

# L'ospedale del futuro

## Documento introduttivo

*a cura del Gruppo di lavoro della Fondazione Smith Kline \**

### **1. L'ospedale nel sistema sociale**

Prima di proporre alcune riflessioni sui tratti caratterizzanti gli ospedali del futuro, talune delle quali ampiamente approfondite nei contributi riportati nel seguito, è opportuno soffermarsi su quattro questioni introduttive, utili per delineare il contesto in cui l'analisi si cala.

In primo luogo, tra i molti approcci di osservazione scientifica, si considera rilevante quello dell'osservatore per il quale l'ospedale di riferimento è sistema e tutto il contesto è ambiente e quello dell'osservatore per il quale l'ospedale di riferimento è sub-sistema rispetto al maggiore sistema sanitario osservato nel più vasto contesto ambientale.

Il primo approccio implica attenzione privilegiata alla gestione sistema/ambiente sotto il profilo del management gerarchico, a partire dalla verifica periodica della mission dell'azienda, e delle prospettive di privilegiamento, in positivo e in negativo, del core business e dei processi di selezione della complessità in riferimento alle sfide ambientali. Il secondo approccio tende invece a privilegiare il sistema sociale di area vasta. Si presentano al riguardo due maggiori forme organizzative. La prima di queste è quella del sistema sanitario nazionale organizzato attorno al forte potere statale, anche direttamente gestionale delle cure e corrispondente alle esperienze del welfare state del dopoguerra in Europa occidentale. La seconda, più recente, e che sta per essere introdotta anche in Italia, vede il sistema sociale ad area vasta come una rete di nodi (tra cui gli ospedali come nodi) in cui il potere è del management pubblico e privato, tra stato e mercato. Tale sistema sociale della rete esprime al meglio un processo di continuo autoadattamento reciproco, cosicchè va riconosciuta una qualche forma di autopoiesis più o meno automatica operante entro una rete a bilanciare il peso gerarchico dell'autorità politico-amministrativa (Regione, provincia, grande comune). È individuabile, poi, un terzo approccio, ancora incipiente, rappresentato dal sistema sociale dei richiedenti salute nel contesto ambientale, contesto rappresentato anzitutto dagli ospedali come ambiente per i pazienti che vi accedono e che scoprono l'ambiente proprio dalle difficoltà dell'accesso. Naturalmente, è ipotizzabile una interconnessione, anche se non sistematica, fra i tre approcci.

Se si passa, poi, ad analizzare gli ospedali secondo una prospettiva storica, si osserva che questi hanno rappresentato il luogo, spesso costruito con risorse della comunità locale, nel quale venivano ospitati i componenti della comunità stessa in temporanea difficoltà per motivi di salute o per necessità assistenziali. Tale modello è stato messo in crisi dal mutato contesto culturale e dallo sviluppo tecnologico, che modificano progressivamente il modo di fare diagnosi e terapia.

L'analisi storica mette pertanto in luce le strette e costanti interrelazioni tra "fatti sociali" e "fatti medici", ossia fra contesto socio-istituzionale, sapere medico e caratteristiche strutturali, tecnologiche ed organizzative dell'edificio ospedaliero, interrelazioni dalle quali non si può prescindere nelle riflessioni sul disegno dell'ospedale del futuro.

La terza questione introduttiva riguarda il problema fondamentale di ogni organizzazione, ovvero come raccordare le motivazioni individuali a quelle del gruppo, che si pone per l'ospedale in forma particolarmente importante per via del radicale mutamento degli scopi che esso sta attraversando come istituzione e la peculiare qualità immateriale della motivazione del singolo lavoratore della sanità. Il vissuto soggettivo degli utenti s'intreccia con quello degli operatori ed il governo del personale ha effetti diretti sull'utenza: il problema è come promuovere identità ed appartenenza degli operatori in modo che essi contribuiscano in parallelo a rafforzare identità ed appartenenza degli utenti.

Per definire il ruolo dell'ospedale del futuro, è necessario effettuare preliminarmente - e si tratta della quarta questione introduttiva - un'analisi epidemiologica dei bisogni di salute della popolazione, che sono talvolta inespressi e quindi non sempre coincidono con la domanda effettivamente rivolta agli operatori del settore. La struttura dell'offerta sanitaria e, in specie, ospedaliera dovrà quindi essere organizzata in funzione del soddisfacimento dei bisogni complessivi di salute della popolazione, sulla quale incidono naturalmente anche, in modo più o meno rilevante, fattori esterni al settore quali l'ambiente, il tempo libero, ecc.

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

### **2. Un nuovo modello di ospedale nella rete dei servizi sanitari**

Superato il modello tradizionale di ospedale, basato sull'hospitalitas, occorre andare alla ricerca di nuovi modelli. Pur essendo ipotizzabile l'esistenza, almeno nel breve periodo, di vari possibili livelli di ospedali, il modello tendenziale è quello tecnologico. Col tempo, gli altri tipi di ospedale dovrebbero scomparire ed essere assorbiti nell'attività

territoriale così da lasciare all'ospedale del futuro lo svolgimento di attività ad elevato contenuto tecnologico (per quella parte non gestibile in day hospital o in ambulatorio), non solo chirurgica, ma anche relativa alla medicina per acuti. Quale paziente medico, però, dovrebbe essere trattato in regime di ricovero? Il paziente fragile, molto anziano e con polipatologia, oppure quello con singole patologie complesse che richiedono alta intensità diagnostica e terapeutica?

Il sistema ospedaliero italiano presenta una grande varietà di strutture con funzioni e vocazioni non sempre riconducibili a modelli predeterminati, anche in relazione alla sovrapposizione di norme che dalla legge Mariotti (l. 132/1968) alla legge 833/78 ai decreti di riordino hanno progressivamente riclassificato le strutture senza curare la riprogettazione funzionale della rete. La ridefinizione del modello di ospedale è evidentemente necessaria e, nello stesso tempo, di grande difficoltà, data anche la resistenza che le professioni oppongono a qualsiasi tentativo di revisione delle gerarchie professionali.

Non è, tuttavia, opportuno definire modelli astratti (quali quelli che si generavano nei processi di programmazione sanitaria degli anni '70): la situazione concretamente determinatasi negli anni per ciascun territorio può essere assunta ad iniziale punto di riferimento. È peraltro evidente che per curare bene un paziente l'ospedale deve disporre di una pluralità di discipline: il moderno approccio alla malattia generalmente comporta la messa in campo di più di una specifica competenza. Ha quindi ancora senso che vi siano strutture anche importanti prive di una completezza disciplinare? Ad esempio, una cardiologia priva di Utic o dei servizi di emodinamica ed elettrofisiologia?

In conclusione, gli elementi fondamentali da considerare per la definizione dell'ospedale del futuro sono: l'intensità di cura, la stratificazione dei tipi di casistica trattata, l'accesso a tecnologie complesse all'interno di un sistema a rete, il dimensionamento operativo, il modello organizzativo, le funzioni miste e l'esigenza didattica.

Le regioni hanno provveduto, in genere, a definire una strategia di integrazione tra i diversi macrolivelli assistenziali ed a rimodellare l'offerta di servizi ospedalieri, anche sulla base della funzione locale del singolo istituto. Raramente, tuttavia, questi interventi sono risultati veramente selettivi e le singole strutture ospedaliere hanno finito per adeguare la propria organizzazione integrando indirizzi programmatori, scelte strategiche interne e specifiche caratteristiche della domanda locale.

Permane, pertanto, una forte sovrapposizione tra attività erogate in sede ospedaliera e funzioni proprie di altri livelli assistenziali, in un continuum operativo che garantisce spesso al cittadino opzioni differenziate di scelta, ma non contribuisce ad una visione organica e razionale del servizio. Allo stesso tempo, i problemi della riabilitazione, della lungodegenza e delle attività di hospice costituiscono, nella gran parte delle regioni italiane, aree di forte criticità, non solo per la fragilità dei pazienti coinvolti, ma anche per la penalizzazione che la carenza di tali servizi pone all'efficienza gestionale dell'attività ospedaliera.

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

### **3. L'organizzazione interna dell'ospedale ed i suoi fondamentali culturali**

Venendo ora all'organizzazione interna dell'ospedale, per il futuro propendiamo per un'organizzazione di tipo dipartimentale, in particolare per coinvolgere i medici nelle responsabilità gestionali. Inoltre, il numero delle specialità e delle sub-specialità mediche e chirurgiche è in continuo aumento e solo l'interazione dei vari specialisti e sub-specialisti può garantire ai pazienti un'assistenza moderna. Dal punto di vista organizzativo-gestionale il dipartimento consente di superare le barriere funzionali ed i "sequestro" di personale e di attrezzature all'interno delle divisioni, che provocano inefficienze e relativi costi. Inoltre, l'attribuzione dei posti letto alle diverse specialità e sub-specialità tende a dilatare le degenze di relativi oneri in un periodo in cui le moderne tecniche chirurgiche e le nuove metodologie organizzative consentono di contrarre i posti letto e di diminuire i costi di degenza. Anche dal punto di vista della ricerca e della didattica, i vantaggi sono considerevoli.

Le integrazioni orizzontali, basate su criteri di aggregazione che tendono a ricostruire il percorso diagnostico-terapeutico specifico del paziente rappresentano la soluzione più avanzata ed innovativa ed hanno l'indubbio pregio di dare continuità alle cure.

La valutazione degli outcome in un modello ospedaliero tecnologico avanzato deve tenere conto della "frazione" di percorso assistenziale che il paziente compie nella struttura ed è quindi tanto più specifica quanto più è specialistico e puntuale l'intervento realizzato. Una valutazione degli outcome realizzata in chiave di storia clinica del paziente deve invece tenere conto dell'intero percorso terapeutico e non della semplice somma di efficacia delle singole azioni, in un'ottica di sistema.

La ricerca biomedica è fondamentale per la realizzazione di un'efficace politica di sviluppo e di miglioramento dell'attività assistenziale. È necessario perseguire l'integrazione della migliore evidenza, derivabile dagli studi disponibili (evidence based medicine), con la pratica clinica, definita alla luce della esperienza di ciascun medico, e con la valutazione delle preferenze del paziente e del costo-efficacia delle procedure.

I percorsi diagnostico-terapeutici sono strumenti indispensabili alla diffusione nella pratica clinica dei risultati emersi dalla valutazione e dalla ricerca ed alla riduzione dei costi generati da un congruente ed ottimale utilizzo delle risorse (procedure, prescrizione di esami diagnostici, interventi chirurgici, ecc.). Anche la revisione delle modalità organizzative o di regime di erogazione delle prestazioni (degenza, day hospital, ambulatorio) deve portare a renderle adeguate ed efficienti per l'erogazione agli utenti delle prestazioni ritenute necessarie alla cura.

La valutazione dell'attività svolta deve considerare anche elementi di customer satisfaction, umanizzazione e qualità della vita nell'ospedale ad alta tecnologia. In particolare, si sta diffondendo una sorta di illusione tecnicistica che ritiene possibile definire once and for all criteri di appropriatezza basati sulla misura degli outcome, oggettivi e fondati epidemiologicamente. Pur riconoscendo che esiste la necessità di standardizzare la maggioranza dei comportamenti clinico-diagnostici, il problema è in gran parte di natura contrattuale, nel senso che i cittadini hanno una propria visione di benessere e di salute e tendono a negoziare con i medici e con gli erogatori di prestazioni quello che intendono acquisire. Dato che non appare molto facile ridurre ad unità la visione di benessere e di bisogno sanitario, è improbabile che si raggiunga una visione condivisa e di consenso sulle prestazioni appropriate.

#### **4. Le informazioni nell'ospedale e con l'ospedale**

Un ulteriore aspetto considerato riguarda le tecnologie dell'informazione e della comunicazione. Si tratta in primo luogo di definire la struttura della conoscenza e del rapporto tra informazione e conoscenza nell'organizzazione. Alla luce del fallimento degli approcci sistemici integrati all'ospedale, il problema va ridiscusso in termini di requisiti minimi necessari e di parsimonia informativa (criteri di selezione delle informazioni gestite, delle utenze, del contenuto informativo dell'organizzazione), in un contesto di disseminazione di conoscenza esplicita, standardizzata in unità di misura e riconoscibile in modo univoco da tutta l'organizzazione.

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

Il modello teorico ideale dell'organizzazione professionale moderna è quello in cui l'informazione, coniugata alla responsabilità, sostituisce la gran parte dei meccanismi autoritari e burocratici di controllo. L'informazione e la comunicazione permettono di orientare il comportamento dei professionisti agli obiettivi strategici dell'azienda, quindi anche all'efficacia ed all'efficienza.

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

Queste considerazioni confortano anche la considerazione che sarebbe errato un approccio separato, tutto autoreferenziale all'ospedale, anche di quello di eccellenza mono-oligospecialistica, rispetto al restante territorio, pure oltre lo stretto bacino di utenza: l'ambiente dell'ospedale sarà sempre meno passivo (si pensi alla crescita della prevenzione e dell'interesse personale del paziente alla cura), specie al crescere del livello di istruzione e di reddito dei pazienti.

La configurazione dell'ospedale del futuro, basata essenzialmente sul decentramento e sulla deospedalizzazione, richiede, infatti, un potenziamento della capacità di collegamento interno-esterno (tele-consulto, tele-assistenza, ecc.) ed una diversa forma di aggregazione delle varie unità di produzione sanitaria, che non vivono più in interazione con un ambiente chiuso (l'ospedale tradizionale), ma con un numero pressochè infinito di altre esperienze e competenze.

L'ultimo aspetto strettamente connesso alla definizione dell'ospedale del futuro riguarda la progettazione e la realizzazione delle strutture edilizie. Nella storia dell'architettura socio-sanitaria, la configurazione morfologica, funzionale e tecnologica dell'ospedale non è mai riuscita a tenere il passo delle modificazioni di ruolo e funzioni che per esso via via si andavano definendo. In questo contesto, più che prefigurare l'ospedale del futuro parrebbe già un non disprezzabile risultato poter garantire "oggi" (anzichè con ritardi di decine di anni) la stretta e puntuale correlazione fra funzione ospedaliera e struttura edilizia e tecnologica che ne permette lo svolgimento.

I moderni criteri di progettazione di un ospedale per acuti possono essere definiti solo in rapporto alla natura di sottosistema dell'ospedale, che è di continuo soggetto alle sfide che vengono dal suo ambiente e dal sistema societario complessivo, e deve quindi possedere la conseguente flessibilità degli adattamenti. Una politica di modernizzazione deve ipotizzare nuove strutture, che risolverebbero in un sol colpo tutte le problematiche connesse alla sicurezza degli impianti, al miglioramento del comfort, all'inserimento di aggiornate tecnologie informatiche, ecc., ma deve anche considerare l'utilità di reinvestire in aggiornamento su strutture vecchie: è impensabile proporre la rottamazione del parco ospedaliero esistente ed è, invece, necessario intervenire su di esso con adeguate strumentazioni programmatiche, progettuali e realizzative per renderlo adeguato al ruolo individuato.

L'ammodernamento in corso delle tecnologie e delle strutture ospedaliere, che vede coinvolti tutti gli ospedali pubblici in uno sforzo straordinario di recupero dei ritardi negli investimenti, è prima di tutto diretto a realizzare condizioni di sicurezza per i cittadini-utenti e per gli operatori.

## **5. L'aziendalizzazione e strategie di management**

Affrontiamo, infine, nella terza ed ultima parte, questioni legate al tema dell'aziendalizzazione e del management.

La riflessione si concentra sull'aziendalizzazione degli ospedali secondo un modello manageriale, in presenza di norme di natura pubblica. Le cause principali della crisi dei grandi ospedali pubblici risiedono nel connubio vizioso tra burocrazia, corporativismi professionali e regole di gestione di diritto pubblico che non perseguono l'efficienza, la qualità delle prestazioni e l'orientamento all'utente. La gestione pubblica è, infatti, deresponsabilizzata rispetto ai risultati, ingabbiata da regole, minuziosamente garantiste della perfezione dell'atto amministrativo e non del risultato, che irrigidiscono il sistema privandolo di discrezionalità, flessibilità, autonomia, creatività, adattabilità. Per restare ancora oggi attuale e competere ad armi pari con il privato il grande ospedale pubblico deve rimanere sotto controllo pubblico con un assetto istituzionale che distingua razionalmente i ruoli di indirizzo politico e la responsabilità gestionale.

La responsabilizzazione di tutti i decisori dell'Ospedale, in primis amministratori e medici, non può che essere rispetto ai risultati sanitari e di bilancio. Si tratta di inquadrare il più possibile le Aziende Sanitarie pubbliche nel diritto privato, avendo ben presente i rischi corporativi che una privatizzazione del rapporto di lavoro degli operatori, in assenza di coerenti meccanismi di premi-sanzioni aziendali, potrebbe sostanziare.

Una contrattazione aziendale strutturata su retribuzioni consistentemente ancorate ai risultati di bilancio, oltre che a parametri di produttività, ed un razionale impiego del personale introduce, come è noto, motivazione e adesione a criteri di flessibilità e producono miglioramenti nell'intero processo assistenziale.

Un'altra questione è relativa alle esternalizzazioni che prevedono l'affidamento a soggetti esterni dell'esecuzione di talune operazioni (in prevalenza servizi di supporto) rientranti nell'ordinaria o straordinaria attività dell'ospedale, così da consentire all'azienda di concentrarsi sui suoi essenziali compiti assistenziali. Tali modalità sono supportate dal convincimento che la pubblica amministrazione tradizionale non è in grado di per sé, dovendo applicare norme e formule organizzative quasi sempre arcaiche e comunque inadeguate, di dare risposte tempestive, efficaci ed economiche. Si è recentemente assistito ad una copiosa proposta di modalità di esternalizzare, come le concessioni, le società miste, i consorzi, ed altre maggiormente innovative, come il general contractor ed il project financing, dalle connotazioni tuttora da definire per un loro razionale utilizzo.

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

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

Come testimonia anche l'esperienza internazionale, i sistemi di pagamento - ultimo argomento oggetto della trattazione - incidono profondamente sui comportamenti assistenziali dei soggetti erogatori. I decreti di riordino hanno introdotto un sistema di pagamento a tariffe predeterminate per prestazione per l'assistenza ospedaliera per acuti, cui si affianca un sistema di pagamento extra - tariffario per attività quali l'emergenza e la ricerca (disciplinato a livello regionale). Tale sistema, valido per tutti i soggetti erogatori, pubblici e privati, interni ed esterni all'azienda UsI, introdotto di fatto solo in alcune regioni e per alcune tipologie di produttori, si propone di aumentare l'efficienza produttiva, ma le critiche rivolte alle sue prime ricadute operative rischiano di mettere in discussione un importante elemento del processo di riordino del Ssn.

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

Tali ultime analisi tendono a privilegiare l'approccio alla singola azienda sanitaria come sistema. È però auspicabile sia dedicata qualche attenzione analitica a ciascuno degli altri due approcci menzionati all'inizio: quello della rete di nodi (ospedali e altre strutture), anche in riferimento ai possibili difformi tipi di programmazione e di autopoiesis, e quello del sistema sociale degli utenti, con i loro circuiti di comunicazione.

\* I componenti del Gruppo di lavoro sono:

Sandro Albini, Amministratore Delegato Poliambulanza, Brescia; Achille Ardigò, Commissario Istituti Ortopedici Rizzoli, Bologna; Enrico Brizioli, Direttore Sanitario Azienda Sanitaria USL n. 5, Jesi; Marco Campari, Partner KPMG Consulting, Milano; Cesare Catananti, Direttore Sanitario Policlinico Gemelli, Roma; Claudio Clini, Direttore Generale Azienda Ospedaliera San Camillo, Roma; Giuliano Cozzaglio, Direttore Sanitario, Casa di Cura Poliambulanza, Brescia; Luigi D'Elia, Direttore Generale Azienda Ospedaliera S. Giovanni Addolorata, Roma; Luciano Di Pietra, Coordinatore Settore Autonomie Locali e Federalismo Regione Lombardia, Milano; Nicola Falcitelli, Presidente Fondazione Smith Kline, Milano; Claudio Galanti, Direttore Generale Azienda Ospedaliera Careggi, Firenze; Mariapia Garavaglia, Presidente Generale Croce Rossa Italiana, Milano; Gianni Giorgi, Direttore Generale Azienda Ospedaliera di Parma; Pietro Micossi, Direttore Generale Ospedale Clinicizzato San Donato Milanese; Mauro Moruzzi, Presidente C.S. CUP 2000, Bologna; Leo Nahon, Primario Psichiatria Azienda Ospedaliera Niguarda, Milano; Roberto Palumbo, Università La Sapienza, Roma; Franco Provera, Direttore Generale Spedali Riuniti, Bergamo; Michele Romano, Direttore Generale Azienda Ospedaliera di Verona; Girolamo Sirchia, Primario Centro Trasfusionale e di Immunologia dei Trapianti, Ospedale Maggiore, Policlinico di Milano; Renzo Tellini, Direttore Generale Ospedale di Circolo, Fondazione Macchi, Varese; Angela Testi, Istituto di Economia, Facoltà di Economia, Genova; Marco Trabucchi, Università Tor Vergata, Roma; Francesca Vanara, Cresa, Torino.