

Titolo incontro: **COME COSTRUIRE UN NUOVO OSPEDALE**

Data: 21 agosto 2005

Ora: 19.00

Relatore 1 : Antonio Giulio Rognoni, Direttore generale Infrastrutture Lombarde Spa

Relatore 2: Luciano Bresciani, Assessore Regionale alla Sanità della Regione Lombardia

Relatore 3: Ettore Sansavini, Presidente Gruppo Villa Maria

Relatore 4: Francesco Bombelli - Presidente HCM

Relatore 5: Felice Achilli, Presidente Associazione Medicina & Persona

Intr./Moderatore: Carlo Lucchina, Direttore Generale Assessorato Sanità Regione Lombardia

**Lucchina:**

Buonasera a tutti, vorrei cogliere l'occasione per salutare perché è presente in sala, ci fa piacere, la senatrice Monacelli, che è Segretario della Commissione Sanità del Senato. Buonasera Senatrice. Quindi possiamo dire di avere un orecchio attento da questo punto di vista perché l'argomento di stasera su cui fare una chiacchierata insieme è "come costruire un nuovo ospedale", cosa assolutamente semplice a dirsi, ma molto molto complicata a farsi, perché un nuovo ospedale non è un immobile fatto di cemento armato, di finestre e porte, è una costruzione estremamente complessa che da una parte deve rispondere a dei requisiti, di apparecchiature elettromedicali, di impianti, di impiantistica, di sicurezza, sicuramente superiore, io ritengo, a qualunque altra costruzione, e dall'altra a una necessità di rispondere a un indirizzo programmatico del governo sanitario regionale prima di tutto nazionale, ma sicuramente regionale - e cercar di capire l'evoluzione della sanità, l'evoluzione del territorio per la parte che interessa a questo ospedale, il parere dei medici e degli operatori, ma prima di tutto quale è la decisione migliore da adottare per creare il minor disagio possibile e la maggiore sicurezza possibile ai cittadini che checché se ne dica - hanno bisogno di essere curati in ospedale. È un argomento che in questo paese è discusso da anni: non è casuale che oggi i finanziamenti nazionali dell'edilizia sanitaria originano ancora dalla legge finanziaria del 1988, quindi quasi vent'anni fa, passando attraverso traversie di natura finanziaria, secondo le disponibilità che man mano le leggi finanziarie succedutesi nel tempo hanno assicurato. Ma il problema di un nuovo ospedale ha delle caratteristiche che non possono che partire dalla programmazione, quindi dall'identificare quale necessità di soddisfacimento ha il bisogno sanitario: il dato epidemiologico in evoluzione, la situazione territoriale, la rete nella quale necessariamente questo nuovo ospedale si trova. Stasera ne parliamo con Felice Achilli, che è primario cardiologo all'Azienda Ospedaliera di Lecco, oltre che presidente di Medicina & Persona; con Francesco Bombelli, che è presidente HCM; con Antonio Rognoni che è Direttore Generale di Infrastrutture Lombarde Spa, che è la società strumentale della Regione Lombardia, che si occupa di seguire da vicino la costruzione di infrastrutture, a maggior ragione quelle di edilizia sanitaria; con l'assessore Luciano Bresciani, Assessore Regionale alla Sanità della Regione Lombardia; col dottor Ettore Sansavini, che è Presidente del Gruppo Villa Maria. Comincerei dall'assessore Bresciani, che ricopre un ruolo a me ben noto, ovviamente, perché collaboriamo molto da vicino nei vari compiti -lui per la parte politica io per la parte tecnica - nell'assessorato alla sanità. Vorremmo sapere da lui come nasce l'idea di

un ospedale, cioè: nel momento in cui la politica ha di fronte una necessità di programmazione, delle risorse spesso e volentieri non sufficienti, una necessità di dare delle priorità, che tipo di valutazione fa l'assessore per proporre ai suoi colleghi presidenti, ai suoi colleghi di giunta e poi ai consiglieri regionali, a seconda delle competenze, una scelta, un indirizzo, un impegno, un ammontare di risorse pubbliche e non pubbliche di dimensioni sempre comunque notevoli? Prego assessore.

**Bresciani:**

Grazie Direttore Lucchina, permettimi di salutare tutti i presenti e di ringraziare per l'onore di questo invito a un evento che vede un enorme lavoro della comunità che è molto importante. La comunità è uno degli elementi fondamentali nella nostra programmazione, nel nostro sviluppo del piano regionale. Mi pare di aver capito che la domanda è: le ragioni e come. Di ragioni ce ne sono moltissime, sono tutte però dipendenti da alcuni principi, pochi e chiari: l'elemento fondamentale che ci guida nella programmazione dell'edilizia sanitaria è fondamentalmente il piano sociosanitario regionale - mi riferisco al precedente del 2004, che è finito nel 2004 ('02-'04), e continuato di corsa sua propria, e poi al successivo che va dal 2007 al 2009, votato dal consiglio regionale, quindi rappresentanza della volontà dei cittadini, e quindi obbedienza all'esecuzione e alla realizzazione di quanto scritto nel piano. Ovviamente con la partecipazione di tutte le forze della comunità che incidono a livello di regione Lombardia, di conseguenza anch~ il piano stesso - se ricordi bene direttore - è stato costruito sulla base di proposta regionale con la collaborazione e il lavoro di tutti, per cui noi ci troviamo in una posizione di avere gli strumenti esecutivi per realizzare tutto questo. I principi: diciamo che l'anima fondamentale della legge 31 si riferisce alla centralità dei cittadini. Un cittadino che deve essere capace di avere il governo della scelta, dell'erogatore e delle modalità dell'erogazione; per poter arrivare a questo il discorso è molto lungo, se si pensa alla storia della sanità nazionale e anche di quella regionale lombarda. Nel '97 la legge 31 ha iniziato a segnare un processo di sviluppo che è arrivato fino ai giorni odierni e che ci vede sicuramente in una posizione non di *pale position*, certamente nell'ambito europeo e non solo nell'ambito nazionale ma ci vede sicuramente almeno in prima linea e protagonisti di idee e di un modello che abbiamo l'orgoglio di presentare anche alle altre regioni extranazionali, con l'umiltà di apprendere dalle loro eccellenze, ma con l'orgoglio di trasmettere le nostre. Il rispetto della centralità del cittadino è il primo principio, quindi il piano dell'edilizia sanitaria sia nel rinnovamento

che nella costruzione dei nuovi ospedali è volto fundamentalmente non solo all'efficienza e all'efficacia che ne viene dal rinnovamento strutturale organizzativo e funzionale, ma per quanto riguarda il cittadino è di sostanziale importanza la logica dell'accoglienza, delle capacità di accesso, e anche la logica alberghiera. Non pochi cittadini hanno la capacità di poter valutare il risultato delle cure, ma molti di questi riescono a tradurre il maggior significato nella tipologia dell'albergaggio e nei servizi anche di secondo ordine. Quindi si rinnovano gli ospedali, si costruiscono nuovi ospedali con delle logiche che ovviamente fanno capo al sistema della sanità che il sistema 31 della regione Lombardia ha prodotto, intendendo come sistema tutto il complesso e il blocco dei finanziatori e degli erogatori, e con questo ovviamente si porta a sviluppare un sottoconcetto che è quello della parificazione e della competizione fra le strutture pubbliche e private. La Regione Lombardia, credo che sia noto, ha erogatori per il 30% privati e per il 70% pubblici, con un flusso che va al 31-30 e al 69-70, quindi in perfetto equilibrio. Con questo si offre al cittadino una libertà di scelta; senza avere una competizione pubblica e privata, uno sviluppo del pubblico e uno sviluppo del privato, il cittadino è obbligato alla scelta. Noi vogliamo rinnovare e costruire ospedali, porli in rete, creare l'accesso più facile possibile, proprio per dare al cittadino la capacità di scegliere, e questo è il primo principio. Il secondo principio, già evidenziato nel piano 2002 - 2004, che poi è continuato e sviluppato con il successivo piano 2007 - 2009, quello in corso oggi, è la centralità del professionista. Il professionista partecipa sia nell'ambito della programmazione regionale, sia nell'ambito dei programmi e dei progetti di cura sia nell'ambito dei protocolli dei processi di cura. Quindi per dare la centralità al professionista dobbiamo adeguare le strutture a chè si possano sviluppare le eccellenze; di conseguenza si cerca di neutralizzare l'esoscheletro sia culturale che tecnologico che offre il vecchio ospedale, quindi di favorire le migliori condizioni operative e di sviluppo tecnologico per il professionista - che è quello che il professionista si aspetta. Quindi il rispetto del professionista al centro della piattaforma sanitaria che è intesa come piattaforma, dicevo prima, di tutti gli erogatori pubblici e privati che lavorano in competizione ma sicuramente in sinergia perché sono operatori di sistema: il privato è un operatore con governo privato ma con funzione pubblica, perché da noi l'accreditamento comporta necessariamente anche il contratto e un contratto quindi con la direzione generale. Da qui il raggiungimento degli obiettivi professionali, il rispetto dello sviluppo del professionista, ma ancor di più si innesca con questo sistema di diritti e di sinergie un volano per quanto riguarda lo sviluppo economico e sociale del paese: infatti sono stati calcolati 156 miliardi (?) di euro di valore aggiunto in un anno di attività. Quindi la sanità che è capace di

produrre un valore aggiunto, una sanità che grazie al rinnovamento e allo sviluppo delle strutture ospedaliere riesce con dieci euro di investimento a produrre sette euro di valore aggiunto. quindi la sanità intesa come benessere sociale e sviluppo del welfare. Mi piacerebbe raggiungere l'obiettivo - direttore, insieme sono sicuro che avendo una grande direzione generale questo obiettivo sarà raggiunto nei prossimi tempi - di poter dire che i 16 miliardi di euro che noi spendiamo non siano volti solo alla cura, non siano volti solo al finanziamento degli erogatori, ma siano volti al benessere della comunità, e quindi anche siano un oggetto di sviluppo del sistema e del welfare regionale. Questo è un obiettivo che noi vogliamo raggiungere perché altrimenti con l'incremento dei costi dal 3,5 al 4,5 per anno della sanità noi non potremmo reggere; se non costituiamo una piattaforma tecnologica estremamente competitiva come l'abbiamo, con 210 ospedali e tantissime eccellenze, con nove milioni e mezzo di cittadini residenti e 14 milioni di cittadini utenti, che vengono dalle altre regioni con il casemix più alto nell'ambito delle regioni nazionali, e con il costo più basso delle cure, con la parità di bilancio raggiunta per quattro anni, non si può che pensare allo sviluppo della sanità e di conseguenza anche del welfare. Da qui ne viene il concetto che la piattaforma tecnologica sia un oggetto di sviluppo della sanità ma anche del welfare e da qui viene tutta la politica che stiamo intraprendendo delle alleanze fra le regioni nazionali: dapprima è stato il Veneto e altre regioni aderiranno per aumentare questa area sanitaria che ha sicuramente un valore di area europea e per attrarre l'industria. Ormai in Lombardia è stato accettato da parte dei rettori e dei presidi delle varie facoltà che l'Università lombarda è un sistema con sei attori, perché sei sono le facoltà. Di conseguenza ci sono tre grandi pilastri: la piattaforma sanitaria, la piattaforma universitaria e l'industria, che si può sviluppare su questa piattaforma competitiva, in alleanza con la piattaforma sanitaria. Quindi una macroarea sanitaria europea può contribuire a sviluppare i loro progetti: loro li finanziano, noi daremo la garanzia di fornire la piattaforma del loro sviluppo e di conseguenza questa grande sinergia e questo grande indotto nello sviluppo della comunità. Questa area che stiamo creando in ambito nazionale la stiamo anche creando in ambito europeo e quindi mi auguro che al prossimo Meeting vi verrò a raccontare dei risultati che questi progetti hanno portato nell'ambito dei finanziamenti europei, nell'ambito del VII programma o dell' VIII - quando verrà - e di quanto l'industria sia stata attratta da questa nostra alleanza tecnologica e da questa nostra piattaforma che non solo si afferma in ambito nazionale, ma esce nell'ambito extranazionale. Non voglio tediarvi con numeri, ho 2 diapositive che vi lascio leggere, perché il tempo non ci consente di analizzarle, però il risultato che abbiamo raggiunto e che stiamo raggiungendo è illustrato da queste tre diapositive che stanno scorrendo e che non commento

(seguono DIA).

Un piccolo commento: questo piano è stato realizzato anche perché si è introdotto il concetto di sussidiarietà orizzontale; al concetto di sussidiarietà verticale così come è organizzato il Sistema Sanitario Lombardo (sui vari livelli di sussidiarietà verticale), regioni, province corrispondono alle ASL, comuni che corrispondono ai Distretti, sussidiarietà verticale per compiti e funzione stratificando le sussidiarietà orizzontali della comunità. Noi qui abbiamo avuto un esempio sicuramente positivo (e non è l'unico), per quanto riguarda le attività del project financing, che ci ha consentito di sviluppare con la comunità questi nostri progetti. Quindi la comunità sarà lo strumento che ci consentirà di affrontare le sfide del futuro e io credo che sarà una strada che ci porterà al successo, così da portare il cittadino nel vero nucleo del sistema centrale e renderlo capace di essere lui a scegliersi la sanità che vuole, e dall'altra parte avere dei professionisti che siano i protagonisti grazie a noi che facilitiamo le loro aspettative. Grazie.

#### **LUCCHINA:**

Grazie all' Assessore Bresciani soprattutto per una considerazione che non si finisce mai di ripetere: la sanità non è propriamente solo un costo, ma ha anche un effetto indotto, un guadagno economico. Varrebbe la pena non dimenticarlo mai quando si discute soprattutto di programmazione nazionale, di legge finanziaria e di tutte le attività annesse e connesse. Che un ospedale sia una questione complicata ormai è evidente, a tale riguardo è interessante conoscere l'esperienza del Dottor Sansavini che è il Presidente del Gruppo Villa Maria: un gruppo di strutture private accreditate estremamente autorevole nell'ambito nazionale. Mentre nel pubblico questa decisione ha un collegamento abbastanza diretto fra l'organo di programmazione e l'organo di esecuzione, riguardo al privato la domanda è: perché e per che cosa si costruisce l'ospedale? Dott. Sansavini.

#### **E. SANSAVINI:**

Buona sera a tutti. Alla domanda potrei rispondere come imprenditore privato con una sola battuta: per business. Ma non è così, quindi mi permetterò di esporvi quelle che sono le mie considerazioni che ho qui tradotto in documento e che vi leggo.

Rivolgo intanto un particolare ringraziamento per l'invito che mi è stato rivolto ad intervenire a questo Meeting; il mio contributo vuole essere quello più semplice, dettato dall'esperienza di imprenditore, ma prima ancora di uomo che ha dedicato tutta la vita a fare impresa ospedaliera in

un com parto che rappresenta l'essenza di servizi alla persona. Il come costruire un Ospedale costituisce la decisione ultima di un percorso di osservazione e di analisi del contesto sociale, in particolare per quanto riguarda la natura del bisogno di salute e della popolazione che lo aspira. La mia lunga esperienza in questo delicato settore mi ha portato a ricercare con ferme pratiche il mio modo di intendere l'ospedale. Mi riferisco alla necessità di trovare soluzioni in grado di coniugare le esigenze tecnologiche delle cure con le garanzie di protezione igienica, il tutto all'interno di una costante gradevolezza estetica e di relazioni, quasi a voler ricostruire un contesto di domestica familiarità. E' bene anticiparvi fin d'ora che i contenuti che vi propongo con il mio intervento rischiano di risultarvi scontati, comunque il tentativo sarà quello di mostrarvi come sia difficile, ma possibile, realizzare ciò che spesso è comunemente ritenuto scontato. Inoltre ho fatto mio il convincimento di ritenere che tutto questo possa valere, senza particolari distinzioni, sia per gli ospedali pubblici che per quelli privati, quindi prima di affrontare il tema del come, ovvero della realizzazione di buone soluzioni architettoniche, tecnologiche ed organizzative, ritengo necessario proporvi due fondamentali considerazioni, per meglio dire la regola e il metodo che ho seguito per realizzare un ospedale. Mi riferisco al "per cosa" costruire un ospedale e al "per chi" costruire un ospedale. La ragione di questa mia visione nasce dal fatto che prima ancora di essere imprenditore in sanità sono stato gestore di ospedali privati ed ho quindi vissuto in prima persona il disagio di dover affrontare grandi e piccoli problemi prodotti dalle scelte architettoniche e dall'impiego delle tecnologie, problemi che per limiti del tutto banali creavano disagi agli utenti e difficoltà agli operatori. Da qui l'idea di realizzare ospedali, più recentemente anche dispositivi ed attrezzature sanitarie, in grado di essere realisticamente al servizio degli utenti e facilitare l'operato di tutto il personale. Tornando al metodo, per quanto riguarda l'obiettivo del "per cosa" costruir~ un ospedale, ho sempre ritenuto particolarmente utile l'analisi approfondita del tipo di bisogno e la compatibilità territoriale della risposta da offrire, partendo dal presupposto di non duplicare quello che i servizi sanitari presenti ed attivi già offrono. Per questa ragione mi sono sempre posto la domanda: "Di che cosa c'è bisogno?" e solo dopo ho proposto iniziative alle istituzioni pubbliche seguendo due indirizzi: quello della realizzazione di attività sanitarie di carattere integrativo e non concorrenziale, anche se competitive e in grado di qualificare ulteriormente i servizi sanitari, presenti su un determinato territorio, con prestazioni di eccellenza, ovvero quello delle attività impostate per sostituire progressivamente, con nuove metodiche tecniche definite obsolete dalla comunità medico-chirurgica, anche perché non più gradite da parte del cittadino utente, che è sempre più informato sul come meglio trattare la propria malattia. A titolo di esempio: in questo

momento ritengo utile privilegiare le metodiche endovascolari, così da poter favorire la progressiva sostituzione della classica e cruenta chirurgia vascolare in favore delle meno invasive procedure percutanee. Lo spirito che mi ha animato in questi anni ha preso spunto dal principio del dovere sociale di finalizzare i propri investimenti nella risposta ai bisogni concreti della nostra collettività, apportando innovazioni d'eccellenza laddove è necessario rinnovare, colmando carenze laddove le istituzioni non riescono a farsene carico, ma condividendo il comune obiettivo di salute; programmare gli spazi di attività clinica entro i quali poter operare, realizzando investimenti sulla base di intese programmatiche di medio periodo; perseguire risultati attesi e condivisi attraverso il virtuoso competere sul fronte dell'eccellenza e delle performances, delineando quindi il bisogno reale ed aggregando le attività che ne consentono risposta finalizzata. Ho privilegiato modelli caratterizzati dalla completezza ed unicità del percorso di cura, modelli di ospedali innovativi dove il percorso clinico è dettato dalla gradualità delle cure, ad esempio aggregando più attività chirurgiche di alta specialità od elevata complessità la cui assistenza pre e post operatoria segua tempi di cura relativamente analoghi: un esempio ampiamente sperimentato per completezza del ciclo di cura, è quello del cosiddetto ciclo-cuore, per il quale dove l'utente viene assunto in cura, all'interno dello stesso ospedale, anche con un sospetto di diagnosi di patologia del distretto cardio-vascolare, e all'interno della stessa struttura trova un ventaglio di discipline mediche e chirurgiche che permettono di approfondire la fase diagnostica, optare per il miglior approccio terapeutico medico o chirurgico, supportare la fase clinica con assistenza di tipo rianimatorio per concludere con attività riabilitative orientate all'acquisto dell'autonomia.

Dicevo, una volta condiviso con le istituzioni "per cosa" realizzare un ospedale, la riflessione va posta poi sul fattore chiave del "per chi" costruire l'ospedale. In epoca recente l'ospedalizzazione deve costituire sempre più momenti di sosta breve del cittadino affetto da malattia; in questa fase il trattamento deve garantire la massima efficacia diagnostico-terapeutica in un contesto caratterizzato da elevata efficienza organizzativa in un ambiente tanto sicuro quanto confortevole, in cui operano équipes di professionisti che facciano della relazione umana, prima ancora che del tecnicismo e dell'informazione scientifica, il loro modo di vivere la professione. Per realizzare tutto questo ci si deve porre come osservatori attenti del vivere quotidiano - direi del vivere domestico - delle persone e del proprio nucleo familiare e cercare di riprodurre questo contesto nell'estetica ospedaliera, nell'abbigliamento ospedaliero, nella socializzazione tra operatori, tra questi e l'utente. Su queste basi ho cercato di interessare la mia esperienza di vita imprenditoriale con l'unica finalità di realizzare concretamente questo modo di costruire l'ospedale, ospedali che

associno la buona scelta architettonica con l'attivazione di nuove terapie e con l'apporto di tecnologie innovative ponendole tutte al servizio di professionisti, ma con l'obiettivo di rendere sereno e dignitoso un difficile frangente di vita dell'uomo; ritengo infatti che durante il ricovero, oltre ad essere alterato dal dolore fisico e dall'angoscia, ognuno di noi si trova a vivere i momenti più delicati fuori dal proprio nucleo di affetti e relazioni familiari, motivo ulteriore per non trovare nell'ospedale altro disagio per incuria, disorganizzazione ed arroganza. Per venire quindi al "come" costruire un ospedale, non mi resta che rappresentarvi la sintesi del "per cosa" e del "per chi" realizzare un ospedale. Vi ho anticipato il valore che ho attribuito alla mia esperienza gestionale, quindi agli insegnamenti che ho trovato dal risolvere i problemi, anche più marginali, prodotti dalla struttura ospedaliera, dall'impiego di attrezzature e materiale, dalle scelte organizzative quotidiane; per questa ragione nelle strutture ospedaliere ed ambulatoriali del Gruppo Villa Maria ho ricercato soluzioni in grado di coniugare l'esigenza squisitamente tecnologica con l'imprescindibile garanzia igienica, la gradevolezza estetica degli ambienti con la costante pulizia ed ordine - così come ha ricordato anche l'assessore - il rigore nell'impiego di indumenti ospedalieri nella sola fase strettamente post operatoria con la successiva possibilità di rendere più familiare il soggiorno residenziale riabilitativo, quindi poter indossare comuni abiti domestici, l'organizzazione delle prestazioni sanitarie con un compatibile accesso in ambiente esterno ed interni ideati secondo canoni tipici della vita quotidiana. Una volta considerati tutti questi aspetti, la scelta architettonica deve diventare una logica conseguenza applicativa in grado di dare traduzione completa alla filosofia che ispira le iniziative di impresa e che può vedersi riassunta in tre fondamentali indirizzi funzionali: l'area dell'accettazione ordinaria quale momento di accoglienza, di attesa, di informazione, ma spesso anche di svago; l'habitat richiede luce, colore, gradevolezza estetica, arredo floreale, hostess gentili, locali commerciali quasi da galleria, sala musica, sala video, biblioteca, luoghi di culto. Ben diversa deve essere l'area della residenzialità ospedaliera, ancor meglio se ripartita secondo il cosiddetto principio della gradualità delle cure così da poter consentire all'utente totalmente autonomo di vivere l'ospedalizzazione anche in contesto a forte connotazione domestica, rendendolo libero di relazionarsi con gli altri oltre che con i propri familiari e senza disturbare gli altri utenti, quindi in luoghi preposti in una generale compatibilità con il proprio trattamento terapeutico e nella logica di una costante garanzia e tutela dai rischi di emergenze cliniche e igienico-sanitarie. Ancor più rigida nell'architettura e nell'organizzazione deve risultare l'area delle alte tecnologie diagnostiche ed interventistiche, dei blocchi operatori, delle cure intensive e dell'accettazione d'urgenza: luoghi nei quali la totale

prevalenza del rigore tecnico e della metodologia assistenziale non devono comunque mai sopraffare in assoluto il bisogno di relazione dell'utente e l'intangibile dignità della persona. Per questa ragione, anche in questi ambienti, l'attenzione per il particolare e la gradevolezza architettonica ed estetica non devono affievolirsi nella presunzione che il paziente sia ad esso estraneo e disinteressato; un ambiente gradevole e funzionale rende più agevole e sereno operatore, medici e infermieri che in quei frangenti più delicati rappresentano l'unico contatto umano per l'utente. Da ultimo una considerazione sul rapporto tra le scelte organizzative, i caratteri della struttura, le tecnologie impiegate e gli arredi: prima ancora che requisito normativo, l'armonia tra questi fattori è questione di semplice buon senso, partendo dal presupposto che, a titolo di semplice esempio, minori impedimenti ai movimenti durante le attività rendono meno gravosa l'attività infermieristica e ne qualificano la prestazione, meno farraginose procedure di ordine amministrativo liberano tempo utile alla relazione e all'informazione con gli utenti, arredi antiurto alle pareti e agli psensori proteggono le strutture e consentono un appoggio ai disabili, pavimentazioni prive di angoli e arredi sollevati da terra consentono una più agile pulizia e riducono l'incidenza delle infezioni. Non da ultimo l'attenzione alla persona che si affida alle cure deve estendersi anche ai profili relazionali ed alla elaborazione intima del proprio stato di malattia: per questa ragione ho sempre ritenuto utile garantire un costante sostegno psicologico agli utenti che si rivolgono alle strutture del gruppo Villa Maria, imprescindibile supporto rispetto alla più semplicistica visione tecnico-biologica del bisogno di salute. Come avete avuto modo di constatare dalle diapositive che vi sono state proiettate nel corso del mio intervento che riproducono scorci e particolari delle diverse strutture del Gruppo Villa Maria, ho praticato con convinzione le riflessioni che vi ho proposto e che rappresentano la mia personale esperienza di imprenditore. Ho dedicato la mia vita professionale e imprenditoriale a costruire strutture innovative, efficienti e rigorosamente organizzate, ma soprattutto capaci di fare del ricovero in ospedale un frangente di vita da ripensare come momento di generale difficoltà, ma anche con il sollievo di poterlo ricordare come un luogo dove ciò che mi circondava rendeva il più possibile sereno e dignitoso il mio sostare. Grazie, grazie anche per la pazienza che avete avuto ad ascoltarmi.

**LUCCHINA:**

Grazie al Dott. Sansavini, tra l'altro credo che abbia accennato a due argomenti che poi vorrei riprendere negli interventi che seguono, perché il problema della gestione di un ospedale non può

essere un problema secondario: va affrontato esattamente con la stessa determinazione con la quale si progetta un nuovo ospedale, e questa attenzione in modo particolare che va rivolta anche con la delicatezza delle piccole cose nei riguardi delle persone che hanno bisogno di andare in ospedale. Vorrei sentire da Francesco Bombelli, qual'è la visione, la valutazione, di chi sta un passo indietro nel modello organizzativo, cioè del personale del com parto come, infermieri, tecnici di radiologia, di laboratorio, che non appaiono - o meglio all'esterno non appaiono - ma rappresentano un passaggio, un momento fondamentale organizzativo di funzionamento, senza i quali credo che si possa fare ben poco.

**BOMBELLI:**

Grazie. Io voglio tentare di portarvi a fare un giro dentro un'esperienza, dentro un Ospedale: credo siano passati circa 12-13 anni, io ho avuto il privilegio di esercitare la professione di infermiere per 10 anni al pronto soccorso dell'Ospedale San Raffaele di Milano. Era una domenica pomeriggio, circa alle 18: suona il telefono del 118 che ha un suono particolare, è un telefono dedicato, ci avvisano che da lì a breve avrebbero portato un ragazzo investito da un treno; il dato di realtà è che questo ragazzo, tossicodipendente, ma non disastroso, una persona che guardava avanti; attraversava questi binari. Si è chiuso lo scambio, è arrivata questa ambulanza, erano circa le 18 di domenica, eravamo una decina, aspettavamo in Sala Urgenze, questa persona si è presentata a noi senza arti superiori e senza arti inferiori. Io voglio partire da qui perché in quel momento il silenzio - eravamo tutti storti, ma proprio storti, ci abbiamo messo qualche minuto - è stato questo silenzio a dirci cosa facciamo qua, perché immaginatevi lui e immaginatevi noi: perfettamente lucido, perfettamente cosciente. Tre cose mi hanno colpito di quella domenica che ancora oggi ricordo come edificante rispetto al nuovo ospedale. La prima cosa: l'addetto all'accettazione di quel giorno entra in sala, non badandosi di aprire completamente l'orizzonte sulla questione, e chiede al paziente i suoi dati anagrafici per fare la cartella; io gli ho dato una spallata perfetta sia per densità che per direzionalità ed è uscito dalla porta della sala urgenze; la seconda cosa che mi ha colpito è che uno dei miei colleghi, finito il turno (il turno finiva alle 22 e siamo usciti alle tre), mentre gli altri andavano avanti perché questo malato a dato tre giorni di lavoro su di lui di un ospedale intero, mi ha colpito che questo collega ha passato 4 semafori rossi: l'abbiamo dovuto fermare e dirgli "ti portiamo a casa noi". Ma la cosa più importante è che questa persona è vissuta quasi un anno, ed è stata per noi un'interrogazione continua: poteva non vivere un anno, ed è

faticoso, ma è stata quasi come una risposta di riconoscenza rispetto al fatto che una città, un ospedale (perché sono arrivate 8 ambulanze per quella persona); ha comunque tentato di rispondere alla sua insistenza al vivere, pur in quella condizione. La cosa bella, rispetto a come costruire l'ospedale, è che in quel momento l'equipe era circolare. Si parla di equipe orizzontale e verticale, medici, tecnici e infermieri: era circolare; sono prevalsi i rapporti di fiducia, le esperienze, (e chi c'era o chi non c'era perché) qualcuno si è anche chiamato fuori perché poteva, eravamo a sufficienza, qualcuno non ce l'ha fatta; e allora io, nel fattore di successo della piccola impresa che guido e conduco da dieci anni, che ha più di 1000 operatori di cui 400 infermieri, voglio dire qualcosa rispetto alla professione di infermiere. Delle cose molto semplici: la professione di infermiere non è una professione che ha bisogno di essere capita, è una professione che ha bisogno di essere liberata e lasciata libera di andare sempre di più verso la sua vera responsabilità che è quella dell'assistenza; è una professione che ha il privilegio, l'opportunità della prossimità più vicina al malato. Quindi in occasione di un nuovo ospedale io lanciai quasi un appello: la dirigenza infermieristica forte non è soltanto una richiesta, ma è un dovere di chi ha la possibilità di farlo, perché vuoi dire imparare a rispondere al senso d'azienda e rispondere ai meccanismi e alla fatica di un sistema regionale per portare avanti questi progetti. Io voglio dirvi una cosa che rappresenta per me una ragione di vita professionale e anche imprenditoriale, vissuta dentro queste domeniche pomeriggio. Le professioni di cura sono fondate in una condizione straordinaria: senza il malato non accade nulla, questo è vero, non ci sono altre possibilità, senza il malato non può accadere nulla. Quali sono le responsabilità delle professioni sanitarie e degli infermieri? Quali sono i privilegi? Essere secondi, cioè tentare continuamente azione dopo azione perché possiamo scavare le fondamenta di un ospedale, ma l'ospedale poi viene su caso dopo caso, paziente dopo paziente, bimbo dopo bimbo, dolore dopo dolore che viene tolto. Quindi essere secondi è una cosa quasi impossibile, credetemi perché sembra una battuta, sembra uno slogan: è quasi contro natura mettersi secondi anche nei confronti del malato, ma quando ci riesci è magico, quando ci riesci una volta alla settimana, una volta al mese; io ho sbagliato mille volte, ma ho provato cosa vuoi dire riuscire in quel momento a essere secondi: è una soddisfazione che ti resta per tutta la vita. Io ho smesso di esercitare questa professione da 7-8 anni, ma ci sono delle cose che, - non dico tutti i giorni perché vi direi una cosa non vera, ma nei momenti in cui mi serve - mi ricordano un rigore, un impegno e soprattutto mi ricordano che il tentativo di essere secondi è grande. Piegarsi, avere il privilegio di piegarsi alle necessità, per la scienza sapere che per il malato è

sempre nuovo l'ospedale, ogni volta che viene lì, non è una cosa non più nuova per noi perché la viviamo tutti i giorni; per il malato è sempre nuovo l'ospedale. Ci tengo a dirvi una cosa che mi ha colpito molto, sempre in quei 10 anni di pronto soccorso: io avevo 20 anni quando sono arrivato lì, mi hanno accompagnato in servizio e all'ingresso dell'accettazione c'è la parabola del Buon Samaritano. In Pronto soccorso c'è una riga di 100 metri con in mezzo la Chiesa: io ho detto "mamma mia dove sono capitato!" ma poi ho capito che' ero capitato bene, perché la Chiesa, in quella posizione, era un luogo dove, se c'era da dire qualcosa di difficile a qualcuno, se c'era da dare qualche notizia che non riguardava noi, se c'era qualcuno un po' fuori di testa, andavamo a parlargli lì. Allora questo può avere un senso? lo credo di sì, a me ha dato questo senso e nel costruire un ospedale io propongo di tenere in considerazione questo: la scienza e la tecnica sono indispensabili, fondamentali, è naturale, però ricordiamoci soprattutto noi operatori che tra noi e il malato in mezzo a una macchina, le mani, la voce, le orecchie, gli occhi, per il malato sono fondamentali. Io voglio fare una definizione dell'ospedale dal punto di vista di noi operatori: l'ospedale è veramente la possibilità dell'incontro tra senso comune e luogo comune. Però su questo bisogna veramente fermarsi e non perderla questa possibilità. Perché una Regione, un contesto, prima di poter dire: "Costruiamo un ospedale", per arrivare lì, vuoi dire che ha fatto migliaia di relazioni, migliaia di collegamenti, migliaia di allineamenti. Prima di dire "Possiamo costruire un'opera che si chiama ospedale". Noi operatori questa responsabilità di rispondere e di animarla in questo senso ce la dobbiamo prendere. Io questa disponibilità e questa responsabilità la do. Il Consorzio HCM, che è una realtà che esiste da circa 10 anni, tiene dentro due esperienze più significative e vivaci, con gli occhi che brillano: Cesed e HCM servizi socio educativi e servizi socio sanitari. Voglio dirvi soltanto 4-5 nomi: Lazio, Lombardia, Liguria, Piemonte, Roma, Genova, Torino, Bergamo. Voglio dirvi che noi gestiamo l'asilo della FIAT, gestiamo l'asilo della Direzione Regionale della Agenzia delle Entrate, l'asilo della Telecom, l'asilo dell'Ospedale S. Filippo Neri di Roma, del Comune di Merate. Voglio dirvi che nell'ambito socio sanitario operiamo da 10 anni con la (esistiamo da 10 anni, scusate, non vorrei esagerare) Fondazione Maugeri, Istituto Auxologico Italiano, Istituto dei Ciechi, Ospedale S. Gerardo, Ospedale Bassini e da questa esperienza ci piacerebbe dare un contributo allo sforzo e all'esperienza di Regione Lombardia.

#### **LUCCHINA:**

Anche questo intervento di Bombelli apre un scenario per cui vale la pena adesso riaprire la

parentesi strettamente tecnica, che riguarda Antonio Rognoni, Direttore Generale delle Infrastrutture Spa, che ha tra i suoi compiti anche quello di contribuire alla costruzione dei nuovi ospedali in Lombardia. Tanto per darvi il senso dell'impegno: Infrastrutture Lombarde segue il nuovo Niguarda, il nuovo ospedale di Bergamo, il nuovo ospedale di Como, il nuovo ospedale di Legnano, il nuovo ospedale di Vimercate, ha appena finito di mettere in funzione il nuovo ospedale di Varese; quindi stiamo parlando complessivamente di un investimento che supera di un bel po' il miliardo di euro. Ad Antonio Rognoni chiedo: ci sono un insieme di problemi, di cui alcuni già accennati negli interventi che ci hanno preceduto: il problema di un aggiornamento necessario dei modelli organizzativi di funzionamento, il problema del capire che modello di ospedale può essere scelto per quella determinata situazione, perché un ospedale uguale per tutti è abbastanza difficile da immaginare: l'ospedale monoblocco, l'ospedale a stella, l'ospedale a piastra centralizzata. I tempi: quello che non si dice - e poi si finisce per farsi del male - è che un ospedale, come ogni investimento, ha necessità di essere completato in tempi certi, perché ogni giorno, ogni mese di ritardo costa, costa in disagio, costa in termini economici. Il bello è che non si può pensare di fare un ospedale con la scusa di farlo in fretta, a strutture prefabbricate, come se fossero quadratini del lego, e poi dire che va bene così. Le risorse, la regione Lombardia in questo ha una storia al riguardo, se avessimo confidato e contato solo sulle risorse pubbliche, i dati che poco tempo fa ha presentato l'Assessore Bresciani sarebbero ridotti di 2/3. Ecco, mi pare un insieme di argomenti tale che metterli in fila e farli quadrare non è propriamente un lavoro semplice. Prego.

**ROGNONI:**

Grazie. Effettivamente non è un lavoro semplice, è anche stato il motivo della grande sfida che personalmente ho voluto assumere. Non è semplice perché, per poter portare avanti un progetto di piano di sviluppo infrastrutturale così importante (che non riguarda evidentemente soltanto l'edilizia sanitaria, perché noi costruiamo autostrade, gestiamo patrimoni, valorizziamo il patrimonio regionale, però certamente nell'edilizia sanitaria costituisce uno degli aspetti più esaltanti di questa storia che vi sto raccontando), è certamente indispensabile che chi governa abbia le idee molto chiare e io ho la fortuna di conoscere persone che governano che hanno le idee molto chiare. Non posso andare più in là perché non voglio essere autoreferenziale, nel senso che qua ci sono tutti i miei azionisti, per cui non posso neanche fare vedere che sono bravo. Però la realtà è che gli argomenti sui quali il governo si è concentrato per poter attuare questo piano

infrastrutturale sono stati moltissimi, perché veramente le criticità sono tantissime e c'è tantissimo da lavorare. Credo però che uno degli argomenti sui quali era necessario trovare un strumento importante fosse quello dell'organizzazione: allora è stata creata questa società, Infrastrutture Lombarde, che fa solo questo di mestiere, cioè coordina, fa project and construction management per tutte le attività infrastrutturali, e si concentra su questa attività che poi sviluppa nell'ambito delle autostrade, dei grattacieli, del patrimonio, ma che nell'edilizia sanitaria ha certamente il punto di maggiore specializzazione. L'aver creato questa struttura io ritengo che sia stato uno degli argomenti vincenti di questa materia. Con questa struttura la Regione Lombardia ha voluto iniziare le attività per lo sviluppo di ospedali di dimensioni incredibilmente grandi: a Bergamo da 200 milioni di euro, a Busto Arsizio da 60 milioni di euro, a Como da 160 milioni di euro di realizzazione, a Legnano da 150 milioni di euro, a Niguarda da 220 milioni di euro, a Vimercate da 140 milioni di euro, e siccome tutto questo non bastava, bisognava anche farli in tempi adeguati a quelli che il privato normalmente ottiene, quindi non quello che la media nazionale oggi vuole di 9 anni e 8 mesi medi, bensì di 4 mesi, anni scusate, vedete che sono condizionato anche dal tempo. In 4 anni realizzare queste opere vuoi dire 3200 posti letto, vuoi dire 1 miliardo 200 milioni di euro di investimenti. Era poi necessario dopo aver creato una struttura adeguata per poter realizzare questo grandissimo obiettivo, avere anche delle idee molto chiare. Io credo che di idee molto chiare nell'ambito dell'edilizia sanitaria bisogna averne tante, bisogna averne il più possibile perché poi in realtà lo sviluppo dell'edilizia sanitaria ha una dinamica molto, molto veloce e quindi è anche difficile poter identificare un punto di arrivo in questo sviluppo continuo. Però il principio chiave io l'avevo capito all'interno di un gruppo di lavoro di cui io sono orgogliosissimo di aver fatto parte nel 2001 con la commissione ministeriale del Ministro Veronesi, del quale io vedo persone che hanno partecipato con me, anzi più di me all'interno di questa sala, e quindi li saluto e li ringrazio. 1/ principio chiave era quello che diceva l'Assessore Bresciani all'inizio, cioè che bisognava costruire un qualche cosa che fosse fatto per l'utente, quindi non fosse fatto essere bello, non fosse fatto perché così si immaginava che dovessero essere gli ospedali, ma un ospedale che fosse fatto per un utente finale, il che per me è un punto di grandissima forza e di grandissimo riferimento; infatti mettere al centro il paziente e fare un ospedale "paziente-centrico" significa dare al paziente la libertà di scegliere e quindi significa che tutti coloro che partecipano alla realizzazione di un ospedale contano veramente poco se poi l'utente finale non dà la dimostrazione univoca che effettivamente l'operato è stato nella direzione che si era voluta.

Quindi si è parlato con l'architetto Renzo Piano, e con tantissime altre persone di grandissima levatura, di urbanità, quindi di integrazione con le persone, di umanizzazione prima di tutto, di organizzazione, di efficacia, di efficienza, di benessere percepito, di interattività, di completezza e di continuità assistenziale, di appropriatezza, di correttezza delle cure e dell'uso delle risorse. In termini più specificatamente edilizi di affidabilità, quindi di sicurezza delle strutture, di innovazione, di rinnovamento diagnostico, terapeutico tecnologico, di ricerca. Di formazione, di aggiornamento professionale e culturale. In questo workshop - non so come chiamarlo altrimenti, un grande contenitore - io personalmente da ingegnere, quindi da tecnico specializzato nella realizzazione degli interventi, ho capito, ho percepito, quei quattro o cinque principi che io avrei dovuto considerare punti chiave per la realizzazione di questi interventi, cioè per la creazione di strutture compatte, che consentano connessioni e interazioni le più rapide possibili, le più efficaci possibili. Per esempio io ho fatto molta fatica a capire cosa significava progettare in funzione dei percorsi. Però quando ho capito che effettivamente all'interno della logica e della dinamica di un ospedale il percorso è un elemento assolutamente fondamentale, da lì anche io ho incominciato a capire come poter applicare questi principi alle nuove realizzazioni che iniziavamo a fare.

Quindi il concetto è un concetto completamente innovativo, di pilastro ospedaliero, che sostituisce completamente i padiglioni e che sostituisce completamente il monoblocco, che deve rientrare all'interno di un contesto di città. Per esempio quando abbiamo lavorato sull'ospedale di Niguarda, abbiamo applicato il principio del modello nuovo di ospedale anche a una ristrutturazione che oggi stiamo facendo, sono in corso i lavori. Abbiamo finito tra l'altro tutte le demolizioni, quindi abbiamo lavorato all'interno di un ospedale che funziona e abbiamo demolito palazzi di qualche piano. Siamo riusciti anche a mettere in pratica tutto ciò che noi ritenevamo necessario sotto il profilo progettuale, anche nella realtà dei fatti. Oggi Riguarda, devo dire, è un esempio secondo me abbastanza illuminante, perché è all'interno di una architettura razionalista, che è posta tutta sotto la sovrintendenza dei Beni Architettonici, è Niguarda voglio dire, per Milano è il primo ospedale di riferimento. Faremo due nuove blocchi ospedalieri che sono adiacenti ai padiglioni esistenti, che faranno sì che anche i padiglioni esistenti possano avere degli utilizzi in linea con la realizzazione di questi nuovi pilastri. Quindi questo nuovo modello di ospedale l'abbiamo applicato a un ospedale esistente e funzionale.

Gli ospedali nuovi, invece, li costruiamo in aree immerse nel verde, come veramente un esempio è questo, collocato in un'area verde incredibilmente bella, piacevole. Sempre al di fuori dei centri

storici, con grande possibilità di accesso facile a coloro che lavorano all'interno dell'ospedale così come ai pazienti e ai visitatori. Insomma è così, con questi principi, che io ho fatto miei, che ho portato avanti con tenacia questo sviluppo.

Dopo di che c'era però un terzo elemento sul quale era assolutamente necessario che il governo regionale, essendo lungimirante qual è, trovasse una soluzione aprioristica: era la parte di finanziamento, perché lavorare su un miliardo e trecento milioni di euro non significa che bisogna per forza avere un miliardo e trecento milioni di euro. Queste realizzazioni sono quasi tutte in "project finance": la regione Lombardia, attraverso le infrastrutture lombarde (la stazione appaltante è la regione Lombardia), copre il 35% delle attività in project finance di tutta l'Italia. .

E così abbiamo liberato risorse per fare altre cose. Oggi noi su un miliardo e trecento milioni di euro di lavori, trecentocinquanta milioni di euro li reperiamo dal mercato del privato, che recupera e remunera il proprio capitale investito attraverso una gestione dei servizi non-core, e attraverso il recepimento di un canone di affitto, di un canone di disponibilità per la durata della concessione. Ma perché questo è un principio che sotto il profilo della contrattualistica di per se è estremamente efficace? Perché il concessionario, laddove percepisce un affitto solo quando l'opera è terminata, è dalla stessa parte del committente nella realizzazione dell'opera, nei tempi e nei costi. Ed è per questo motivo che noi stiamo vincendo la nostra battaglia nel volere avere i nostri ospedali ultimati nel 2009. Perché in realtà abbiamo trovato uno strumento che mette il concessionario nella condizione di poter spingere più che può con noi al fine di ultimare l'opera prima possibile. Perché finché l'opera non è ultimata, non è funzionante, il privato non recupera e non remunera il proprio capitale privato investito. Con questo principio poi, evidentemente, ad ambizione si somma ambizione, quindi abbiamo un altro programma di nuove realizzazioni in project finance, per un altro miliardo di euro. Alcuni di questi sono importantissimi ospedali, l'ospedale di Monza, l'ospedale di Brescia, l'ospedale di Garbagnate. In definitiva effettivamente io sono convinto di avere la fortuna di partecipare ad un piano di edilizia sanitaria estremamente ambizioso. Credo anche che il lavoro che si porta avanti è veramente giornalmente gravoso, difficile. Però la regione Lombardia ha un gruppo di lavoro compatto, che non significa che non sia divergente in alcuni casi, però molto compatto, e alla fine di questi tre anni, quando avremo realizzato sei nuovi ospedali, io credo che questa cosa diventerà un rinnovamento che rimane nel tempo.

**LUCCHINA:**

Si è giustamente detto che l'attenzione e la centralità per un nuovo ospedale dev'essere per il cittadino, cioè per colui che ha bisogno delle cure. Ma non possiamo dimenticare l'altro livello del protagonismo, in senso buono si intende, della gestione dell'ospedale, che è il medico. Da cui dipende il governo dell'attività ospedaliera, ma che possiede anche un diritto a dire la propria nel confronto dell'ipotesi progettuale di un ospedale, ma anche il dovere e la responsabilità di sposare i nuovi modelli organizzativi che l'edilizia sanitaria del terzo millennio propone, che non sono più per esempio i modelli organizzativi dell'ospedale a padiglioni. Ed è una necessità che lo chiama in prima linea nel momento in cui i dati - ve lo garantisco - dimostrano che è utopistico pensare che costruendo un nuovo ospedale si risparmi sui costi di gestione. E' esattamente il contrario. Perché nel momento in cui si costruisce un nuovo ospedale che per esempio sostituisce quello a padiglioni, il nuovo ospedale è ormai necessariamente climatizzato. Gli ospedali vecchi di sessanta, settanta, ottanta anni non lo sono, o lo sono in parte. C'è tutta una dimensione di quartieri operatori impensabili nell'ospedale vecchio. Allora il nuovo ospedale costa di più in termini di gestione. E in questo la parte medica gioca la propria responsabilità. Dottor Achilli, cosa ne dice al riguardo?

**ACHILLI:**

Più che dire volevo far vedere delle immagini, che secondo me ci aiutano a capire quello che stiamo vivendo adesso, e cioè la sorpresa di vedere una sala così piena su un tema che apparentemente sembra riguardare solo addetti ai lavori. E dall'altro - non so voi che impressione avete avuto - è impressionante tutto quello che c'è di lavoro, di fatica, di ricerca, di gusto e di passione, per riuscire a fare una cosa difficilissima, che è appunto stare insieme a chi sta male. E allora io più che un intervento - non mi considero rappresentante della categoria dei medici, e neanche dei primari, - volevo semplicemente fare alcune osservazioni personali, che vengono dall'esperienza che faccio. Comincio con quella diapositiva lì che vedete. Quello lì è un ospedale, lasciate perdere che ospedale è. Ma è un ospedale. La successiva fa vedere una cosa che per i milanesi e i lombardi penso sia molto comune, familiare, che è il cortile di quella che oggi è un'università, l'Università Statale di Milano, ma che era un ospedale. Ora, come è possibile costruire una cosa così diversa rispetto a quella che abbiamo visto prima? Bisogna ammettere che quando si costruisce un ospedale, in qualche modo lo si informa, ci si trasmette dentro un'idea di come e del modo e dello scopo che quello che costruiamo deve avere. E non si può non accusare

un colpo vedendo il cortile del Filarete. Cioè perché si capisce che, come io penso abbia vedere benissimo una mostra di regione Lombardia qualche anno fa, il bene e il bello non possono essere separati. Ma come si fa ad arrivare a concepire questa questione? La prossima.

Questo è un quadro stupendo di una mostra che abbiamo fatto come associazione, che fa vedere quello che nell'immaginario collettivo è diventato oggi l'ospedale, cioè un posto dove ti prendono, ti gestiscono, ti sistemano e ti mettono fuori meglio di prima. Questa è un po' l'idea. Come vedete in questo quadro si realizza perfettamente - non so se vi da la stessa impressione - una confusione fra malati, medici, apparecchiature, come un insieme indistinto. Ora io volevo solo dire che non bisogna che diamo per scontato il termine che usiamo. Cioè voler costruire un nuovo ospedale significa ammettere che apparteniamo e veniamo da una tradizione che non è espressa da questo quadro, non è espressa completamente da questo quadro, e che esprime innanzitutto l'idea dell'accoglienza del grido dell'uomo.

Noi dobbiamo costruire un posto che sia in grado di accogliere il grido dell'uomo. La prossima.

Questa immagine, è secondo me una cosa bellissima, da cui deriva il termine di "ospitale", ma da cui deriva anche il termine di "terapia palliativa", perché pallio significa mantello. Non significa una cosa inutile, ma l'idea che un uomo, quando vive l'esperienza della malattia, ha bisogno innanzitutto di un'esperienza che faccia ripetere quello che è nell'inizio della vita, cioè l'idea che uno venga accolto, riscaldato, amato, atteso, voluto. L'ospedale vero richiede molto più tempo per costruirlo, anche quando si è molto veloci. Cioè anche quando noi finiamo di mettere su le ultime porte e facciamo il record mondiale mettendoci quattro anni, l'ospedale, cioè un luogo dove cultura umanistica, cultura professionale, tradizioni, educazione, formazione vivono misteriosamente insieme, ci vuole molti più anni a costruirlo, molti più anni. La prossima.

Viviamo un tempo molto difficile, che secondo me da le ragioni di certe costruzioni ospedaliere che abbiamo visto. Questa è appunto una riproduzione in miniatura che sintetizza l'idea del Faust di Goethe. Cioè l'idea che la medicina, il mondo della scienza, il mondo della sanità gestisca l'uomo ormai ridotto a puro evento biologico, come se fosse un gruppo di cellule, organi, tessuti da sistemare, e con la stessa idea che oggi noi in genere applichiamo alla nostra macchina. Per cui si entra in ospedale con qualche pezzo da risistemare e se ne esce meglio di prima. Ecco, bisogna che noi ricordiamo che non si esce mai da un ospedale come si è entrati, mai, anche quando si guarisce. E questo non va dimenticato perché bisogna tener presente sempre questo sentimento di sproporzione che chi lavora a contatto con le persone ha sempre. Ribadisco, c'è dentro un'idea

nella medicina moderna - se pensate a tutto quello che è successo. dalla questione fecondazione assistita in poi, il problema della clonazione, delle biotecnologie eccetera c'è come l'idea che si possa ridurre l'uomo a questa dimensione, che è quella biologica. Insieme a questo, questo grande sogno, - l'avete letto anche sul Corriere mi pare nei giorni scorsi, sulle altre riviste, - insomma questa idea che stiamo andando finalmente alla vita media di 120 anni, assolutamente con la possibilità di cambiare tutti i pezzi di organi, tessuti come se fossero una cosa.

Ecco io volevo semplicemente ricordare a chi ha la gravosa responsabilità di costruire una cosa nuova che non si può dimenticare come questi luoghi sono nati e la ragione per cui sono nati. Perché se si dà per scontato questo, si dà per scontato il fattore decisivo che fa diventare anche un ospedale architettonicamente poco felice, come il primo che avete visto, un ospedale vero. Avanti. Che quello non sia un sogno solo di Wagner lo documenta questo lavoro, questa copertina del Newsweek che abbiamo usato in un nostro recente convegno nazionale, che dice di questa tentazione di onnipotenza della medicina, che pensa di giocare a fare Dio, a riprodurre uomini, a metterli a posto, a sostituirne pezzi, dimenticando quello che l'uomo è. La prossima.

Questa è una diapositiva che ho rubato ad un mio amico, che è Pierre Mertens che sarà qui giovedì prossimo ad un incontro bellissimo con un altro mio carissimo amico che è Mario Melazzini che è qui stasera, perché fa capire la sfida a cui siamo di fronte, e in cui si inserisce la sfida nel costruire un nuovo ospedale, capite? Perché il primo che abbiamo visto sembra una casa della salute. Una casa della salute è un termine contro la tradizione, che rinnega la tradizione che ha reso possibile la nascita degli ospedali. La casa della salute è una cosa che non esiste. L'ospedale indica l'origine gratuita di quel luogo e il fatto che uno per poterci lavorare deve fare l'esperienza di essere accolto lui tutte le mattine e accogliere lui tutte le mattine chi entra.

Volevo farvi vedere queste cose perché la foto a sinistra fa vedere due bambini neonati con spina bifida. E quello che li ha ritratti ha usato giustamente l'occhio della scienza, dello scienziato. Gli stessi due bambini, perché è impressionante ma sono gli stessi due bambini; tenete presente che questa è una patologia che oggi la medicina biologica giudica assolutamente incompatibile con la vita, con una qualità di vita adeguata, e che quindi porta rapidamente a non essere considerata degna di attenzione. Quelli sono gli stessi bambini fotografati dai genitori qualche anno dopo. Avanti.

Concludo con questa che ho rubato al mio grandissimo amico professor Giancarlo Cesana. L'ospedale nasce innanzitutto come coniugazione fra la tradizione ippocratica, iniziata appunto da

Ippocrate molto prima di Cristo, e la fede cristiana. Se voi vedete, questa è una trascrizione del giuramento di Ippocrate fatto a forma di croce, in cui il redattore ha sostituito l'invocazione originale agli dei pagani con l'invocazione al Dio cristiano. La cosa impressionante è esattamente che con Ippocrate, ripreso dalla tradizione cristiana, si è incominciato a vivere come esperienza la possibilità di tenere insieme la fede con la carità. Per andare a lavorare la mattina in ospedale la cosa più decisiva di cui c'è bisogno, insieme a tutto quello che avete detto è, per l'esperienza che faccio io, appunto la possibilità di tenere insieme la ragione, una ragione, con la necessità della carità, che è quella che dà fondamento al lavoro, alla fatica, allo studio eccetera. Per finire tre sfide: io penso che l'ospedale debba essere visto, proprio per tutte queste ragioni, anche come un luogo di educazione, cioè un luogo dove si mette a tema, finalmente liberi, costretti da questo dramma, il motivo per cui si sta al mondo. E' innanzitutto un luogo di formazione professionale. Noi dobbiamo avere il coraggio di consentire, soprattutto nelle regioni che sono più sensibili a questo argomento, che gli ospedali diventino vere e proprie scuole di medicina. Certo in collaborazione con l'università, ma vere e proprie scuole dove però non si impara solo a posizionare il catetere, fondamentale e prima condizione indispensabile per qualsiasi carità, ma dove insieme al catetere si spiega al paziente e si testimonia perché si fa questo lavoro. Senza questa continuità di tradizione, cioè di formazione professionale, non ci sarà mai ospedale. Terza cosa, io penso che debbano essere luoghi di speranza. Cioè gli ospedali sono luoghi di speranza perché sono la testimonianza che il destino dell'uomo non è la sua fine biologica. Grazie.

**LUCCHINA:** Bene, assessore Bresciani, già era complicato costruire un ospedale, ma ha ragione Felice Achilli, non è poi così semplice comunque niente di questo. Proprio due battute in chiusura.

**BRESCIANI:**

Carlo, due battute di fronte a queste lezioni mi sembrano veramente riduttive, ma il tempo è poco. E' difficile costruire l'ospedale, abbiamo detto due linee: necessità del paziente, abbiamo sentito anche questa grossa sottolineatura, che io apprezzo moltissimo, perché dopo trenta anni di sala operatoria so che cosa vuoi dire; soddisfare l'esigenza del paziente, che è quella delle cure, naturalmente, e quella dell'umanizzazione. Dobbiamo pensarci un poco a questo perché forse abbiamo introdotto un po' troppo gli elementi meccanicistici di analisi e di cura. Forse non lo esaltiamo abbastanza, ma non per colpa della struttura ospedaliera, per colpa forse di una

tradizione etica che sta pian piani no sciogliendosi. Io ho apprezzato moltissimo l'intervento naturalmente di tutti gli altri relatori, ma in modo particolare per questa sottolineatura del rapporto medico-paziente, perché io sono un poco ferito dal fatto che abbiamo meccanizzato un po', è giusto procedere in questi termini, però serve un po' di spazio per l'umanizzazione e per il rapporto medicopaziente, per spiegargli che cosa succede. Questa linea. Poi l'altra dei professionisti che è legittima. Il professionista deve sviluppare la sua scienza, le sue possibilità; su queste due linee dobbiamo costruire l'ospedale, che soddisfi questi due bisogni, perché sono le due centralità vere, quella operativa e quella dell'operando, o dell'operato. Ma poi che cosa si aggiunge? La dinamica scientifica. Mentre tu costruisci l'ospedale cambia la dinamica scientifica. Ogni giorno c'è una scoperta tecnologica in più e il dottor Lucchina lo sa che cosa vuoi dire in termini di investimenti, di costi, quando non si ammortizza una struttura nei tempi perché è veloce lo sviluppo. Lo sa anche sicuramente il dottor Sansavini questo. Poi c'è la dinamica epidemiologica. Ci si sta spostando, non abbiamo forse realizzato appieno qual'è la grandissima sfida della cronicità che ci sta aspettando, perché curando bene le acuzie - e noi credo dobbiamo sempre migliorare con umiltà - però le acuzie ci garantiscono le cronicità dei pazienti, e di conseguenza dobbiamo organizzare il territorio. Non siamo ancora bene organizzati. La regione Lombardia sa che non è ancora bene organizzata per questo. E qui sarà il grande sforzo. Però anche questa cura delle cronicità non potrà essere solo fatta a domicilio, ci vorranno strutture intermedie, quindi o una riconversione di strutture ospedaliere perché rinnoviamo le altre, o la realizzazione di nuove; però questa è l'altra sfida, la dinamica epidemiologica delle acuzie. La sfida dell' American Heart Association è che entro il 2020 si ridurrà del 50% l'incidenza della malattia cardio vascolare grazie agli interventi sulla genetica. Il che significa che cambierà tutto l'aspetto e la struttura dell'ospedale. Vuoi dire che abbiamo costruito degli ospedali oggi che non saranno più pronti ad affrontare nel 2020, cioè domani, le cure.

Diminuirà l'oncologico, aumenterà l'incidenza di tutto l'aspetto infettivologico, per la mobilitazione dei cittadini. Ci aggiungerei anche la dinamica dell'etica. Io credo che dovremmo sforzarci. Noi, il comitato etico lo abbiamo sviluppato, lo svilupperemo sempre di più, e credo che questa sarà formazione. Far capire che cosa è la medicina, che una sinergia, un sincizio fra l'uomo e il paziente, fra il medico e il paziente, fra l'infermiere e il paziente, fra operatore e paziente. Una cosa sola. Un'alleanza. La dinamica della viabilistica e dei servizi, la dinamica dell'indotto e degli sviluppi commerciali: anche questo ha incidenza, bisogna prevederla, bisogna capire cosa

succede, perché un ospedale è una cittadella ospedaliera, poi pian piano diventa una cittadella. La dinamica delle norme di sicurezza; la dinamica dell'esecuzione: tecniche nuove che si introducono. Prevedevamo di farlo in quattro anni, e invece non si può più. Ci sono nuove norme di sicurezza modificate e quant'altro, rallentamenti, revisioni. E questa è la sfida. Ecco perché è difficile farlo. Noi concludo, credo che forse non sappiamo tutti bene come sono stati progettati gli ospedali. I primi ospedali che voi vedete a padiglioni sono stati costruiti da degli ingegneri militari. Perché la logica era che il padiglione non doveva pagare la bomba. Quindi erano dispersi sul territorio: la bomba cadeva sull'ospedale, poteva distruggere una struttura, ma non distruggeva tutto il sistema ospedaliero. Quindi ecco la ragione per cui fu fatto a padiglioni. Poi con le nuove tecnologie, eccetera, senza la guerra, è arrivato il monoblocco. Sarebbe stato veramente antimilitare il monoblocco, perché una bomba bastava a fare un buco su tutto il sistema. Però il monoblocco poi si è rivelato non sufficientemente efficiente, nelle norme di sicurezza. E si è passati e si passerà in futuro - si dice - a quest'idea di unire le necessità dei pazienti con quelle degli operatori. Cioè con la struttura alberghiera all'esterno, emersa dal territorio, e la struttura tecnica tutta immersa. Ma la falda acquifera... dove si può fare? Si ritorna quindi alla struttura conventuale, a blocchi come le vecchie crociere però con gli spazi interni sicuramente più ridotti per la luce e per una logica di servizio che sembra molto più efficiente. Ma dove? Fuori dalla città. L'ospedale non può avere un esoscheletro, deve poter crescere. E quindi espandere i blocchi conventuali a seconda delle necessità. Quindi vedete quanto è difficile secondo me progettare un ospedale che serva domani e non che serva ieri. Grazie.

**LUCCHINA:**

Grazie a tutti. Scusate se magari si è prolungato un po' di più ma credo che l'argomento ne valesse ne pena. Arrivederci.