

Articoli/Articles

L'OSPEDALE OGGI TRA RICERCA, DIDATTICA
E MEDICINA TERRITORIALE

GIOVANNI RENGA, GIORGIO VISCA
Dipartimento di Sanità Pubblica,
Università degli Studi di Torino, I

SUMMARY

RESEARCH, TRAINING AND COMMUNITY LINKS
IN TODAY'S HOSPITALS

The role of hospitals in research, medical training and their relationship with the community is challenged by socio-economical, epidemiological, demographic and technological changes western health care systems are facing today.

This paper enhances that:

- 1. beside the experimental, high tech and biotechnological model of research, there is still a great need for studies in areas such as: doctor-patient relationship, disability, access to care and patient satisfaction;*
- 2. medical training should open to community settings in order to avoid excess in medical specialisation and future shortage of primary health care professionals;*
- 3. a close link with community health care should be established through strategic and operational planning between hospital and community services and a formalised role for family physicians within hospital-based Departments of Family and Community Medicine.*

L'assistenza sanitaria ed in particolare l'assistenza ospedaliera, nei paesi industrializzati ha subito nel corso degli ultimi trent'anni una profonda evoluzione in risposta a fattori esterni fra cui l'emergere di nuove malattie infettive, l'eradicazione di altre, l'introduzione di nuovi meccanismi di finanziamento e i cambiamenti demografici che hanno progressivamente condotto ad un rimodellamento strutturale e talvolta funzionale dell'istituzione "ospedale".

Key words: Hospitals - Research - Training - Family medicine

I progressi della tecnologia, della farmacologia, delle scienze biomediche, l'introduzione delle tecniche di management mutuato dal mondo dell'industria, unitamente alla necessaria enfasi posta negli ultimi anni su efficacia ed efficienza, stanno infatti portando oggi alla piena realizzazione il paradigma di origine ottocentesca dell'ospedale come *machine à guerir*, ossia di un luogo dove pazienti acuti vengono trattati con rapidità, da personale altamente specializzato e con l'ausilio di tecniche e tecnologie sofisticate e la cui analogia con il funzionamento della macchina è fondata sull'aumento della produttività a parità di efficacia e sul risparmio delle risorse¹.

Specializzazione e razionalizzazione sono quindi diventate condizioni irrinunciabili di un modello di assistenza altamente tecnologico che è responsabile di più della metà del totale della spesa sanitaria nella maggior parte dei paesi industrializzati e che deve di conseguenza, in accordo con il modello imprenditoriale, trovare nell'economia di scala e nell'economia di scopo i suoi principi fondanti.

Fra i principali dati a conferma di questa strategia assistenziale in atto nelle principali economie di mercato si possono citare la degenza media ed il numero di posti letto per acuti per 1.000 abitanti che nel corso degli ultimi quindici anni hanno registrato un costante decremento a fronte di un parallelo aumento del numero di ricoveri².

Questi risultati sono stati raggiunti attraverso un profondo, ancorché non completo, rimaneggiamento strutturale e funzionale della rete ospedaliera che prevede da una lato la chiusura o trasformazione dei piccoli ospedali e dall'altro la centralizzazione dei servizi altamente specializzati.

La transizione epidemiologica occorsa nella seconda metà del novecento nei paesi industrializzati, unitamente all'aumento dell'aspettativa di vita, ha tuttavia ridimensionato le possibilità di un approccio finalizzato solamente alla *restitutio ad integrum* quale unico modello di risposta assistenziale, per lasciare spazio anche ad un modello ospedaliero ove l'assistenza diventa più importante della cura, in un recupero storico ed etimologico del ruolo stesso dell'ospedale.

Nuovi modelli di assistenza ospedaliera, di origine prevalentemente anglosassone - community hospital, hospice, residenze

sanitarie assistenziali, ecc. - si sono quindi affiancati negli ultimi anni al modello tecnologico, nel tentativo di rispondere al bisogno di assistenza a lungo termine della popolazione e ridisegnando la mappa di offerta ospedaliera necessaria oggi ad un paese del mondo occidentale.

Lo sviluppo di questo nuovo ruolo strutturale e funzionale della rete ospedaliera rende tuttavia necessario il ripensamento di alcune funzioni ospedaliere parallele quali la ricerca e la didattica e, comunque, la realizzazione dell'integrazione ospedale-territorio finalizzata ad una reale continuità assistenziale.

Ospedale e funzione ricerca

Ricerca ed ospedale sono da sempre state legati da uno stretto rapporto di reciprocità la cui costituzione ha contribuito alla nascita della moderna medicina.

L'ospedale inizia infatti a fornire i cadaveri per lo studio anatomico fin dal Seicento e i malati per le prime osservazioni sistematiche dei segni a partire dal tardo Settecento, costituendo l'indispensabile contesto spaziale per la nascita della clinica moderna.

Con la nascita delle scienze di base si assiste poi nell'ottocento al progressivo passaggio dall'osservazione ed analisi dei casi clinici³ alla medicina sperimentale che vede una parte della ricerca trasferirsi nei laboratori.

La tendenza ad eleggere il laboratorio quale luogo di scelta per la ricerca biomedica è progressivamente cresciuta nel corso di tutto il ventesimo secolo continuando ad esercitare una crescente attrazione sia in termini di finanziamenti sia in termini di energie fino a polarizzare in molti centri accademici l'enfasi precedentemente data alla didattica⁴.

Oggi la ricerca basata sul laboratorio costituisce senza dubbio la parte più rilevante di tutta la ricerca biomedica, così come evidenziato, secondo gli indirizzi OCSE, nelle Linee Guida del Programma Nazionale di Ricerca nell'area della salute e scienze della vita.

In tale ambito le prospettive scientifiche e tecnologiche fanno riferimento:

- al genoma: finalizzato a comprendere meglio le malattie;
- alla chimica combinatoria: sviluppo di nuovi farmaci con maggiore interesse per comprendere, prevenire, trattare e curare i tumori;

- alla biotecnologia finalizzata alla salute: biomedicina, tecnologie "recombinant DNA", materiali biocompatibili e vaccini geneticamente ingegnerizzati, tecnologie dei biosensori;
- alla biotecnologia finalizzata all'agricoltura: biomassa e tecnologie di tutela degli alimenti;
- alla ingegneria metabolica, sviluppo di applicazioni diagnostiche della biologia molecolare⁵.

Sembra facile evidenziare, all'interno del panorama della ricerca possibile in campo medico ed assistenziale, il livello di priorità dato ad un modello di ricerca caratterizzata da una forte impronta di laboratorio, da una finalizzazione alla cura del caso acuto e da una "prevenzione di eccellenza"⁶. La connotazione ospedalocentrica in senso clinico di una tale tipologia di ricerca appare, in generale, ridimensionata rispetto al modello di ricerca precedente che vedeva la clinica come l'oggetto principale della ricerca, con una netta egemonia del laboratorio e con una conseguente ridefinizione del ruolo dell'ospedale all'interno di contesti più strettamente applicativi.

Tuttavia, così come affermato dal Piano Sanitario 1998-2000,

"il ruolo svolto dalla ricerca scientifica appare dominante ai fini di una corretta e qualificata attività di programmazione degli interventi mirati al miglioramento dello stato di salute della popolazione. Tutte le politiche sanitarie traggono fondamentale supporto dai risultati della ricerca biomedica e sanitaria".

Molto spazio rimane quindi per un ruolo attivo dell'ospedale nei confronti della cosiddette health practice research e health services research che, seppur caratterizzate da un livello di spettacolarità inferiore, possono essere in grado di incidere profondamente sulla salute della popolazione.

Esempi in tal senso sono dati dagli studi relativi all'accessibilità dei servizi, ai percorsi di cura, alla distribuzione delle risorse, all'appropriatezza degli interventi, alla soddisfazione dei pazienti, alla comunicazione medico-paziente, così come le ricerche finalizzate alla continuità assistenziale, all'integrazione dell'ospedale all'interno degli altri servizi sanitari ed infine alla sfera sempre più importante delle disabilità e della long-term care.

È ancora da notare a questo proposito che l'health service research in ambito ospedaliero non necessita generalmente di sofisticati modelli sperimentali, di alta tecnologia ed ingenti finanziamenti, ma può essere realizzata con strumenti di indagine più semplici ed economici quali ad esempio lo studio osservazionale, così come i modelli di ricerca non quantitativa quali la ricerca-azione, il focus group ed il metodo Delphi, che potrebbero essere in grado di indagare la sempre più importante componente *high touch* dell'assistenza ospedaliera, in sintonia con quanto già accade per l'*high tech*.

Ospedale e funzione didattica

L'attuale ruolo dell'ospedale nella didattica è inquadrabile in un più ampio quadro di riflessione sul modello di formazione del medico in atto a livello internazionale ed essenzialmente riconducibile a due fattori principali tra loro intimamente correlati.

In primo luogo le istituzioni accademiche tradizionalmente deputate alla formazione medica sono state profondamente alterate dai cambiamenti rivoluzionari occorsi nei mercati dell'assistenza sanitaria.

Assistenza, formazione e ricerca, storicamente intrecciate da un legame di mutuo beneficio, appaiono oggi in contrasto fra loro e con una realtà economica che impone vincoli di bilancio e la necessità di competere sul mercato. La spinta economica, unitamente alla carenza di cultura gestionale e ad un aristocratico distacco da parte degli accademici, ha condotto alla dispercezione del valore sociale delle istituzioni accademiche, fino ad essere considerate da parte delle istituzioni paganti, come già avviene in taluni contesti, un "accessorio di lusso"^{8,9}.

I processi di revisione dei sistemi sanitari in atto a livello internazionale, innescati da logiche di contenimento dei costi e di razionalizzazione dei servizi erogati, hanno infatti portato alla introduzione delle leggi del mercato e della competizione quali strumenti di controllo della spesa e di miglioramento della qualità. L'attenzione verso la quantificazione economica del prodotto di un servizio sanitario, la prestazione, ha di conseguenza suscitato in tutti i paesi occidentali, a partire dagli anni '80, una profonda crisi di quelle strutture che sono sedi di formazione de-

gli operatori sanitari, per natura meno competitive all'interno del mercato sanitario a ragione della tipologia di prodotto fornito¹⁰.

Tali ospedali sono infatti caratterizzati dalla produzione congiunta di tre tipologie di beni - assistenza, didattica e ricerca - il cui processo produttivo è reciprocamente intrecciato ed inscindibile, ma la cui pubblica utilità è percepita a differenti livelli¹¹.

In Italia tali riflessioni, unitamente ad aspetti contingenti, hanno condotto alla necessità di identificare nuovi modelli gestionali e funzionali finalizzati a rafforzare i processi di collaborazione fra Università e Servizio Sanitario Nazionale così come delineato dal d.lgs. 517/99 che prevede, dopo una fase transitoria e di cosiddetta sperimentazione, il superamento dei modelli in atto - Policlinici Universitari ovvero Aziende miste - e la creazione di un modello unico di Azienda Ospedaliero-Universitaria.

Accanto alle citate motivazioni prettamente di tipo economico ed organizzativo, un secondo elemento ha tuttavia contribuito ad accentuare la criticità del ruolo dell'ospedale nella didattica nei principali paesi industrializzati.

Negli Stati Uniti è da tempo aperta la discussione in merito alle capacità dell'Università di rispondere ai mutati bisogni assistenziali della società, sulla base del crescente scollamento fra i contenuti della didattica rispetto ai bisogni assistenziali e sociali della popolazione, principalmente a causa del profondo radicamento del modello biotecnologico e della scarsa attitudine a superare le mura dell'ospedale¹².

Al fine di orientare tale capacità di risposta, identificata come una sfida alla sopravvivenza della stessa medicina accademica, è stato sollecitato un profondo ripensamento del modello di formazione medica dominante, nettamente incardinato su un paradigma biotecnologico ed ospedalocentrico.

Gli ospedali, riconosciuti come luoghi di elezione per gli aspetti specialistici della formazione medica, non offrono infatti la possibilità agli studenti di incontrare anche il patient mix, le situazioni cliniche ed interprofessionali e le peculiarità di gestione prevalenti nella comunità. L'assenza di una tale esposizione costituisce un handicap allo sviluppo di abilità, conoscenze ed attitudini necessarie alla pratica futura¹³.

In Italia il citato d.lgs. 517/99 prevede un contesto di formazione clinica nettamente ospedaliero, sia nella forma dei due

modelli transitori che nel modello unico finale, la cui stessa denominazione, azienda ospedaliero-universitaria, già sembra concedere poco o nulla ad altri setting di insegnamento clinico.

Una tale impostazione espone pertanto al rischio di:

- indirizzare sempre più gli studenti verso la iperspecializzazione con la conseguente marginalizzazione della assistenza sanitaria primaria, come del resto già accaduto in U.S.A.
- rafforzare l'approccio centrato verso la malattia a scapito dell'approccio alla persona
- aumentare l'impatto sui costi sanitari di una medicina sempre più tecnologica e sofisticata che mantenga indiscriminatamente questo approccio anche in situazioni la cui soluzione potrebbe essere a basso contenuto tecnologico.

Un approccio di riforma unicamente centrato sull'ospedale quale quello impostato dal recente decreto legislativo non consente infatti la realizzazione di un modello formativo realmente antropocentrico, intendendo con questo termine un modello che veda al proprio centro sia le necessità formative degli studenti, sia i bisogni assistenziali della persona, tendenzialmente lontano quindi da quel tipo di cultura che, per usare le parole del Cardinale C.M. Martini,

*"spesso sembra spingere a considerare l'intero sistema sanità come una qualsiasi azienda, la salute come un prodotto e il malato come un cliente"*¹⁴.

Il ruolo dell'Università nel favorire la transizione di una parte della formazione verso contesti di comunità ed ambulatoriali diventa quindi fondamentale in considerazione della sua centralità nella formazione di base e continua di tutti i professionisti sanitari: medici, infermieri, ostetriche e tecnici dell'area sanitaria.

Ospedale e medicina territoriale

Secondo quanto emerso in un recente seminario organizzato dalla Fondazione Smith Kline

*"la continuità assistenziale ha bisogno di essere percepita come un valore e come tale deve essere condivisa dalla comunità: solo così anche i concetti di 'territorio' e di 'ospedale' acquistano significato in funzione delle persone che li abitano e li utilizzano"*¹⁵.

Ormai da tempo tuttavia espressioni quali integrazione ospedale-territorio o continuità assistenziale si ripetono in disposizioni legislative, atti di indirizzo e di programmazione, senza concretizzarsi in atti specifici di portata tale da riuscire a vincere le radicate resistenze di due mondi spesso reciprocamente sconosciuti ed arroccati.

L'introduzione del mercato quale "*mano invisibile*", vis sanatrix per il Servizio Sanitario, ha inoltre probabilmente limitato, in assenza di forti strumenti di coordinamento interni al sistema sanitario, le possibilità di cooperazione fra servizi storicamente differenziati e con connotazioni orgogliosamente antitetiche.

Come paradigma di questo reciproco apartheid sanitario potrebbero essere assunte le cure domiciliari che, pur presentando la comune caratteristica di svolgersi al domicilio del paziente ed avendo tutto il potenziale per la realizzazione dell'integrazione, assumono ad esempio, a seconda dell'erogatore, denominazioni differenti quali "*ospedale a domicilio*", "*assistenza domiciliare programmata*", "*assistenza domiciliare integrata*", ecc. spesso a fronte di una tipologia di assistenza sovrapponibile.

Tutto ciò potrebbe sembrare indicativo di un approccio metodologicamente viziato dall'identificazione dell'integrazione come obiettivo operativo da raggiungere nei rapporti fra ospedale e territorio quasi a prescindere dalla realizzazione di un reale coordinamento progettuale.

L'integrazione rappresenta infatti il più alto grado di collaborazione fra servizi diversi, l'espressione del coordinamento fra due strutture sanitarie, in quanto "*appartiene alla fase più dinamica ed operativa dell'intervento, con il significato di legare ad un continuum progettuale le azioni realizzate da diversi operatori*"¹⁶, in questo caso medici ed infermieri ospedalieri, medici ed infermieri di distretto e medici di famiglia.

Ciò che sembra mancare è quindi proprio il presupposto essenziale, ossia il coordinamento, inteso come "*concetto funzionale che va applicato alla programmazione in termini di obiettivi che due o più Amministrazioni intendono raggiungere*"¹⁷.

In questa accezione il coordinamento fra ospedale e territorio dovrebbe realizzarsi attraverso la condivisione di obiettivi comuni, per poi in seguito concretizzarsi nell'integrazione operati-

va fra i vari professionisti, traducendo in atto la continuità assistenziale nei confronti dei pazienti.

Senza questo approccio, ossia senza la convergenza di sforzi top down e bottom up, è probabile che l'integrazione possa essere difficilmente realizzabile e debba arrendersi alle esigenze di protagonismo dei diversi attori sia ospedalieri che territoriali.

Nonostante questi limiti tuttavia alcuni segnali importanti, frutto di un attivo coordinamento fra i servizi, sono emersi da alcune esperienze nel campo della emergenza-urgenza e della long-term care, entrambe caratterizzate dal diretto coinvolgimento della figura chiave per la continuità assistenziale: il medico di famiglia.

Ciò permette di introdurre quello che potrebbe costituire, oltre al coordinamento programmatico fra i servizi, il secondo principio cardine per la realizzazione dell'integrazione fra ospedale e territorio ossia la formalizzazione del ruolo della medicina territoriale, ed in particolare della medicina di famiglia, all'interno di una struttura ospedaliera.

L'apertura degli ospedali ai medici operanti sul territorio, secondo quanto già in atto in altri paesi occidentali, era stata già proposta in Italia fin dagli anni Ottanta. Vale la pena ricordare a questo proposito a titolo di esempio, due "*Manifesti per la Sanità*" comparsi nel 1985 e nel 1992 a firma, fra gli altri, dell'attuale Ministro della Sanità che, all'interno di uno schema propositivo di ristrutturazione della sanità a partire dagli ospedali, auspicavano, in un quadro di altre proposte, la presenza dei medici di famiglia all'interno dei piccoli ospedali¹⁸.

Ciò che sembra carente, a prescindere da alcune sporadiche esperienze, è la strutturazione formale, o per meglio dire organizzata, di questa partecipazione a livello sia dei piccoli che, a maggior ragione, dei grandi ospedali, ove la collaborazione fra operatori di territorio ed ospedalieri è di fatto ad oggi vincolata alla presenza di reti informali di rapporti personali fra gli stessi.

L'auspicio è quindi che nel sistema sanitario italiano, ed in particolar modo a livello ospedaliero, vengano introdotte delle forme organizzate e riconoscibili di coordinamento e collaborazione con la medicina di territorio, delle strutture funzionali che favoriscano la reciprocità dei rapporti fra ospedale e territorio.

Conclusioni

In un recente articolo comparso sul Bulletin of the World Health Organization sul ruolo degli ospedali nei sistemi sanitari occidentali veniva evidenziato che

*"la loro configurazione spesso riflette un modello di assistenza sanitaria e le popolazioni di pazienti di un'era passata. La loro incompatibilità con gli attuali bisogni va dai gravi problemi strutturali come la carenza di sale operatorie, a problemi di natura minore quali al mancanza di prese elettriche per il crescente numero di monitor elettronici"*¹⁹.

Le carenze strutturali tracciate in questo profilo traducono e simboleggiano a pieno titolo le carenze funzionali che gli ospedali spesso hanno nei confronti dei bisogni assistenziali di oggi e, a maggior ragione, del futuro.

Autoreferenzialità, scarsa propensione a leggere i bisogni della propria comunità, essere - e voler continuare ad essere - simbolo e centro di tutto un sistema sanitario, costituiscono i principali limiti dell'attuale modello ospedaliero.

Tali limiti, oltre che nei confronti della principale funzione assistenziale, si evidenziano anche nelle funzioni parallele: ricerca, didattica e rapporti con il territorio.

Esiste tuttavia il bisogno:

- di un ospedale che, oltre a modelli sperimentali di ricerca high tech e di laboratorio, attivi strategie di ricerca osservazionali su fenomeni ancora poco noti quali ad esempio disabilità, rapporto medico-paziente, accessibilità ai servizi e soddisfazione dei pazienti;
- di una formazione del personale sanitario che superi le mura dell'ospedale e l'iperspecializzazione e che favorisca un approccio più finalizzato alla presa in carico del paziente e non della sola malattia;
- di uno stretto coordinamento programmatico fra i servizi ospedalieri e territoriali e di una maggior formalizzazione del ruolo della medicina di famiglia all'interno dell'ospedale.

La soddisfazione a questi bisogni dipenderà in larga misura, oltre che dagli indirizzi nazionali e regionali, dal tipo di scelta che il management ospedaliero porrà in atto nell'identificare la propria missione, scegliendo quindi quale ruolo far giocare all'ospedale all'interno del sistema sanitario, intendendo come sistema una "plu-

*ralità durevole di elementi e di processi, che forma un insieme vivente di rapporti umani dotato di una qualche identità nel tempo"*²⁰.

BIBLIOGRAFIA E NOTE

1. COSMACINI G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*. Roma, Ed. Laterza, 1987, p.301-2. HENSHER M., EDWARDS N., STOKES R., *International trends in the provision and utilization of hospital care*. BMJ 1999;319:845-8.3. COSMACINI G., *op cit.* nota 1, p. 273.
4. SCHROEDER S. A., ZONES J. S., SHOWSTACK J. A., *Academic medicine as a Public Trust*. JAMA 1989;262: 803-812.
5. MINISTERO DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA SCIENTIFICA E TECNOLOGICA. Linee Guida del Programma Nazionale di Ricerca. 29 giugno 2000. At <http://www.mur.st.it/Ricerca/PNR/2000/lineeguida.doc> [22 Novembre 2000]
6. ARDIGÒ A., *L'ospedale del futuro tra sistema e ambiente*. In: FALCITELLI N, TRABUCCHI M, VANARA F. (a cura di), *Rapporto Sanità 2000*. Bologna, Soc. Ed. Il Mulino, 2000, p. 90.
7. SHROEDER S. A., *op. cit.* nota 4, pag. 807
8. ZANETTI M., FANTINI M. P., MONTAGUTI U., BARBIERI L., *L'Ospedale di Insegnamento: accessorio di lusso o valore sociale?* Forum 1998; 8.1 (suppl.2): 25-37.
9. BLUMENTHAL D., CAMPBELL E. G., WEISSMAN J. S., *The Social Missions of Academic Health Centres*. N. Engl. J. Med. 1997; 337:1550-1553.
10. PESCI P., ZANETTI M., FANTINI M. P., ROVERSI E., MERLIN M., SANTI M., *Costi, attività e finanziamento degli ospedali di insegnamento in Emilia-Romagna*. Mecosan 1999; 32:65-74.
11. LEVAGGI R., PESCI P., *Il Finanziamento dei policlinici universitari in un modello di organizzazione sanitaria decentrato*. Mecosan 1999; 30:25-36.
12. PEW HEALTH PROFESSIONS COMMISSION. Health professions education and managed care: Challenges and necessary responses. Report on the Advisory Panel on Health Professions Education and Managed Care, 1995.
13. COUNCIL ON GRADUATE MEDICAL EDUCATION. Physician Education for a Changing Health Care Environment. 13th Report 1999.
14. MARTINI C. M., *L'etica dello stato sociale*. Prima Conferenza Nazionale della Sanità, 24 Novembre 1999, Roma. At: <http://www.sanita.it>, 22 Novembre 2000.
15. FONDAZIONE SMITH KLINE. La continuità assistenziale. XXII Seminario dei Lghi. Palermo, 28-30 settembre 2000.
16. BANCHERO A., *L'offerta di servizi: dall'assistenza primaria alla long-term care*. In: TRABUCCHI M., VANARA F. (a cura di), *Rapporto Sanità '98*. Bologna, Soc. Ed. Il Mulino, 1998, p. 334.
17. BANCHERO A., *op.cit.* nota 16.
18. COSMACINI G., *Storia della medicina e della sanità nell'Italia contemporanea*. Roma, Ed. Laterza, 1994, pg. 337-8, 347-8.
19. MCKEE M., HEALY J., *The role of the hospital in a changing environment*. Bulletin of the World Health Organization 2000; 78 (6): 803-10.
20. ARDIGÒ A., *op. cit.* nota 6, p. 94.

Correspondence should be addressed to:
Giovanni Renga, Via Santena, 5 bis - 10126 Torino, Italy
renga@molinetto.unito.it
giovanni.renga@unito.it
Giorgio Visca, Via Philadelphia, 152 - 10137 Torino, Italy.
visca@molinetto.unito.it
giorgiovisca@libero.it