vetrate, allargano la vista sul paesaggio del lago e dei monti. Vi è una perfetta organizzazione delle attività, con la divisione di percorsi, l'automazione mediante carrelli robot dei trasporti in galleria dei materiali sanitari e di cucina, una spiccata attenzione all'umanizzazione degli ambienti dove l'accesso pubblico diventa una piazza, con un vasto salone di accoglimento e attesa sul quale affacciano le vetrine dei negozi a perimetro.

Fonte: Daniele Garnerone, architetto, ibidem

Nella foto di Chiara Cadeddu, l'edificio ospedaliero e la palazzina del polo amministrativodidattico

16-17_bergamo:14_21_interni 19/04/10 12.05 Pagina 16

L'AZIENDA

È sempre più sentita l'esigenza che l'ospedale odierno, divenuto una macchina sempre più produttiva e regolativa della salute, adegui al proprio sviluppo scientificotecnico quello amministrativo, organizzativo, gestionale, unendo efficienza ed efficacia e contemperando i benefici con i costi, questi ultimi intesi peraltro più come investimenti che come spese. Sotto questi aspetti l'ospedale d'oggi è una "azienda", il cui funzionamento è da valutarsi non tanto in termini di spese e quantità di prestazioni prodotte, quanto in termini di investimenti e qualità di produzione della salute.

Fonte: ibidem

Bergamo Ospedali Riuniti

Per la sua edificazione fu scelta una delle posizioni più ridenti della città. Oggi mostra una disposizione planimetrica centrale, con i differenti padiglioni ortogonali organizzati attorno ad una ampia corte attrezzata che accoglie un grande giardino verde con fontana circolare. In occasione dell'inaugurazione del nosocomio fu spiegato che «pur conservando il padiglione come elemento base, si sono avvicinate, entro termini convenienti, non solo le fabbriche fra loro, ma le sale dei malati ai servizi, al precipuo scopo di contemperare l'interesse dell'igiene con quello tuttavia importante dell'economia». L'affaccio sul vialone fu pensato come raccordo tra la cittadella sanitaria e la città dei sani.

Fonte: Ferdinando Zanzottera, docente presso il Politecnico di Milano, ibidem

Nella foto di Germano Borrelli, Veduta dei padiglioni che affacciano sull'antica corte interna dell'ospedale

16-17_bergamo:14_21_interni 19/04/10 12.05 Pagina 17

18-19_brescia:14_21_interni 19/04/10 12.06 Pagina 18

LA RIVOLUZIONE "PAZIENTE CENTRICA"

La rivoluzione è cominciata nel 2001. In principio c'era solo il medico, ora invece, al centro di ogni progetto per la costruzione di un nuovo ospedale c'è in primo luogo il paziente, quindi dottori, infermieri e tutti gli altri attori che lavorano all'interno.

Fonte: ibidem

Brescia Spedali Civili

In una zona posta al centro dell'anfiteatro di colline sta per compiersi il nuovo ospedale. Pur se con un progetto in continua evoluzione, l'impianto fu informato su figure geometriche regolari, adottando il sistema stellare per raggi che fuoriescono simmetricamente. Legato a strutture satellitari, oggi è sede universitaria. Tra il 1998 e il 2001, a seguito di un concorso, è stato realizzato un nuovo edificio per blocchi operanti, inserito fra tre corpi dell'ospedale con una soluzione high-tech: il braccio è una passerella aerea. Nel 2000 è stato ultimato l'avancorpo del satellite offrendo un considerevole aumento di spazio. Nel 2003 è stato ampliato il padiglione infettivi, con la progettazione della nuova sede della medicina del lavoro. Fra il 2003 e il 2005 è stata poi ricavata la sede dell'immunologia con il raddoppio di due corpi realizzati in project financing: è diventata una vera "cittadella della salute", lasciando larghi spazi di verde, mentre l'ampliamento non ha intaccato il primitivo impianto impreziosito da un'eccezionale cura per il dettaglio.

Fonte: Irene Giustina, docente di Storia dell'architettura, Elisa Sala, ingegnere, ibidem

Nella foto di Chiara Cadeddu, veduta della cappella al centro del complesso progettato da Angelo Bordoni negli anni Trenta. Sulla sinistra, il prospetto del recente ampliamento del padiglione bordoniano (2005)

18-19_brescia:14_21_interni 19/04/10 12.06 Pagina 19

20-21_miniguarda_r:14_21_interni 19/04/10 12.06 Pagina 20

IL NESSO CON LA CITTÀ

Il nesso, non meccanico, dell'ospedale con la città; il rapporto di continuità tra architetture preesistenti, spesso di grande qualità o artistiche, e nuovi complessi ospedalieri; l'attenzione alla persona, riferimento centrale del sistema ospedaliero. Sono i fattori principali con cui il progettista e le direzioni ospedaliere devono misurarsi.

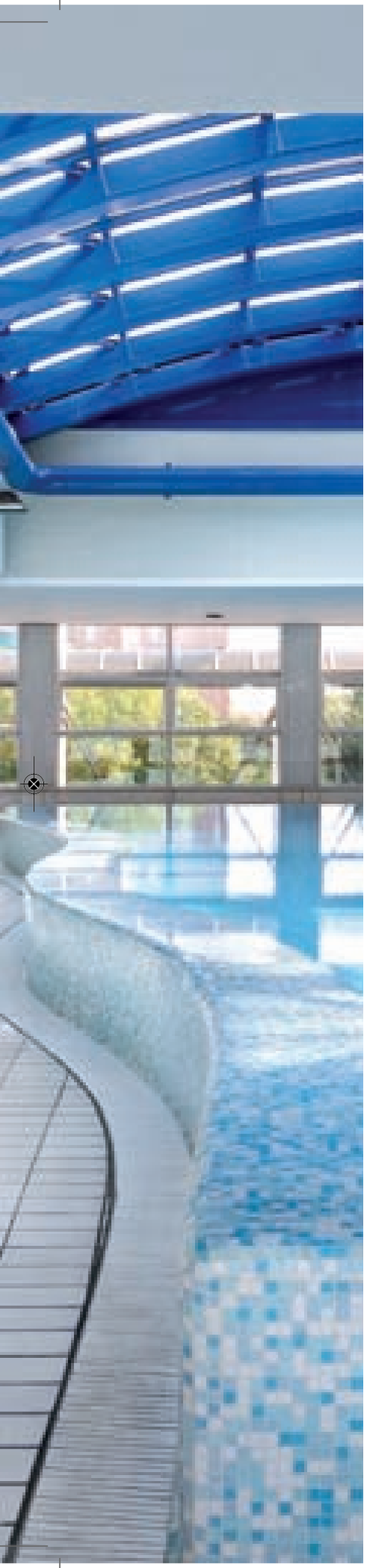
Fonte: ibidem

Milano
Ospedale Niguarda Ca' Granda

L'accordo fu preso dopo che la stessa direzione della Ca' Granda aveva deciso di cedere al Comune l'antico ospedale sforzesco. Il Comune di Milano si impegnava a realizzare le infrastrutture di servizio, nuovi collegamenti e una rete di trasporto tramviario che unisce la sede ospedaliera con il centro cittadino. Oltre all'ampiezza dei singoli reparti il bando prescriveva sanciva la presenza di alcuni ambienti specifici, tra i quali: la chiesa, l'alloggio per i sacerdoti e i medici interni, i dormitori e relativi ambienti per ospitare 100 "suore sorveglianti" e 300 infermiere, le biblioteche per il personale sanitario e i pazienti. Il rapporto con la città è affidato al magniloquente padiglione di ingresso principale, contraddistinto da una sequenza di tre fornici arcuati, ai lati dei quali si trovano gli imponenti vani scala vetrati. Al centro dell'ampia corte principale, invece, ancora oggi si trova la cappella a pianta centrale. Essa costituisce una sorta di museo d'arte contemporanea. Oggi l'ospedale è al centro di un'importante trasformazione architettonica che cerca di mediare fra l'inserimento di edifici innovativi, rispettando nel contempo il patrimonio artistico. Ad esso sono collegate la ricerca applicata, l'attenzione ai disabili, il recupero della deficienza motoria e l'ippoterapia. Vere eccellenze invidiate nel contesto della medicina europea.

Fonte: Ferdinando Zanzottera, ibidem

Nelle foto di Germano Borrelli, un particolare delle piscine riabilitativeinterne all'ospedale (a sinistra) e la struttura interna della cappella a pianta centrale



22-23_misancarlo:14_21_interni 19/04/10 12.07 Pagina 22

LE RELAZIONI

Se si vuole porre al centro dell'ospedale la persona, esso non può continuare ad essere considerato, in termini edilizi e tecnologici, un corpo separato, prodotto di un sapere tecnico e pertanto del tutto autonomo; identificato come sottosistema del sistema città e di continuo soggetto alle sfide che vengono dal suo ambiente e dal sistema societario complessivo, dovrebbe registrarne costantemente e puntualmente le linee di tendenza evolutive. Deve essere mantenuto un nesso tra società e ospedale solo all'apparenza in controtendenza rispetto alle articolazioni, spaziali e sociali, richieste dai continui aggiornamenti scientifici e tecnologici e della diffusa volontà di introdurre nuove, grandi strutture edilizie aggiornate.

Fonte: ibidem

Milano
Ospedale San Carlo

Il complesso è situato tra le vie Pio II, Arioli Venegoni, Cardinale Tosi e San Giusto a ovest di Milano. Nasce come ospedale generale dotato di un reparto di pronto soccorso. Si presenta con un insieme di edifici liberamente disposti in un'area verde intorno ad un edificio centrale monoblocco; al centro del blocco si arriva passando per il padiglione con i servizi destinati al pubblico e al personale (mense, negozi e spogliatoi). Ubicazione e collegamenti tra edifici sono stati stabiliti in vista della massima semplificazione dei percorsi. La distribuzione interna degli ambienti ha subìto nuove modifiche a partire dal 2009. Tra cui la realizzazione di laboratori di analisi, la trasformazione dell'area interna del quadrato in giardino d'inverno. Anche le camere verranno adeguate agli standard.

Fonte: Adele Simioli, ibidem

Nella foto di Germano Borrelli, la chiesa dell'Annunciata, particolare dei Santi ospedalieri realizzati da Costantino Ruggeri

22-23_misancarlo:14_21_interni 19/04/10 12.08 Pagina 23

24-25_sondalo_r:14_21_interni 19/04/10 12.09 Pagina 24

LA COMUNITÀ

Il far emergere una progressiva «perdita di rapporto tra complessità e dimensione, fra specializzazione e governo autonomo dei processi di cura, fra territorialità e distribuzione delle specialità» ha lo scopo di evidenziare l'urgenza del recupero di una funzione sociale dell'ospedale, della capacità di riconoscimento e di accoglienza dei bisogni di salute della comunità.

Fonte: ibidem

Sondalo Villaggio Sanatoriale

L'assenza di grandi agenti inquinanti, la mancanza di polveri organiche, l'abbondanza di ozono e la limitata presenza nell'aria di microrganismi dannosi, hanno favorito il principio medico di edificare una grande struttura sanatoriale in Valtellina,contro la diffusione della tubercolosi e delle malattie respiratorie. La costruzione del più grande sanatorio europeo non fu percepito come pericolo dalla cittadinanza di Sondalo, ma come ulteriore possibilità di sviluppo e di elevazione professionale e sociale. Fu edificato con otto padiglioni per ammalati di forme polmonari, un padiglione per malati soggetti a trattamenti chirurgici e da nove fabbricati eterogenei destinati ad accogliere gli alloggi di parte del personale, la chiesa e alcuni servizi fondamentali. Ogni aspetto fu attentamente studiato e dibattuto e persino il numero dei letti seguì attente logiche legate a parametri economici e alla morale sanitaria allora in auge. Oggi rappresenta un complesso monumentale vincolato dalla Belle Arti per il suo interesse architettonico di livello europeo Arti per il suo interesse architettonico. Nel 1952 Egisto Corradi così lo descrisse sul *Corriere della Sera*: «A qualche misterioso stabilimento o laboratorio od officina segreta pensa subito chi si trova a percorrere di notte la strada Tirano-Bormio. Sulla sinistra, là dove i contrafforti montuosi formanti la valle leggermente si aprono, migliaia di lumi si accendono d'improvviso nel nero velluto delle abetine e delle pinete. (…) Chi si trova ad osservare questo spettacolo non può non pensare vagamente a misteriose città del futuro».

Fonte: Ferdinando Zanzottera, ibidem

Nella foto di Germano Borrelli, una vista dalla galleria di accesso

24-25_sondalo_r:14_21_interni 19/04/10 12.09 Pagina 25

26-27_monza_bis:14_21_interni 19/04/10 12.13 Pagina 26

L'ABITABILITÀ

È una necessità inderogabile quella di fare dell'ospedale un luogo abitabile, ricco del vissuto di una società plurale e dinamica, non semplicemente uno spazio razionalmente funzionante.

Fonte: ibidem

Monza
Ospedale San Gerardo

È storicamente connesso a una tradizione plurisecolare della cura dei malati da parte di enti religiosie laici della città. Divenuto obsoleto, alla fine degli anni Cinquanta l'amministrazione pubblica e quella sanitaria cominciarono seriamente a interessarsi dell'opportunità di trasferire il vecchio ospedale ottocentesco. Il 14 novembre 1964 fu posta la prima pietra del nuovo ospedale monzese. Il primo corpo di fabbrica è costituito da un edificio a quattro piani, solo parzialmente fuori terra, in cui sono stati collocati gli ambulatori, il day-hospital, l'accettazione programmata e alcuni servizi per l'utenza ospedaliera, quali una caffetteria, il giornalaio e altre strutture consimili. Alle sue spalle il monoblocco di quindici piani. Le camere sono studiate per offrire il maggior comfort possibile. Gio Ponti, Fornaroli, Rosselli hanno disegnato anche la forma dei vassoi per i pasti. Per il direttore generale «è un ospedale bello, in cui si lavora con dignità e gusto». La ricerca costituisce uno dei principali vanti dell'ospedale, aperta alla collaborazione con istituti privati e con l'Università.

Fonte: Ferdinando Zanzottera, ibidem

Foto di Chiara Cadeddu

28-29_como:14_21_interni 19/04/10 12.14 Pagina 28

LA SAGGEZZA

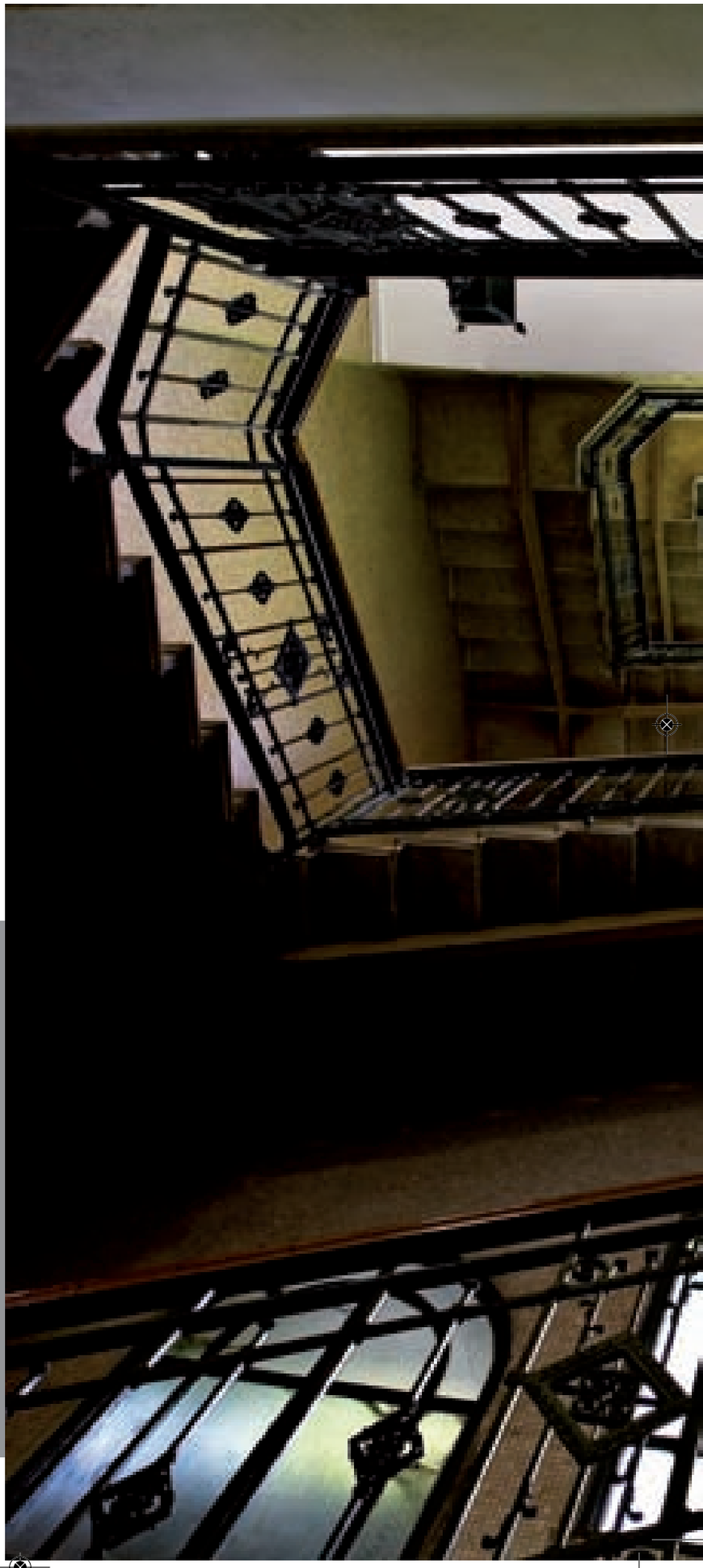
Pratiche e saperi intrecciano da sempre attorno all'abitare e al costruire i fili d'oro di una saggezza, sintetica e ordinata. Anche se accade talora che tali fili divengano grovigli complicati da dipanare.

Fonte: ibidem

Como Ospedale Sant'Anna

Il sito particolarmente favorevole, ben vicino alla stazione delle ferrovie Nord e all'autostrada che collega la città al capoluogo lombardo, è un caposaldo del territorio comasco, rappresentativo del legame che unisce la città all'ospedale in un rapporto costruito in oltre cinque secoli di storia. Sorto come luogo di ospitalità per pellegrini, di assistenza a poveri e di ricovero per deboli e indifesi, viandanti o bambini, ha una storia lunghissima. Già alla fine del XIX secolo si erano manifestati i limiti di spazio. La realizzazione del nuovo ospedale, iniziata nel 2006, si è conclusa nel 2009. La società Infrastrutture Lombarde ha presieduto i lavori. Il nuovo complesso è impostato su due corpi allungati. Costruito su cinque piani, è dotato di 600 posti letto, 22 sale chirurgiche, negozi, servizi bar e ristorazione.

Fonte: Daniele Garnerone, ibidem



Nella foto di Chiara Cadeddu, lo scalone del padiglione Giovanni Battista Grassi

28-29_como:14_21_interni 19/04/10 12.14 Pagina 29

30-31_cremona:14_21_interni 19/04/10 12.15 Pagina 30

L'AMBIENTE

Da sempre l'uomo costruisce l'architettura utilizzando materiali che trova in natura o che ha elaborato a partire da componenti naturali. Da sempre chiude su se stesso una porzione di spazio, la isola, la collega allo spazio esterno illimitato attraverso soglie, per il passaggio del corpo e per quello del solo sguardo.

Fonte: ibidem

Cremona Istituti Ospitalieri

Nel 1935, col raggruppamento in un'unica amministrazione degli Ospedali Maggiore e Ugolani Dati, e di altre minori strutture cittadine, fu costituito l'Ente degli Istituti Ospitalieri. Solo nella seconda metà del Novecento si concretizzò la costruzione dell'odierno ospedale, inaugurato nel 1972. È inserito in un'area pressoché quadrangolare, in buona parte sistemata a parco e giardino alberato, entro la quale una trama di percorsi e di viabilità conduce all'imponente nucleo centrale, e da questo si allunga alla serie di edifici bassi distribuiti a corona. Sul fronte opposto all'ingresso principale si trova la chiesa, elevata a sede parrocchiale. Grande attenzione è posta anche agli spazi del parco, con alberature rigogliose tipiche della pianura irrigua: aceri, acacie, tigli, ippocastani, pioppi e platani oltre a conifere, distribuite prevalentemente nel settore a sud-est, secondo un disegno a macchia che genera scorci continui e visuali sugli edifici, delimita e asseconda i percorsi di distribuzione, anche attraverso contenute ondulazioni del suolo.

Fonte: Daniele Garnerone, ibidem

Nella foto di Chiara Cadeddu, l'ingresso della palazzina direzionale

30-31_cremona:14_21_interni 19/04/10 12.15 Pagina 31

32-33_mantova_r:14_21_interni 19/04/10 12.16 Pagina 32

LO SPAZIO

L'uomo costruisce la propria casa, da sempre, incardinandola nella terra sotto il cielo. La collega ad altre case, fino a configurare una città, dotata di gerarchie e interne specializzazioni spaziali, dove più uomini vivono secondo regole condivise.

Fonte: ibidem

Mantova
Ospedale Carlo Poma

Guido Piovene annotò che «un visitatore distratto, che attraversi Mantova in fretta, può rimanere inconsapevole delle bellezze che racchiude. (…) Il meglio di Mantova è chiuso, i suoi paesaggi sono interni come quelli dell'anima». Ritroviamo dunque una «città di grande bellezza… perché belle vi sono anche le cose minori e affascinante il carattere generale dell'ambiente urbano». Fra le "cose minori", belle, Mantova annovera anche il suo ospedale, in particolare quella parte che risale agli anni Venti. Il nuovo ospedale, realizzato tra il 1919 e il 1925, è costituito da padiglioni con specifiche funzioni, costruiti secondo regole di assialità e gerarchia. La grande attenzione dedicata alla progettazione degli spazi, all'organizzazione delle funzioni e al sistema dei collegamenti orizzontali e verticali si è tradotta in un nucleo ospedaliero particolarmente efficiente, dotato di ogni requisito e comfort di elevato livello. Non di meno, gli edifici risultano coerentemente inseriti nel contesto, grazie anche all'immagine architettonica improntata dal mattone, giusta ripresa dei materiali di finitura tipicamente lombardi.

Fonte: Daniele Garnerone, ibidem

Nella foto di Germano Borrelli, il percorso pedonale coperto di collegamento tra i padiglionidell'ospedale storico

32-33_mantova_r:14_21_interni 19/04/10 12.16 Pagina 33

34-35_varese:14_21_interni 19/04/10 12.16 Pagina 34

L'INGEGNO

L'attenzione alla persona è il fattore principale, ma il progettista e le direzioni ospedaliere dovranno misurarsi anche con altri problemi, di non lieve portata, come la valutazione dei modi di gestione delle risorse finanziarie a disposizione, pubbliche o private, la razionalità complessiva di un sistema ospedaliero flessibile, gli orientamenti politici e amministrativi.

Fonte: ibidem

Varese
L'Azienda Ospedaliera di Circolo Fondazione Macchi

Nella zona periferica della città, di fronte alle splendide colline che chiudono il lago di Varese e degradano verso la pianura, sorge il complesso ospedaliero di Circolo. Gli avvenimenti che hanno condotto alla sua edificazione risalgono, principalmente, al primo decennio del XX secolo. I fabbricati monumentali tendevano allora a essere sostituiti mano a mano da padiglioni isolati posti in località Per maggior sicurezza il progetto fu fatto visionare al professor Golgi e all'ingegner Riccardo Bianchini, codirettore della rivista *L'Ingegneria Sanitaria*, il quale, pur apportando alcune modifica al disegno, nel 1908 dichiarò che ogni dettaglio era stato studiato con «molto amore» e che alcune difficoltà d'indole tecnica erano state superate con «genialità di concezione». Oggi il nosocomio può contare su 33 strutture architettoniche con differenti dimensioni e caratteristiche tecniche. Il complesso di nove piani, dotato di eliporto, è basato su una grande "piastra a servizi". Gli spazi a scala umana riducono anche l'estraneità dell'ambiente, con un ampio ingresso luminoso e accogliente, con volumi ariosi e vetrati e con le camere che possiedono alti standard qualitativi.

Fonte: Ferdinando Zanzottero, ibidem

Foto di Chiara Cadeddu

34-35_varese:14_21_interni 19/04/10 12.17 Pagina 35

36-39_eccellenze:14_21_interni 19/04/10 12.20 Pagina 36

PEZZI UNICI E NUMER

Strutture all'avanguardia, progetti innovativi e risultati da record.
Ecco perché il sistema lombardo è diventato un caso internazionale

E RI DI ALTA SCUOLA

Come si misura la qualità? L'operazione, in apparenza un controsenso, è tanto delicata quanto necessaria quando si parla di sanità. Per dare il voto a un ospedale si possono prendere in esame molti fattori: alcuni sono oggettivi (il tipo di prestazioni erogate), altri invece soggettivi (la percezione dei malati e dei loro familiari).

Forse, però, fra tutti i criteri possibili, ne emerge uno incontestabile. Un parametro che è oggettivo e soggettivo insieme: si basa su dati verificabili, i quali però sono al contempo il riflesso di un giudizio diffuso. Il parametro in questione si chiama indice di attrazione e calcola il numero di pazienti che scelgono di farsi curare in una regione diversa da quella nella quale risiedono. Ebbene, da anni la Lombardia è saldamente al vertice di questa speciale classifica, confermandosi la meta preferita di chi, in cerca dei trattamenti sanitari migliori, decide di sobbarcarsi la fatica di un viaggio a volte anche lungo. Nel 2007 la Regione ha lasciato alle sue spalle, nell'ordine, l'Emilia Romagna, la Toscana e il Veneto. E il risultato non cambia prendendo in considerazione un dato analogo, cioè la differenza tra ingressi e uscite: la Lombardia si conferma primatista, con un saldo di 68 mila ricoveri, 20 mila più dell'Emilia Romagna, 50 mila più della Toscana. I malati in un certo senso "votano" con i piedi, si spostano dove trovano professionisti di primo livello e strutture ben attrezzate.

L'efficienza è anche economica

Ma anche gli altri parametri sono utili per stilare una classifica tra i diversi sistemi sanitari regionali. L'ha fatto la sezione lombarda dell'Associazione italiana ospedalità privata (Aiop). Con un'onesta premessa: in sanità, dare voti e fare confronti non è facile. Anche perché non tutte le Regioni dispongono di sistemi informativi trasparenti e forniscono dati aggiornati. In molti casi, per esempio, i bilanci degli ospedali pubblici sono semplicemente inaccessibili. Detto questo, l'Aiop ha preso in considerazione alcune voci particolarmente significative: la complessità delle patologie trattate, il citato indice di attrazione, la spesa sanitaria pro capite e infine lo stato dei conti. Un mix di efficienza anche economica. Risultato: aggiungendo questi nuovi elementi, la classifica non cambia. In testa c'è sempre la Lombardia, seguita da Emilia Romagna e Toscana. Ce n'è abbastanza, insomma, per parlare di "caso lombardo". Ma se è corretto dire che il modello sanitario qui funziona, bisogna stare attenti a non fraintenderlo. Secondo il comune (pre)giudizio il sistema si caratterizza per una importante presenza di operatori privati. Non è vero, o almeno non del tutto. Il perché è presto detto: è giusto dire che in Lombardia gli ospedali privati costituiscono una fetta importante del totale: all'incirca un terzo. Ma, se paragonata alla situazione del resto d'Italia, non si tratta di una presenza numericamente eccezionale. Traducendola in posti letto, a confronto con le altre Regioni, la Lombardia si colloca appena all'ottavo posto. Poco più di due letti su dieci sono gestiti da privati: il 20,6 per cento, circa, mentre la media nazionale, è del 21,6. La peculiarità del modello sta quindi altrove.

«La vera differenza è che da noi la sanità privata ha le stesse caratteristiche di quella pubblica. La stessa qualità e le stesse offerte, che vanno dal pronto soccorso alla riabilitazione, dall'alta specialità all'assistenza domiciliare. Insomma, non è un privato che si è ritagliato una sua nicchia e opera in settori marginali, come altrove. È un privato veramente alternativo al pubblico, sottoposto agli stessi controlli», spiega a *Più Mese* Gabriele Pelissero, presidente di Aiop Lombardia. Per capire come si sia sviluppato questo sistema affatto originale bisogna fare un passo indietro. Tutto comincia nel 1997, con la Legge regionale 31. Le novità più importanti introdotte, la separazione dei compiti di Aziende ospedaliere e Asl (le prime curano, le seconde controllano) e la parità tra ospedali pubblici e privati sono una rivoluzione. Infatti i siste- ▸

LA CITTADELLA

L'Istituto nazionale dei Tumori darà vita, con l'Ospedale Sacco e l'Istituto neurologico Besta, alla Città della Salute. Un nuovo polo dedicato alla cura, alla ricerca e all'insegnamento, con 1.400 posti letto. Oltre ad alloggi per medici e infermieri, attorno al nuovo centro sanitario si costruiranno alberghi a prezzo contenuto

PARLA IL DIRETTORE BERTOGLIO

A Lecco il premio per l'ambiente più umano

Sono state premiate dal governatore Formigoni e dall'assessore alla Famiglia e Solidarietà sociale Giulio Boscagli le imprese e le pubbliche amministrazioni regionali che si sono distinte per l'ideazione e l'attuazione di progetti rivolti a conciliare la vita familiare con il lavoro. Sono 44 le imprese e 33 le pubbliche amministrazioni che hanno partecipato al concorso promosso da Regione Lombardia e Altis (Alta scuola impresa e società dell'Università Cattolica di Milano). A selezionare i vincitori una giuria composta da figure istituzionali, docenti universitari, opinion leader ed esperti di tematiche di conciliazione. I vincitori entreranno a far parte di un gruppo di aziende pilota che trattano il tema conciliazione famiglia-lavoro in Lombardia. Tra queste eccellenti realtà si è distinta L'Azienda Ospedaliera di Lecco (menzioni speciali: flessibilità, progetto, tempi migliori) che con 250 anni di storia alle spalle è un punto di riferimento per l'intera regione e opera all'insegna della produttività, dell'efficacia e dell'efficienza. Come sottolinea a *Più Mese* il dottor Ambrogio Bertoglio, direttore generale dell'azienda, «all'interno dell'ospedale si opera cercando di creare una vera e propria comunità curante, un luogo in cui la gente sia motivata, comunichi e si prenda in carico i bisogni dei pazienti in un percorso positivo di cura. È un lavoro impegnativo. Per costruire una comunità virtuosa ci vogliono operatori che si mettano in gioco». Venedo alla flessibilità, una delle virtù per le quali l'azienda lecchese è stata premiata, indispensabile per costruire un sistema-comunità attivo e sempre efficiente, Bertoglio spiega: «La nostra è una politica basata sulle aspettative, sul numero delle ore lavorative, sui turni sostitutivi». Non un caso il 75 per cento dei dipendenti dell'ospedale è costituito da donne, la maggior parte delle quali è peraltro in età fertile. Sempre per il medesimo motivo nel nosocomio di Lecco è stato creato anche un asilo nido aziendale. Insieme a queste un'altra peculiarita dell'ospedale è la velocità di diagnosi e del processo di cura che ha permesso di ridurre drasticamente il periodo di degenza, passando dai 24-25 giorni di qualche tempo fa ai 6-7 di oggi. Questi alcuni dei risultati di una azienda che crede nella sua "mission" e che operando con attenzione e passione ha raggiunto livelli di sicura eccellenza.

36-39_eccellenze:14_21_interni 19/04/10 12.20 Pagina 38

I VANTI
Nella foto sopra, le stanze high tech dell'ospedale di Vimercate, uno dei maggiori motivi di orgoglio per la sanità lombarda insieme a strutture come l'Istituto europeo di Oncologia (Ieo) e l'Istituto nazionale dei Tumori (Int)

▸ mi sanitari delle altre Regioni d'Italia, anche se differenziati tra loro, hanno tutti mantenuto un aspetto in comune: il centralismo. Un unico soggetto, la Regione di fatto finanzia, organizza, eroga prestazioni, "appalta" servizi ai privati, controlla. I risultati sono diversi: in alcuni casi il modello dà buoni frutti, in altri è un fallimento.

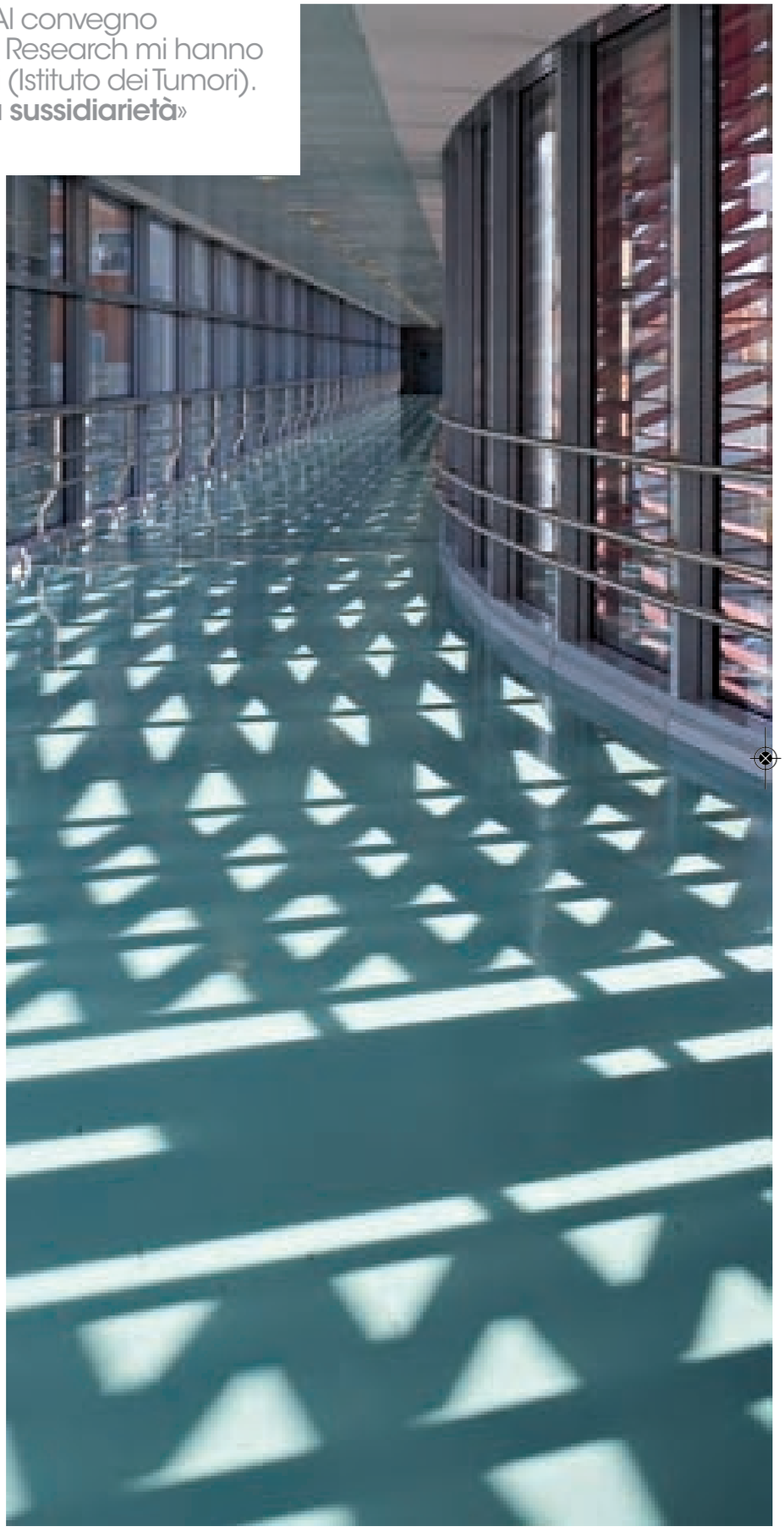
I miti smontati dalle cifre

Alla prospettiva centralista la Lombardia risponde con un'idea nuova: la sussidiarietà. La quale si traduce così: il malato deve avere la libertà di scegliere dove curarsi; le strutture pubbliche competono con le strutture private per offrire al paziente i servizi migliori. Regolati e controllati dalla Regione, ospedali pubblici e privati stanno sullo stesso piano. E spesso il cittadino lombardo sceglie il suo luogo di cura ignorando se la struttura cui si rivolge sia gestita dallo Stato o da privati. Le polemiche non sono mancate. Anche perché, con la riforma, si passa da un sistema nel quale i soldi pubblici coprono le spese a piè di lista, cioè i costi, a un sistema che finanzia le prestazioni effettuate. L'obiezione è immediata: gli ospedali moltiplicheranno gli interventi solo per ottenere i rimborsi. In alcuni casi è avvenuto. Ma che si tratti di casi isolati (casi di corruzione, un male presente in ciascun sistema e che nessun modello potrà mai estirpare) lo suggeriscono i dati sugli interventi di cardiochirurgia, un campo tradizionalmente guardato con sospetto, ma anche uno dei settori nei quali il sistema sanitario lombardo è all'avanguardia. Ebbene, nel 2002 gli ospedali pubblici fecero 6.203 operazioni, quelli privati 8.322. Sei anni dopo, nel 2008, le operazioni erano rispettivamente 6.523 e 8.078. Nessuna gara al rialzo, insomma. Il modello si è dimostrato anche economicamente sostenibile. Al punto che la Lombardia rientra nel ristretto novero delle cinque regioni italiane (le altre sono il Friuli, la Toscana, l'Umbria e le Marche) che, nel 2008, sulla spesa sanitaria vantavano conti in attivo. L'attenzione ai bilanci non è un argomento da accantonare con fastidio. Ma è pur vero che in sanità ciò che conta è soprattutto la qualità delle prestazioni. Si è detto della cardiochirurgia, ma sono almeno altri tre i settori considerati fiori all'occhiello del sistema: l'ortopedia, la radiologia e l'oncologia. Strutture come l'Istituto europeo di Oncologia (Ieo) e l'Istituto nazionale dei Tumori (Int) sono come i gioielli di famiglia, dei quali si va fieri.

Quest'ultimo, peraltro, nel 2015 cambierà sede: si sposterà nella periferia nordoccidentale di Milano e darà vita, con l'Ospedale universitario Sacco e l'Istituto neurologico Besta, alla Città della Salute. Un nuovo polo dedicato alla cura, alla ricerca e all'insegnamento, con 1.400 posti letto e 220 mila metri quadrati di superficie, sul quale la Regione investirà 520 milioni di euro. Oltre ad alloggi per medici e infermieri, attorno al nuovo centro sanitario si costruiranno alberghi a prezzo contenuto, destinati ad ospitare i familiari dei pazienti. «Con la nuova sede potremo trarre vantaggio dalla sinergia con gli altri due istituti, mantenendo la nostra peculiarità. Soprattutto si creerà l'ambiente ideale per trattenere i ricercatori migliori», spiegano a *Più Mese* Gerolamo Corno e Marco Pierotti, rispettivamente direttore generale e direttore scientifico dell'Int. L'Istituto Tumori appartiene alla famiglia degli Irccs, la sigla che sta per Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico. Insomma, oltre alla cura c'è la ricerca. Da notare: il 42 per cento di queste strutture di eccellenza si trova in Lom-

36-39_eccellenze:14_21_interni 19/04/10 12.20 Pagina 39

Anche **Oltreoceano** ci si interroga: «Al convegno dell'American Association of Cancer Research mi hanno chiesto lumi», racconta Marco Pierotti (Istituto dei Tumori). «Ho dovuto spiegare la **formula della sussidiarietà**»



bardia, un altro dato che certifica la qualità complessiva del sistema. Una qualità riconosciuta e apprezzata anche all'estero, perfino oltreoceano.

«Sono da poco tornato da un convegno dell'American Association of Cancer Research e mi hanno chiesto lumi sul modello sanitario lombardo», racconta Marco Pierotti. «Ho dovuto spiegare la formula della sussidiarietà: cioè il modo in cui, nella nostra Regione, abbiamo messo insieme pubblico e privato». Già, perché gli Stati Uniti hanno oggi un problema uguale e contrario a quello che ha dovuto affrontare la Lombardia tredici anni fa: qui si trattava di costruire un sistema misto dando spazio ai privati; Barack Obama cerca di costruire un sistema misto dando spazio al pubblico. Ma l'interesse americano per la nostra esperienza non si limita a generica curiosità. Il Texas, per esempio, sta pensando di organizzare una rete simile alla Rete oncologica lombarda, e si è detto interessato a un confronto.

La peculiarità sta nella collaborazione

L'idea aiuta a comprendere una peculiarità del sistema sanitario lombardo: «Partiamo da uno dei punti di forza dell'Int: la ricerca sui tumori rari, specialmente quelli che colpiscono bambini e adolescenti. Essendo malattie poco diffuse, capita che ciascun medico si imbatta direttamente in pochi di questi casi. Conseguentemente, le diagnosi sono molto difficili. Con la rete tutto cambia: informazioni preziose vengono messe a disposizione di un vasto consesso di ricercatori. E l'effetto è significativo: nel 25-30 per cento dei casi le diagnosi sono state modificate». La rete, cui aderiscono 30 aziende ospedaliere e che raccoglie i dati di quasi 9.000 pazienti, è il simbolo di un insieme che cresce organicamente, non lasciando indietro nessuno. Le eccellenze non rimangono casi isolati: osservazioni e scoperte sono a disposizione dell'intero sistema, che ne beneficia. In uno slogan: la ricerca non è solo competizione, è anche cooperazione. Se si vuole, è il principio che sta alla base della piattaforma per lo sviluppo tecnologico, un progetto al quale sta lavorando l'assessore regionale alla Sanità, Luciano Bresciani, che metterà università, centri di ricerca e industrie lombarde in una rete di rapporti con Regioni italiane (Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Trentino) ma anche europee, dall'Andalusia all'Alsazia, dal Baden-Württemberg al Canton Ticino, per finire con Israele. Anche nei rapporti col resto d'Europa, peraltro, cooperazione e competizione vanno a braccetto. Secondo una stima della Commissione europea, se si abolissero le frontiere sanitarie la mobilità nel Continente interesserebbe il 2 per cento dei ricoveri. E la Lombardia sarebbe attrezzata per intercettare parte di quel flusso. Concorrenza e collaborazione potrebbero coesistere anche sul piano nazionale. Da un lato, lo si è visto, la Lombardia attrae molti pazienti provenienti da fuori. Ma dall'altro lato, quando si disegnerà la nuova sanità federalista, potrebbe insegnare alle Regioni più arretrate la sua formula, che taglia gli sprechi aumentando la qualità.

Alessandro Giorgiutti

Foto: Chiara Cadeddu

40-41_desiovimercate-sesto:14_21_interni 19/04/10 12.22 Pagina 40

FIORE ALL'OCCHIELLO

«Il vero valore aggiunto? 46 milioni di nuova tecnologia». L'Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate raccontata dal direttore Amigoni

Inizio lavori (la famosa prima pietra): novembre 2006. Fine lavori: ottobre 2009. Meno di tre anni per una struttura che occupa una superficie di 112 mila metri quadrati e conta 500 posti letto. Se quello fatto registrare dal nuovo ospedale di Vimercate non è un record, poco ci manca, visto che la media nazionale per simili opere supera il decennio.

«Il merito principale va alla formula del project financing scelta dalla Regione», spiega a *Più Mese* Maurizio Amigoni, direttore generale dell'Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate. In sostanza: oltre ai finanziamenti pubblici l'opera è stata realizzata grazie all'intervento dei privati, che l'hanno cofinanziata (coprendo il 35 per cento degli oneri complessivi) e costruita, e ora ne gestiranno i servizi non sanitari, dall'accoglienza alberghiera alla manutenzione. Inaugurato ufficialmente lo scorso dicembre, il nuovo ospedale sarà pienamente funzionante entro l'autunno. Al momento si procede con i collaudi e si installano le apparecchiature tecniche. Della nuova struttura colpisce la forma architettonica, con i quattro semicerchi che, visti dall'alto, ricordano i petali di un fiore, e che sono destinati ad ospitare i degenti. «Ma l'ospedale, più che a una casa, va paragonato a un'automobile. In altre parole: il vero valore aggiunto è la tecnologia. E proprio alla tecnologia, su un investimento complessivo di 215 milioni di euro, sono stati dedicati 46 milioni», puntualizza Amigoni. Quanto a informatizzazione e automazione, Vimercate sarà ai vertici tra gli ospedali italiani. Il letto del paziente, con annesso personal computer, sarà al centro di una rete fittissima di connessioni. Inserendo una card, il medico potrà consultare la cartella clinica elettronica, che soppianterà quella cartacea, riducendo drasticamente i rischi di confusione ed errore. Si potrà indirizzare direttamente alla farmacia l'ordine di un medicinale e un robot provvederà ad inviare solo la dose richiesta debitamente sigillata e non l'intera confezione (un sistema che può portare a risparmi anche del 10 per cento per quanto riguarda i farmaci: niente più antibiotici aperti e "dimenticati" in qualche armadio). Grazie a questo processo sarà possibile anche inviare in cinque secondi una fialetta di sangue in laboratorio tramite posta pneumatica e godere di altri numerosi servizi.

Il nuovo Vimercate, oltre ad ammodernare le apparecchiature mediche già esistenti, ne presenterà di inedite dedicate a settori come la medicina nucleare (macchine per la diagnosi di malattie oncologiche) e la traumatologia. «Le nuove tecnologie e la presenza di specialisti neurochirurghi faranno del nostro presidio un "trauma center"», spiega Amigoni: un punto di riferimento, cioè, per tutte le emergenze, non solo relative a ictus e infarti, ma anche agli incidenti sul lavoro o sulle strade. L'ospedale si trova, inoltre, al centro di uno nodo viabilistico di tutto rilievo, a soli cento metri dalla Tangenziale Est di Milano e vicino alla Pedemontana.

A proposito di localizzazione. Dovesse diventare realtà il progetto di una metropolitana tra Milano e Vimercate, questo presidio ospedaliero si candiderebbe ad essere una seria alternativa anche per molti altri pazienti, milanesi e non solo. **[ag]**

UN COMPUTER A OGNI PAZIENTE

Dal punto di vista dell'informatizzazione e dell'automazione l'Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate è già ai vertici tra gli ospedali italiani. Tutti i letti sono dotati di personal computer

40-41_desiovimercate-sesto:14_21_interni 19/04/10 12.22 Pagina 41

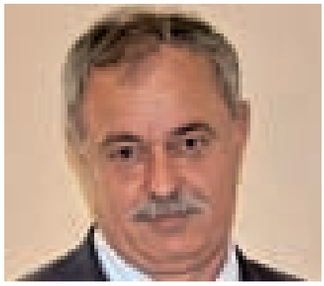
CURATI SOTTO CASA
O DEGLI ISTITUTI CLINICI DI PERFEZIONAMENTO

Così il principio dell'integrazione ha messo fine al viavai dei pazienti tra Monza e Milano. «Da Cinisello a Sesto servizi generici e specialistici ora sono un'offerta unica». Parola di Giancarlo Bortolotti, direttore Icp

Dall'Ospedale di Sesto San Giovanni al Bassini di Cinisello Balsamo ci sono solo cinque minuti di automobile. Ma fino a un anno fa le due strutture facevano parte di aziende ospedaliere diverse, di quella di Vimercate il primo, del San Gerardo di Monza il secondo.

Con la nascita della Provincia di Monza e Brianza è sorta la necessità di separare i due ospedali di area milanese dalle rispettive case madri brianzole. La decisione di conferire i due presidi agli Istituti Clinici di Perfezionamento (Icp) di Milano viene da lì. Mica uno scherzo, per gli Icp. Fino a quel momento il "marchio" Icp comprendeva sostanzialmente il Centro traumatologico ortopedico (Cto) di via Bignami, lo storico "Ospedale dei bambini" Buzzi e una rete di 21 poliambulatori milanesi. Con l'ingresso, dal gennaio 2009, degli ospedali di Cinisello e Sesto, i numeri principali del gruppo si sono moltiplicati per due: raddoppiati i posti letto, che sono passati da 500 a circa 1.000; raddoppiati i dipendenti (medici, infermieri e altro personale), che hanno superato quota 3.400; e raddoppiato il bilancio, lievitato a circa 290 milioni di euro. Inizialmente lo scetticismo era quasi d'obbligo. Si trattava di mettere insieme realtà geograficamente vicine, come si è detto, ma con storie, consuetudini e metodi di lavoro molto diversi. È vero, però, che gli Icp avevano alle spalle un'altra storia di integrazione riuscita. Nel 2006, infatti, la Regione Lombardia aveva assegnato all'azienda, diretta da Francesco Beretta, diciassette poliambulatori, un tempo gestiti da più ospedali (il Fatebenefratelli, il Sacco, il San Paolo, il San Carlo e il Niguarda). Nasceva così la più grande rete di poliambulatori d'Italia, che bisognava riorganizzare, riqualificando l'offerta ed eliminando i "doppioni" diventati inutili.

Si può dire che furono le prove generali di quel che sarebbe successo nel 2009. «Ma l'integrazione tra Sesto San Giovanni e Cinisello Balsamo è stata la prima vera grande sfida professionale per la dirigenza», spiega Giancarlo Bortolotti, direttore del dipartimento amministrativo degli Icp: «Il nostro obiettivo si poteva riassumere così: i medici e i pazienti interessati non avrebbero dovuto nemmeno accorgersi del cambiamento. A un anno di distanza possiamo dire di esserci riusciti». L'ostacolo maggiore è stato (ed è tuttora: il processo di integrazione si concluderà quest'anno) l'informatica. Bisogna infatti inserire nella stesa rete ospedali dotati di sistemi applicativi differenti. L'altro scoglio insidioso: rendere simili i vari contratti, prestazioni e costi uguali in tutti i presidi. Oltre alle difficoltà dietro le quinte, l'integrazione porta però con sé anche fattori positivi. Se il Buzzi e il Cto sono strutture specializzate (in pediatria e ortopedia), i presìdi di Sesto e di Cinisello hanno un'offerta "generalista". Messi insieme, sono complementari e i pazienti dei secondi possono trarne vantaggio. Un solo esempio. Per i pazienti di Sesto, gli interventi ortopedici più complessi e delicati ora verranno svolti al Cto. **[ag]**



ACCORPAMENTO
Nella foto grande, gli Istituti Clinici di Perfezionamento (Icp) di Milano. Qui sopra, Giancarlo Bortolotti direttore del dipartimento amministrativo degli Istituti Clinici di Perfezionamento

42-43_sistsanitario:14_21_interni 19/04/10 12.23 Pagina 42

SOSTEGNO REALE
DOVE IL BISOGNO È CONCRETO

Il direttore generale dell'assessorato alla Famiglia e Solidarietà spiega perché, dati alla mano, l'invenzione del mix sanità-assistenza ha signicato aiuti più utili, interventi più efficaci, gestioni più efficienti

UMBERTO FAZZONE

MEDICO DI GOVERNO

Umberto Fazzone è direttore generale dell'assessorato lombardo alla Famiglia e Solidarietà sociale

Rsa, Rad, Cdd, Sr, Stt, Sad, Sert. Tutte sigle che per capirci qualcosa ci vorrebbe la fissazione di certi esperti. Eppure Umberto Fazzone è convinto che «non c'è niente di più popolare». Fazzone è il direttore generale dell'assessorato lombardo alla Famiglia e Solidarietà sociale, il che significhe che è lui ad avere la responsabilità di tutti quegli arcani acronimi. Acronimi che Fazzone accetta volentieri di convertire in italiano per *Più Mese*: «Residenze sanitarie per anziani, Residenze assistenziali per disabili, Centri diurni per disabili, Strutture di riabilitazione, Servizio territoriale tossicodipendenza… È da più di dieci anni che ce ne occupiamo», ovvero da quando, con la riforma del 1997 (legge numero 31), la Lombardia favorisce e promuove «l'integrazione delle funzioni sanitarie con quelle socio-assistenziali». «E si può dire che da allora le cose sono molto cambiate», chiosa Fazzone. La riforma ha infatti fatto scomparire le Ussl, sostituendole con le Asl che hanno assunto compiti precisi a garanzia dell'eccellenza degli enti pubblici e privati che si occupano della cura e dell'assistenza dei cittadini e che al loro interno hanno un dipartimento apposito per l'assistenza socio-sanitaria integrata. «Gli esiti di quella riforma oggi sono ormai assodati. Il vantaggio è lo stesso di cui ha iniziato a godere tutto il sistema lombardo quando i princìpi enunciati della sussidiarietà, della libertà di scelta, della solidarietà e della partecipazione sono diventati realtà».

Per venire al dunque, si sono sviluppate strutture residenziali, semiresidenziali e domiciliari sulla base dell'accreditamento di enti pubblici e privati, accreditamento

Foto: Shutterstock, Sintesi

subordinato al rispetto di standard qualitativi precisi. «Esattamente come abbiamo fatto con i consultori, che da enti prettamente pubblici hanno cambiato natura moltiplicandosi. Anche nell'area delle tossicodipendenze i numeri e l'efficienza delle attività e dei presìdi riabilitativi sono aumentati. Parlo delle strutture ospedaliere come di quelle ambulatoriali o residenziali, che riguardano i cronici». Fondamentale, a proposito di dipendenze, è la conoscenza. Per questo, nel 2005, è stato istituito l'Osservatorio regionale che rileva e coordina tutte le esperienze nel campo. Con il progetto Re-ligo è stata poi attivata un'organizzazione sinergica delle istituzioni sparse sul territorio per intervenire in modo mirato a livello di prevenzione. Anche qui, grazie al sistema dell'accreditamento, i servizi si sono arricchiti e diversificati, con ambulatori e comunità gratuite specializzate. E quando Fazzone comincia a fornire i numeri dell'impegno del suo dicastero, bisogna prendere atto che non è affatto finita qui.

In Lombardia il numero delle strutture d'assistenza è cresciuto del **238 per cento** in quattro anni. «Nessuna Regione ha dati simili. I letti nei centri diurni sono passati **da 4.220 a 5.528**. Gli hospice? **Da 14 a 19**. E ci sono **500 euro al mese** per gli incurabili assistiti a domicilio»

Il contributo della "società civile"

Per i pazienti cronici, sia anziani sia disabili, che in Lombardia sono 96.890, pari al 12 per cento circa del totale, la Regione vanta la più alta diffusione di strutture specializzate in Italia, aumentate del 238 per cento in quattro anni, con 7 posti letto ogni cento anziani over 75. «Nessuna Regione ha un parametro simile. Pure il numero dei posti letto accreditati nei centri diurni integrati è aumentato, passando da 4.220 a 5.528». In tutto il territorio regionale l'assistenza domiciliare è invece integrata dall'Asl e dai soggetti erogatori attraverso i voucher da 300, 400, 600 euro, a seconda della gravosità. «È così che la famiglia riesce a pagare parte delle cure, grazie anche alla detrazione». Ma quante sono i cittadini lombardi che hanno avuto accesso ai voucher? «Innanzitutto il numero dei fruitori, che senza questo strumento non potrebbero operare, è aumentato molto. Mentre per quanto concerne l'assistenza domiciliare, grazie ai voucher, in tre anni le prestazioni erogate sono passate da 40 mila a 360 mila». Con il dottor Fazzone *Più Mese* discute anche del tema caldo dell'assistenza ai malati di Sla o degli "stati vegetativi". «Per queste necessità abbiamo potenziato gli hospice, passati da 14 a 19 accreditati con 57 posti letto fissi in più, in cui arrivano i pazienti stabili che non serve stiano in ospedale e che vengono trattati in Rsa o Rsd gratuitamente o a domicilio con 500 euro mensili più assistenza domiciliare».

A tutto questo, però, non fa dimenticare le sfide. A fine novembre, infatti, è stata firmato un verbale d'intesa con le rappresentanze sindacali «per il miglioramento delle attività del servizio di assistenza domiciliare integrata, sviluppo dei centri diurni e delle famiglie coinvolte nella crisi occupazionale». Che significa? Spiega Fazzone che si tratta della «nuova partita sulla non autosufficienza. È cominciata stilando le regole 2010, che prevedono l'accreditamento e quindi la remunerazione di centri diurni sia per disabili sia per anziani. L'altra novità è che i Buoni Famiglia, finora elargiti in base alla grandezza del nucleo, andranno anche ai cassaintegrati con pazienti cronici a carico in Rsa o in casa».

È un sistema, quello socio-sanitario lombardo, sempre "sotto stress", ché le sue competenze toccano ambiti delicati della vita dei cittadini e sopratutto è sempre di fatto sotto i riflettori. Solo in provincia di Milano si contano 1.500 suicidi l'anno fra i più giovani, di cui appena uno su quattro entra in contatto con i servizi ospedalieri. Le cronache sono piene di casi psicopatologici adolescenziali. Si assiste ormai a una vera emergenza in atto. Ed è vero che, dice Fazzone, si tratta di «un problema strettamente sanitario» e «sono innanzitutto le scuole e le famiglie a doversi accorgere di eventuali disagi e segnalarli ai medici». Tuttavia l'assessorato alla Famiglia e Solidarietà sociale non ha intenzione di restare a guardare. «Anche noi aiutiamo queste persone, perché i servizi che si occupano delle famiglia. Ma i nostri restano strumenti preventivi: i consultori, per esempio, che oggi sono tantissimi (291), possono servire agli operatori sanitari nei casi che coinvolgono donne in gravidanza». Parole confermate dal bilancio sociale 2008 che vede una prevalenza dell'offerta di consulenza e prestazione socio-sanitaria con l'obiettivo prossimo di incrementare gli interventi non solo riparatori, ma preventivi, per promuovere il benessere degli adolescenti.

«Sicuramente, però, il successo è frutto di un'idea, di un progetto», conclude Fazzone. «Il mondo socio-sanitario si è arricchito di una miriade di privati e aziende non profit che hanno dato un contributo storico enorme, anche iniettando un po' di sana concorrenza, che a sua volta incentiva spinge gli operatori all'efficienza. Insomma, la società civile lombarda, già forte di per sé, essendo oggi sostenuta dall'amministrazione, è riuscita a organizzarsi meglio. Anche le risorse sono state riorientate riducendo gli sprechi: con i 12 milioni di euro attinti dal fondo sanitario, per esempio, abbiamo fatto in modo che gli ospedali ora possano fare il loro mestiere occupandosi solo di acuti, mentre noi facciamo il nostro sostenendo i cronici». **[bf]**

44-45_prevenzione:14_21_interni 19/04/10 12.24 Pagina 44

GIOCO D'ANTICIPO

Maggiori tutele nei luoghi di vita e di lavoro. Controlli più efficaci su ambiente e alimentazione. Così la sicurezza batte i rischi per la salute

Lo dicono tutti che prevenire è meglio che curare, per garantire una buona salute ed una migliore qualità della vita, ma tradurre questi princìpi in azioni concrete, facendo informazione e affiancando il lavoro dei medici e quello delle strutture sanitarie specialistiche, è da sempre l'obiettivo che la Regione Lombardia si è prefissata. A questo scopo è stato redatto un report (agosto 2009), che illustra le attività di prevenzione svolte in Lombardia, che rende trasparenti i risultati ottenuti, nell'alveo di un nuovo percorso avviatosi a partire della legge regionale 8/07, che ha semplificato diverse procedure burocratiche. Si tratta, secondo Luigi Macchi, responsabile dell'unità Prevenzione della direzione generale Sanità, di «una logica pragmatica, che va incontro ai bisogni del cittadino. Abbiamo ritenuto necessario che la prevenzione (fino a qualche anno fa improntata quasi esclusivamente all'osservanza di norme e leggi) si impegnasse in attività di dimostrata efficacia e con evidenza scientifica, nell'ottica di consentire un "guadagno di salute" misurabile».

Il processo corresponsabile

Il riscontro è positivo non solo a livello di numeri. Di fatto, il successo ottenuto è frutto di un processo di corresponsabilità che ha coinvolto imprese e lavoratori, parti sociali, famiglia, scuola, associazionismo e amministrazioni locali, resi protagonisti del dialogo programmatorio. Una declinazione del principio di sussidiarietà, espresso nella continua ricerca di integrare i diversi attori, interni ed esterni al sistema della prevenzione, attraverso processi di comunicazione tra governo centrale, regionale e locale. Nel rapporto vengono presentati gli atti regionali in termini di indirizzi tecnico-scientifici, formazione, supporto statistico-epidemiologico e approntamento di sistemi informativi, insieme ai risultati delle Asl. Ma quali sono gli ambiti di intervento? Quelli quotidiani: «Riguardano la sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro, la tutela della salute dai fattori di rischio ambientali, l'igiene dei prodotti e la sicurezza alimentare, la prevenzione sia delle malattie oncologiche e cronico-degenerative sia di quelle infettive e la promozione della salute». Macchi analizza lo status quo confrontando i dati degli ultimi anni: sui luoghi di lavoro, ad esempio, fra il 2007 e il 2008 si è ottenuta «una riduzione degli infortuni pari al 5 per cento. In particolare nell'industria la riduzione è stata dell'11 per cento e nelle costruzioni del 19. Si sono poi ridotti del 37 quelli mortali». Nella prevenzione delle patologie cardio-cerebro-vascolari, invece, si sono ridotti ricoveri e mortalità per il tumore del polmone nei maschi. «Per quanto riguarda l'obesità sotto i 18 anni, la media rispetto alla nazione è minore». Gli screening oncologici «nel periodo 2000-2008 hanno in-

Foto: AP/LaPresse

vece concorso a ridurre il tasso di mortalità per il tumore alla mammella, tra le donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni, da 68,5 a 53,3 ogni 100 mila donne residenti, e hanno consentito di diagnosticare 1.348 cancri del colon, oltre a 5.881 adenomi ad alto rischio». Positivo anche il bilancio sugli incidenti stradali, dato che «nel periodo 2000-2007 in Lombardia si è registrato un decremento del 13,6 per cento nel numero di incidenti, del 28 in quello dei morti e del 17 in quello dei feriti».

Per quanto concerne gli infortuni domestici, nel periodo 2005-2008 «i ricoveri per avvelenamento dei bambini (0-3 anni) sono scesi del 21 per cento, mentre sono diminuiti del 5 quelli di anziani (65 anni ed oltre) dovuti a fratture, con una riduzione complessiva del 6». Rispetto all'ambiente, in seguito alla rilevazione dei quantitativi di amianto e della attuazione delle attività di bonifica, il monitoraggio ha evidenziato, in tutta la regione, concentrazioni di fibre di amianto aereo-disperse notevolmente inferiori ai limiti cautelativi stabiliti dall'Oms. «Restano le attività di vigilanza nel settore degli alimenti, che hanno avuto effetti positivi nel contrastare le tossinfezioni da salmonella ed altri agenti microbici».La valutazione complessiva è insomma favorevole, ma pure aperta al miglioramento. «Ci sono ambiti in cui i risultati sono ancora poco chiari» e per questo «occorre lavorare sugli strumenti da utilizzare». Fermo restando che per Macchi il bilancio è positivo e «conferma il valore del percorsointrapreso dalle strutture organizzative centrali e territoriali del sistema sanitario lombardo».

Chiara Sirianni

Meno incidenti e ricoveri

5% la riduzione degli infortuni sui luoghi di lavoro fra il 2007 e il 2008, di cui l'11% nell'industria e il 19 nelle costruzioni

37% la riduzione di infortuni mortali

15,2% la riduzione, nel periodo 2000-2008, del tasso di mortalità per il tumore alla mammella tra le donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni

1.348 i tumori al colon diagnosticati

5.881 gli adenomi diagnosticati

13,6% la riduzione di incidenti stradali nel periodo 2000-2007, con un calo del 28% fra quelli mortali

21% la riduzione dei ricoveri per avvelenamento dei bambini (0-3 anni) nel periodo 2000-2005
!

5% la riduzione dei ricoveri per fratture degli anziani (oltre i 65 anni di età)

6% la riduzione complessiva di ricoveri causati da incidenti domestici

LA PIAGA MODERNA

Un laboratorio antistress per combattere la più "popolare" delle malattie

Resta un indice in controtendenza rispetto a quelli relativi alle malattie professionali. Sono in aumento il "disagio" e le "malattie aspecifiche", ovvero sintomatologie mal definite (non riferibili a quadri nosologici noti) e malattie prodotte da cause sia professionali che non. Fra i più comuni il cosiddetto stress, una delle folk illness, o "malattie popolari", più pervasive della nostra società. In base alla più recente indagine sulle condizioni di lavoro nell'Ue, lo stress lavorativo risulta essere la condizione maggiormente percepita in associazione con un deterioramento della salute nel 30 per cento dei 21.500 lavoratori intervistati, con maggiore prevalenza tra i colletti bianchi (36 per cento) rispetto ai lavoratori manuali (23). Il costo è plurimo. Infatti, se da una parte lo stress può provocare serie conseguenze sulla salute fisica come su quella mentale, d'altra parte ha importanti conseguenze anche in termini di "sintomi lavorativi": alti livelli di assenteismo e di turnover, basso senso di appartenenza, scarsa iniziativa e ridotta produttività. Quali sono le attività a maggiore rischio? Il controllo del traffico aereo, ad esempio, o il lavoro dei conducenti di autobus. Gli operatori sanitari si collocano al secondo posto dopo gli insegnanti per stress, depressione e ansia. Nell'ambito del Piano regionale 2008-2010 la Lombardia ha attivato un laboratorio sullo stress lavorativo, per arrivare a definire linee guida e atti di indirizzo. I lavori sono proseguiti per tutto il 2009 attraverso un confronto «serrato, fuori da ogni logica di contrapposizione ideologica», fra operatori tecnici e figure universitarie a valenza scientifica da una parte e diverse forze sociali dall'altra.

48-49_retipatologia.qxp:14_21_interni 19/04/10 13.43 Pagina 48

CAMICI IN RETE

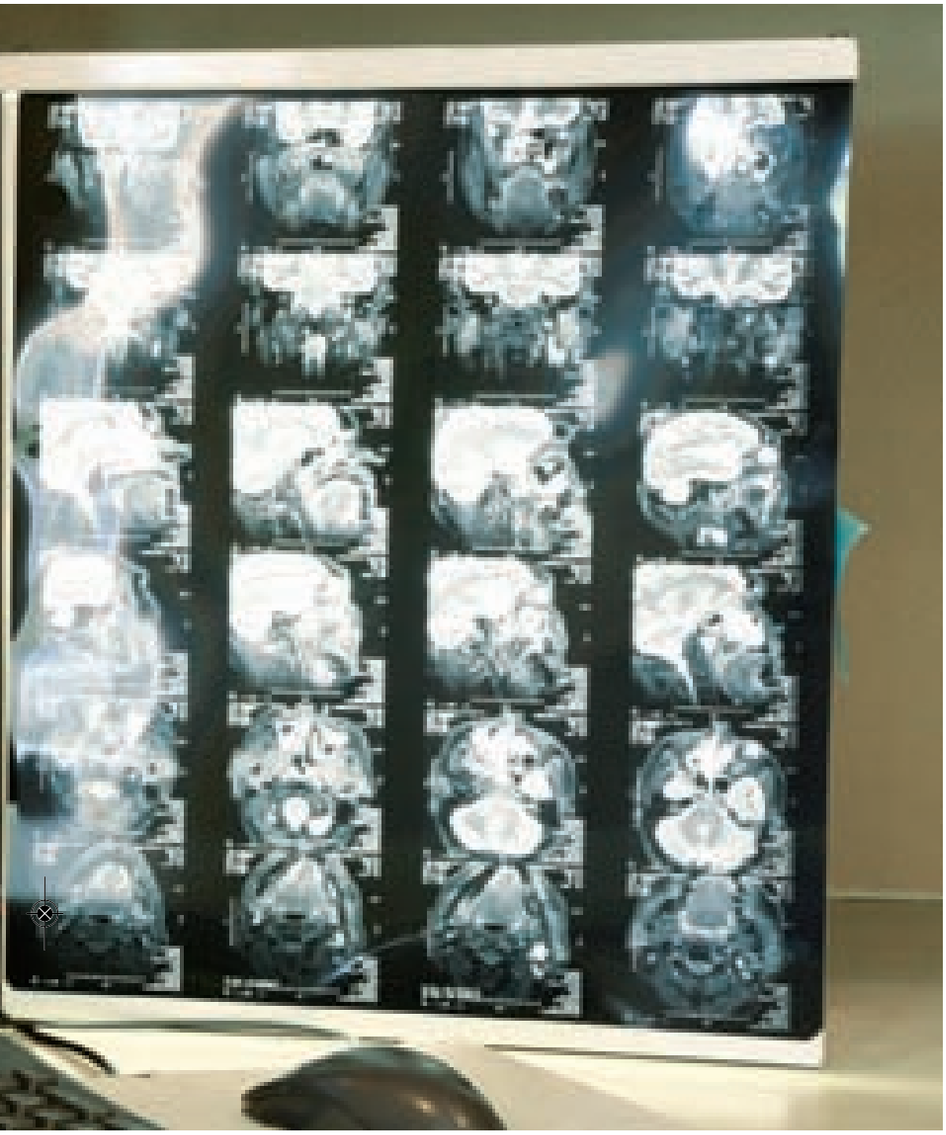
Siss, il Sistema informativo che permette agli specialisti di condividere risorse ed esperienze. Per offrire a ogni cittadino le migliori terapie

Negli ultimi anni la Regione Lombardia ha promosso la realizzazione di una rete informatica regionale in ambito sanitario, una rete che è allo stesso tempo culturale e infrastrutturale, di tipo informatico e tecnologico, capace di collegare persone e strutture permettendo l'ottimizzazione del processo di assistenza al paziente.

Questo sistema, che prende il nome di Reti di Patologia, è stato realizzato attraverso dei veri e propri reparti virtuali inter-aziendali, che consentono agli specialisti e ai centri ospedalieri coinvolti lo scambio e la condivisione di tutte le informazioni cliniche utili per una miglior cura del paziente. «Il sistema delle reti – come sottolinea la dottoressa Caterina Tridico, dirigente dell'Unità organizzativa programmazione e sviluppo piani della direzione generale Sanità della Regione Lombardia – è un sistema molto concreto che si sta consolidando e che permette a tutti i cittadini lombardi, a prescindere dal luogo di residenza, di avere le stesse possibilità di cura, e agli specialisti di crescere professionalmente». Organizzare il sistema sanitario in reti comporta, infatti, una serie di vantaggi, come il virtuoso contatto interattivo tra

Foto: Shutterstock

48-49_retipatologia.qxp:14_21_interni 19/04/10 13.44 Pagina 49



LA PIATTAFORMA

I documenti e i referti relativi al paziente creati nell'ambito delle Reti andranno a far parte di una cartella sanitaria virtuale, che renderà disponibili tutti i dati clinici prodotti sul territorio regionale da medici e operatori di strutture diverse. Così la storia sanitaria del paziente sarà sempre completa e aggiornata

i clinici delle varie strutture ospedaliere, che garantisce loro un forte arricchimento culturale, o la possibilità per tutti i cittadini lombardi di avere le stesse opportunità di diagnosi e cura, potendo usufruire di tutte le risorse presenti nel territorio regionale nel minor tempo possibile. Il primi passi nel lancio di una rete di patologia riguardano infatti l'aggregazione dei clinici, la definizione di linee guida regionali e l'iter e i percorsi che deve fare il paziente. In questo modo la terapia viene in un certo senso "anticipata" e nel momento del bisogno si può procedere al ricovero immediato del paziente nella struttura ospedaliera più adatta.

I documenti e i referti relativi al paziente creati nell'ambito delle Reti di Patologia andranno a far parte di una cartella sanitaria virtuale, il fascicolo sanitario elettronico che raccoglierà e renderà disponibili tutte le informazioni e i dati clinici prodotti sul territorio regionale da medici e operatori socio-sanitari di strutture diverse. Così facendo, la storia sanitaria del paziente sarà sempre completa e costantemente aggiornata e potrà essere consultata dagli "addetti ai lavori", attraverso l'uso della piattaforma Siss (Sistema informativo socio sanitario), in qualunque momento ed in qualsiasi luogo nel totale rispetto della privacy verso il paziente. Gli specialisti di una determinata patologia possono, dunque, condividere le informazioni e le pratiche mediche al fine di garantire al paziente cure sempre più appropriate e mirate per tutta la durata della malattia. Il sistema delle reti prevede anche che il ricovero del paziente venga effettuato in diverse strutture ospedaliere a seconda del mutare delle esigenze nel percorso terapeutico: alle fasi della malattia che richiedono il ricovero in centri di assistenza ad alta complessità seguiranno, se necessario, altre fasi del percorso terapeutico che consentono il ricovero in strutture meno complesse e più vicine al domicilio del paziente. È prevista anche una gestione domiciliare condivisa con il medico di famiglia che, oltre all'ottimizzazione della spesa sanitaria, comporta un risvolto positivo dal punto di vista di tutti i vantaggi psicologici che il paziente può trarre dalla gestione modulata delle varie fasi della sua malattia.La prima rete di patologia realizzata è la Rete oncologica lombarda (Rol), attivata nel 2006. Grazie appunto all'uso di un sistema di comunicazione in rete che permette la condivisione di informazioni fra gli specialisti del settore, la Rol ha già avuto un notevole successo e ha garantito ai propri pazienti un servizio di qualità che va in contro alle diverse esigenze di ciascun caso clinico.

Sperimentazione e consolidamento

Oltre alla Rol, tra le reti di patologia avviate si distinguono la Rete epinetwork (per l'epilessia) e la Rete delle malattie rare. Come afferma la dottoressa Tridico, «non ci sono reti di patologie che funzionano meglio delle altre, ci sono reti più consolidate, come la Rol, e reti avviate più di recente, come la Rete nefrologica. La Rete oncologica lombarda è nata tenendo conto della ricchezza che la Regione Lombardia offriva a livello di strutture che avevano capacità importanti dal punto di vista oncologico, e in cui l'offerta era molto alta». Questa la ragione per cui la Rol ha conosciuto una immediata diffusione su tutto il territorio lombardo sin dall'inizio. Per il lancio, invece, delle ultime reti create, quella nefrologica e quella ematologica lombarda (Rel), sono state previste una prima fase sperimentale e una seconda fase di diffusione su tutto il territorio regionale, seguite dall'implementazione delle loro funzioni. La proposta di dare vita anche alla Rel è stata quasi naturale. Sollecitata dai progressi ottenuti negli ultimi anni nel campo delle emopatie (leucemie, linfomi, melomi, malattie emorragiche e trombotiche), resi possibili grazie anche alla capacità della ricerca ematologica di trasferire i risultati dal laboratorio alla pratica clinica con una notevole velocità. Per il lancio della Rel, oltre all'Azienda ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda, che è a capo del suo coordinamento tecnico scientifico, sono stati coinvolti inizialmente gli Ospedali Riuniti di Bergamo, gli Ospedali Civili di Brescia e la Fondazione Irccs Policlinico San Matteo di Pavia. Allo stesso modo si è preferito procedere con la Rete nefrologica, scegliendo subito una serie di strutture così da consolidare il sistema prima di procedere alla diffusione su tutto il territorio lombardo. Anche se si tratta di un modello di lancio di reti diverso rispetto a quelli precedententi, l'obiettivo rimane, comunque, quello di estenderle su tutto il territorio, potenziando le strutture e facilitando i percorsi successivi. Il sistema, che negli ultimi anni ha visto una continua ascesa, rappresenta il punto di avvio di un nuovo modus operandi che pur agli esordi promette già grandi cose per il futuro del Sistema sanitario lombardo.

Mariapia Bruno

LA RICERCA CHE NON HA FINE

Oltre alle aree cardiocerebrovascolare, oncologica e delle malattie rare, il Pirellone punta sulla medicina intensiva. E investe nonostante la crisi

Per mantenere l'attuale livello di eccellenza nella cura e nell'assistenza dei cittadini è ovviamente fondamentale per la Regione Lombardia sostenere la ricerca in campo sanitario e investire sui suoi possibili sviluppi. Non a caso, anche in questo ambito, i numeri parlano da sé: 56 dipartimenti universitari delle facoltà di medicina, 17 istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irrcs) con riconoscimento ministeriale, ovvero il 42 per cento del totale nazionale, 47 istituti e 32 centri di ricerca, 9 centri di eccellenza nei settori delle biotecnologie, della genomica, nanotecnologie. Fiore all'occhiello tra i centri di ricerca sarà senza dubbio il Cerba, Centro europeo di ricerca biomedica avanzata, situato nella zona del Parco Sud di Milano, un progetto fortemente voluto dal presidente Roberto Formigoni, così come la cosiddetta Città della Salute, attualmente in fase di realizzazione.

La dottoressa Caterina Tridico, responsabile della Programmazione dell'assessorato alla Sanità della Regione Lombardia, così illustra a *Più Mese* quanto sia importante la ricerca per la Regione e quanti fondi vengano dedicati ogni anno per questo: «Per il 2010 è stato stabilito come tetto di investimento un capitale di 7 milioni di euro, la stessa cifra che era stata preventivata l'anno scorso, secondo quanto stabilito dall'allegato Dgr n.15 10804, sulla ricerca. Ciò va letto in senso assolutamente positivo, anche considerando la crisi globale e lo scetticismo degli investimenti. L'anno scorso abbiamo in particolar modo insistito sulla ricerca riguardante l'ambito cardiocerebrovascolare, quello oncologico e quello delle malattie rare. Quest'anno punteremo anche sull'area intensivistica, cioè quella che riguarda i pazienti che necessitano di un ricovero nei reparti di terapia intensiva».

FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI

A Pavia si aprono nuove frontiere per la cardiologia molecolare

Nell'ambito della propria missione l'Irccs Fondazione Salvatore Maugeri affianca da sempre alle prestazioni clinico-assistenziali nella Riabilitazione di Alta specializzazione e nella Medicina del lavoro un impegno specifico nella ricerca biomedica, concepita sia come ricerca di base sia come ricerca traslazionale. Come dice a *Più Mese* Silvia Priori, direttore scientifico dell'istituto di Pavia, «questa grande attenzione alla ricerca, che si sviluppa all'interno di circa cinquanta laboratori, si traduce in una spinta continua all'innovazione in campo medico. In particolare, la Fondazione può vantare una expertise riconosciuta nell'ambito della cardiologia molecolare, che da oltre un decennio si occupa dell'identificazione e della caratterizzazione delle alterazioni dei meccanismi molecolari causati dalle mutazioni coinvolte nelle cardiopatie ereditarie, della ricerca sulle patologie neurodegenerative, attualmente indirizzata allo studio dei meccanismi molecolari che regolano la progressione di patologie come la sclerosi laterale amiotrofica, e dell'oncologia cellulare e molecolare, che propone oggi un approccio innovativo alla ricerca sul cancro basato sull'isolamento e sulla caratterizzazione delle cellule staminali tumorali». Parallelamente a questo progetto, presso il Maugeri di Pavia, è stata creata la Biobanca Oncologica "Bruno Boerci", un prezioso archivio di tessuti e cellule tumorali da utilizzare per le analisi di laboratorio e lo sviluppo di terapie molecolari innovative.

Foto: AP/LaPresse