

Comitato scientifico

Emidio Di Giambattista (coordinatore)
Procuratore generale della Corte dei conti

Luca Anselmi
Ordinario di economia aziendale - Università di Pisa

Elio Borgonovi
Ordinario di economia delle aziende pubbliche
Università Bocconi di Milano

Sabino Cassese
Ordinario di diritto amministrativo
Università La Sapienza di Roma

Siro Lombardini
Ordinario di economia - Università di Torino

Antonio Pedone
Ordinario di scienze delle finanze
Università La Sapienza di Roma

Fabio Roversi Monaco
 Rettore - Università di Bologna

Fondatore e direttore responsabile

Luigi D'Elia
Amministratore Straordinario - U.S.I. RM/10

Condirettore e direttore scientifico

Elio Borgonovi
Direttore del Cergas - Università Bocconi di Milano

Redazione:

Assistente alla direzione e coordinatore operativo
Franco Sassi

Redattori capi sezione

Giorgio Fiorentini

George France

Marco Meneguzzo

Antonello Zangrandi

Francesco Zavattaro

Redattori

Giorgio Casati

Mario Del Vecchio

Andrea Garlatti

Alessandra Massei

Corrispondenti esteri

New York: **Luciano La Camera** socio Coopers & Lybrand

Londra: **Michael Schofield** Director of the Health Services Management Unit-University of Manchester

Boston: **Gustav Schacter** Department of economy Nord Eastern University

Direttore editoriale

Anna Gemma Gonzales

Direzione

00197 ROMA - Viale Parioli, 77
Tel. 06/8073368 - 8073385 - Fax 06/8085817

Redazione

20136 MILANO - Via Balilla, 18
Tel. 02/58363132 - 58363136 - Fax 02/89404523

Società editoriale



MECOSAN

*La rivista trimestrale
di saggi e ricerche, documenti e commenti
per il governo manageriale della sanità*

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

IN QUESTO FASCICOLO:

Editoriale

- 2 L'era della « rivoluzione manageriale » è iniziata?
di Luigi D'Elia ed Elio Borgonovi

Sez. 1ª - Saggi e ricerche

- 6 Verso il governo regionale della sanità: i rischi di una politica sanitaria senza una strategia organizzativa
di Elio Borgonovi

- 13 Il costo di un malato di Aids: il punto sulla letteratura
di Nerina Dirindin e Guido Calleri

- 18 Elementi per la definizione dei costi sanitari delle broncopneumopatie cronico-ostruttive
di Attilio Gugliatti e Francesco Bertolini

Sez. 2ª - Documenti e commenti

- 28 Soccorso ed emergenza nella sanità pubblica: basta un decreto per organizzare un servizio valido?
di Luigi D'Elia ed Antonello Zangrandi

- 30 Qualificazione e chiarezza di ruoli per valorizzare le professionalità
Intervista con Franco Ferraro e Marco Braida

- 33 Il coordinamento delle associazioni di volontariato: un problema da non sottovalutare
Intervista a Maria Teresa Fiandri

- 37 Anestesiisti e terapia intensiva: due punti critici per l'attuazione del decreto
Intervista con Luciano Gattinoni

- 40 Il modello dell'Emilia-Romagna su scala nazionale
Intervista con Giuseppe Guerra

- 43 Atto di indirizzo e coordinamento delle attività delle Regioni e P.A. di Trento e di Bolzano in materia di emergenza sanitaria - D.P.R. 13 marzo 1992

- 45 Criteri organizzativi delle emergenze e delle urgenze in campo sanitario

- 50 Un nuovo orizzonte nella gestione dell'emergenza sanitaria
di Romana Becchi, Paolo Rotondi e Augusto Zappi

Sez. 3ª - Esperienze innovative

- 60 L'assistenza domiciliare nelle U.S.I.: il modello sperimentale della regione Lazio
di Maria Carla Claudi ed Elda Melaragno

- 73 Assistenza a domicilio: tre esperienze a confronto
di Francesco Longo

Sez. 4ª - Notizie dal mondo

- 82 La creazione del « trust » come variabile chiave di cambiamento per il National health service britannico
di Marco Meneguzzo

- 90 La modernizzazione tramite il ricorso ai meccanismi di mercato: il caso dei nuovi strumenti di gestione ospedaliera
di D. Fixari e D. Tonneau

Sez. 5ª - Sanità e impresa

- 102 Oltre la dialisi: nascita e sviluppo dell'homecare in Gran Bretagna
di Sarah Watkins

- 108 L'offerta privata di assistenza domiciliare in Italia: un sistema che stenta a decollare
Gruppo Baxter Italia

Sez. 6ª - Biblioteca

- 114 Schede bibliografiche

- 116 Bibliografia monotematica

- 123 Spoglio riviste

- 126 Novità bibliografiche

- 130 Test di Isurea

Si può affermare, senza timore di smentita, che anche nel settore sanitario è iniziata l'era della « rivoluzione manageriale », annunciata ormai da molti sintomi:

— la legislazione di molti paesi progrediti riporta con sempre maggiore frequenza concetti come efficienza, funzionalità, produttività, competitività, gestione aziendale, accanto a quelli di diritto alla salute, efficacia, politica sanitaria, livelli minimi di assistenza;

— ci sono indagini e ricerche dalle quali traspare come la grande divaricazione tra « potenzialità di assistenza » resa possibile dal progresso scientifico e dallo sviluppo tecnologico e « livelli effettivi di assistenza » sia spesso riconducibile alla limitata capacità di gestire la complessità organizzativa delle moderne strutture di erogazione dei servizi e, più in generale, dei moderni sistemi sanitari;

— la richiesta di formazione manageriale specifica per il settore è sempre crescente.

Conoscenze, competenze e atteggiamenti manageriali appaiono allora come condizioni necessarie, anche se non sufficienti, per recuperare più elevati livelli di soddisfazione dei pazienti, della popolazione e degli stessi professionisti, medici e altri operatori, impegnati nel settore; e per affrontare il difficile compito di realizzare l'equilibrio tra domanda e offerta, tra bisogni, teoricamente illimitati, e risorse (che sono invece limitate rispetto alle grandi opportunità offerte dalla scienza).

Condizioni necessarie, dato che la crisi dei differenti modelli di sistema sanitario (servizio pubblico generalizzato, mutualistico, assicurativo, misto), dimostra come l'elemento critico sia dato ormai dalla capacità di governare nel migliore dei modi il passaggio dalle politiche ai concreti modi di operare e come le differenze qualitative-quantitative dei livelli assistenziali reali siano spiegabili più dai differenti livelli di efficienza del funzionamento (attribuibile al management) che non dalla differenza dei modelli di sistema sanitario adottato.

Condizioni non sufficienti perché la razionalità manageriale non può certo sostituire la competenza e la professionalità medico-scientifica e tecnico-operativa richiesta dalla complessità dei problemi di salute posti dalla

L'ERA DELLA "RIVOLUZIONE MANAGERIALE" È INIZIATA?

Luigi D'Elia - Elio Borgonovi

società moderna, lo spirito di dedizione e di umanità richiesto dal rapporto con persone che soffrono, l'aggregazione di consenso attorno a valori e a criteri comuni (o perlomeno condivisi) ma necessarie per compiere le difficili scelte di allocazione delle risorse da cui deriva la selezione delle opportunità di assistenza tra i diversi gruppi sociali.

Si può affermare che senza un efficiente management diminuirà la capacità di guida e di governo dei futuri sistemi sanitari che saranno caratterizzati da crescenti contraddizioni interne, ma nel contempo che non basta il management per risolvere i problemi della sanità che so-

no riconducibili nella loro essenza all'insondabile e misteriosa complessità della persona e delle relazioni tra persone.

Tuttavia il riconoscimento del diritto di cittadinanza del management nel settore sanitario pone non pochi e non secondari problemi di chiarificazione concettuale, ancor prima che sugli indirizzi applicativi. Innanzitutto il termine management può essere usato, e viene usato, per identificare:

— i contenuti specifici di una funzione distinta da quella operativa « del professionista della salute », che applica conoscenze alla soluzione di un problema di recupero, mantenimento o sviluppo del benessere psico-fisico delle persone, e da quella « politica » di scelta tra i bisogni da tutelare e loro priorità: la funzione manageriale riguarda l'organizzazione delle attività delle persone e l'efficiente uso delle risorse;

— specifiche posizioni e specifici ruoli organizzativi (i cosiddetti « vertici » degli ospedali, delle Unità sanitarie locali), ai quali sono collegate responsabilità non su specifici atti e attività, ma sul corretto funzionamento di settori di assistenza o dell'intera U.s.l. (o dell'intero ospedale);

— un sistema organico di principi, di metodi e di strumenti tramite i quali è possibile « dominare la complessità » (cultura di management).

Molta attenzione è stata dedicata alla esplicitazione ed alla precisazione dei contenuti della funzione manageriale ed alla necessità di riferirli alla specificità del settore.

Ampiamente discusso è il tema della selezione delle per-

sone destinate a ricoprire le posizioni manageriali e dei sistemi per valutare la loro professionalità (valutazione dei risultati e del raggiungimento degli obiettivi), quasi come se la situazione attuale fosse quella di avere centinaia, migliaia di manager preparati e disponibili a entrare nel settore e il problema fosse quello di scegliere i migliori.

Non sembra ancora del tutto chiaro il fatto che il problema centrale oggi, per l'Italia e probabilmente per tutta l'Europa ed anche per il Nord America, è quello di elaborare e diffondere una cultura di management.

Lo sviluppo dei principi, dei metodi e degli strumenti nei quali esso si concretizza, è l'imperativo del nostro tempo.

Proprio su questo fronte intende misurarsi *Mecosan - Management ed economia sanitaria*, una Rivista che intende coniugare la capacità di affrontare temi di attualità, temi del momento storico, con la ricostruzione di organici schemi teorici di riferimento. Non è una rivista di attualità e di informazione, anche perché in una realtà in rapidissimo cambiamento quale è la sanità, la periodicità trimestrale renderebbe deboli molte notizie, molti dati e anche molti provvedimenti e proposte di legge eventualmente riportati.

È una Rivista che intende essere « scientifica » attraverso il recupero del diretto collegamento tra fatti, problemi ed esigenze che la società esprime in un determinato momento storico e sistemi concettuali di analisi e interpretazione. Solo in questo modo si può costruire una cultura di management più solida, fatta di conoscenze e di solidi punti di riferimento e non solo di metodi e di tecniche utili a risolvere specifici e contingenti problemi. Molti oggi amano sottolineare una sorta di contrapposizione tra la pragmaticità delle teorie manageriali e l'astrattezza della teoria economica ed economica aziendale: *Mecosan* si propone di superare questa contraddizione recuperando lo stretto collegamento tra teoria e pratica sempre richiamato dai migliori studiosi.

Una Rivista che intende essere scientifica non perché si rivolge al cosiddetto mondo scientifico, ma perché si rivolge con rigore scientifico a coloro che hanno posizioni di responsabilità direzionale a livello generale delle U.s.l. e degli ospedali (amministratori straordinari e futuri direttori generali), a livello di settori di attività (responsabili di servizi), a livello di unità operative (divisioni ospedaliere, poliambulatori, distretti, équipes specialistiche sul territorio, strutture per lungodegenti e anziani, ecc.), a livello di programmazione del sistema o di « holding » come è di moda dire oggi (Assessorati regionali alla sanità), a livello di governo del sistema (Ministero della sanità e in generale organi tecnici o

di consulenza del Ministero e delle stesse Regioni).

La Rivista si rivolge poi a tutti coloro che intendono l'orientamento alla « logica aziendale »:

— non come slogan, come scelta gattopardesca di un sistema di potere (dei politici, dei burocrati, dei clientelismi, delle facili spese di cui nessuno deve rendere conto a nessuno, dei favoritismi nei confronti di certi pazienti e di certi operatori) che cerca di sopravvivere accettando formalmente la cultura emergente;

— ma come sistema di nuove regole di funzionamento capaci di creare una tensione positiva verso la ricerca di migliori rapporti tra risultati assistenziali e di salute e risorse impiegate, sistema capace di discernere quei comportamenti, quelle persone, quelle strutture che contribuiscono al miglior perseguimento dei fini e degli obiettivi del S.s.n. rispetto a quei comportamenti, a quelle persone, a quelle strutture che sono orientate a perseguire fini e obiettivi particolari (il proprio prestigio, la propria carriera, la propria sicurezza e tranquillità).

Il metodo scientifico consiste nel risalire dai fatti alle teorie e nel ridiscendere, sulla base delle teorie, a confrontarsi con i fatti e ad influenzare i fatti modificandone il decorso, come accade per i sistemi sociali (in ciò si realizza l'ideale laico della « persona che plasma la società in cui vive » e la missione religiosa della « persona che partecipa all'opera della creazione divina che non si è attuata e conclusa in un momento, ma è forza vitale che si manifesta e si perpetua nella storia dell'umanità »).

Mecosan intende collocarsi nella « fase discendente » di tale processo che appare come la fase più debole nell'attuale cultura italiana specie nel campo del governo dei sistemi organizzativi complessi.

Proprio per essere coerente con il rigore scientifico *Mecosan* non ha la presunzione di dare una visione totalizzante della sanità, di interpretare in una prospettiva globale il fenomeno sanità.

Aspirazione, tentazione, contraddizione questa di un periodo storico nel quale sono presenti forti spinte verso l'interdisciplinarietà (resa possibile dagli strumenti metodologici e tecnici messi a disposizione dal progresso e dalla scienza), ma nel quale sono caduti, in alcuni casi sono andati letteralmente a pezzi, i grandi sistemi teorici e ideologici globali e totalizzanti.

La sanità è un sistema di valori, un sistema di persone che dedicano la propria vita per gli altri o che giocano con la vita degli altri per realizzare propri obiettivi, è sistema di interessi, è sistema di conoscenze tradotte in strumenti (farmaci, attrezzature, apparecchiature), è sistema di sensazioni, percezioni, emozioni. Ma la sanità è anche sistema di risultati ottenuti con certe risorse.

Quest'ultimo è, deve essere, il focus di Mecosan che non a caso:

— *ha come prima qualificazione il concetto di management che evoca l'insieme delle conoscenze utili a governare la complessità, i sistemi complessi;*

— *si collega al modello teorico-concettuale dell'economia, disciplina che si occupa della scarsità, ossia che aiuta a compiere scelte tra possibili impieghi alternativi di risorse limitate rispetto alle esigenze e che contribuisce a ricercare e a indirizzare soluzioni tecniche e organizzative idonee a ottenere il massimo di risultati a parità di risorse o a minimizzare le risorse a parità di risultato (aspetto questo non di rado trascurato da chi intende l'economia solo come la scienza delle scelte attuate con criteri di convenienza economica, in presenza di condizioni date e non modificabili);*

— *si qualifica per l'ambito di applicazione, la sanità, nel senso che intende sviluppare e diffondere non generiche conoscenze di management e di economia, ma conoscenze già « fertilizzate » dal riferimento ad una fenomenologia specifica.*

La Rivista recepisce le esigenze di una prospettiva scientifica integrata nel senso che si apre all'interdisciplinarietà, ma partendo da un radicamento forte, ben identificabile e perciò, si spera, stimolatore di un reale confronto nella cultura economico-aziendale.

Ha piena consapevolezza dei propri limiti interpretativi ed esplicativi di una realtà, quella dei rapporti persona-persona con oggetto la salute che è confine tra vita e morte e ambito della sofferenza, misteriosa e insondabile come è misteriosa e insondabile (e insieme meravigliosa), la vicenda umana.

La costruzione di una più forte cultura di management è il piccolo, ma si spera significativo, contributo che Mecosan intende dare al cambiamento di cui sembra avere tanto bisogno il sistema sanitario italiano, contributo che si intende concretizzare con le diverse sezioni della Rivista.

La prima di « Saggi e ricerche » che si caratterizzano per lo sforzo della sistemazione teorica di certi aspetti del funzionamento della sanità.

La seconda di « Documenti e commenti », che si propone di leggere le regole formali adottate, o a volte semplicemente ipotizzate e proposte sul sistema sanitario alla luce delle possibili e prevedibili conseguenze sul funzionamento delle aziende chiamate a produrre ed erogare servizi, o meglio, risposte a problemi di salute.

La terza dedicata alle « Esperienze innovative », che si propone di dimostrare come non è vero (e volutamen-

te si usa l'indicativo e non il congiuntivo), che « il sistema è allo sfascio ed è tutto da cambiare ».

Le esperienze vogliono dare ai lettori questo messaggio: spesso le cose che si cercano, i sistemi di efficace, efficiente ed economica gestione di cui si invoca l'introduzione, già esistono e sono applicati in qualche parte della sanità italiana (pubblica e privata). Si tratta di conoscerli, studiarli, diffonderli adattandoli alle specifiche realtà.

La quarta sezione « Notizie dal mondo » si propone da un lato di stimolare l'uscita dal proprio campicello e dall'altro di dimostrare come a volte sia fallace l'idea che l'erba del vicino sia sempre più verde.

La sezione, oltre a diffondere una migliore conoscenza di altri sistemi sanitari, si propone come aiuto per distinguere i « problemi comuni ad altri Paesi » (che sono di natura strutturale) da quelli specifici del nostro Paese (che dipendono dalle scelte tecniche, politiche, sociali ed economiche che esso ha fatto, ma che può anche rettificare).

La sezione « Biblioteca » nasce dal principio secondo cui la scienza è data da un processo di accumulo di conoscenze.

Perciò nessuno, né a livello tecnico né tanto meno a livello economico e di sistemi di management, può permettersi il lusso di essere naif, di essere creativo in modo disinformato, nessuno deve pensare a soluzioni dei problemi che non siano collegati ad una conoscenza perlomeno soddisfacente degli studi, ricerche, della letteratura già esistente sul tema.

Infine la sezione « Sanità e impresa » si propone di realizzare un ponte tra due mondi che spesso sono separati, reciprocamente indifferenti o addirittura contrapposti con riguardo alle logiche di funzionamento e alle rispettive finalità, anche se profondamente interdipendenti per i rapporti economici (si pensi al volume delle forniture di beni e servizi, di tecnologia, di mezzi creditizi nel caso del sistema finanziario, alla sanità). Sezione nella quale l'interscambio di cultura, il contemporaneo e la convergenza dei reciproci interessi verso un « comune progetto » di ordine superiore, la funzionalità del sistema di tutela della salute costituiscono i principi di base.

Come per tutti i progetti e le innovazioni anche per Mecosan si può dire che la strada è tracciata, ora tocca a noi, agli organi della rivista ma anche ai lettori con i loro commenti, i loro suggerimenti, i loro stimoli e i loro contributi per le varie sezioni, percorrerla. È quanto ci auguriamo e auguriamo a tutti.

Saggi e ricerche

Sezione 1^a

VERSO IL GOVERNO REGIONALE DELLA SANITÀ: I RISCHI DI UNA POLITICA SANITARIA SENZA UNA STRATEGIA ORGANIZZATIVA

di Elio Borghonovi

SOMMARIO: Fattori che rendono centrale il ruolo delle Regioni - Le linee del decentramento regionale - La contraddizione tra modello e realtà: annuncio di un altro fallimento - Obiettivo del riequilibrio della finanza pubblica e la trappola del tempo - Le difficoltà create dallo spostamento del potere decisionale - Indirizzi per l'azione.

Fattori che rendono centrale il ruolo delle Regioni

Molteplici sono i fattori che sembrano determinare spinte strutturali verso una rivalutazione ed una maggiore considerazione del ruolo delle Regioni nel governo della sanità.

La convinzione che la dimensione regionale sia più adeguata di quella nazionale per gestire la complessità delle relazioni tra bisogno (domanda) e risorse (offerta) che caratterizzano i moderni sistemi sanitari.

L'impossibilità di realizzare una programmazione nazionale nel nostro paese, ma anche la difficoltà e in molti casi i fallimenti della programmazione nazionale rilevati in altri paesi nei quali essa ha potuto contare su una base tecnica e di supporto politico più forte, hanno allontanato l'idea di poter realizzare uno sviluppo equilibrato dell'offerta guidato da un'analisi e da coerenti decisioni sull'evoluzione dei bisogni. Si è così affermata la convinzione che data la complessità e la drammaticità dei bisogni e delle modalità per dare ad essi risposta, solo la dimensione regionale consenta di perseguire un equilibrio tra *tempestività* delle ri-

sposte e *razionale* uso delle risorse (esempio evitare l'eccessiva proliferazione di strutture determinata dal perverso meccanismo della « offerta che crea la domanda »).

Un secondo fattore è collegato al riconoscimento della diversità dei bisogni di salute. Infatti con la progressiva sostituzione del concetto di « tutela della salute » a quello di « lotta alla malattia » appare sempre più evidente la netta separazione e la crescente divaricazione tra interventi ad elevata specializzazione nelle fasi acute per i quali i pazienti sono disposti ad affrontare i disagi della mobilità anche a lunghe distanze, e la messa a disposizione di servizi e di prestazioni (individuali e di comunità) fortemente influenzati da elementi culturali e sociali, da abitudini di vita che possono essere individuate e tenute in debita considerazione solo con una politica regionale (ad esempio servizi territoriali di assistenza per le patologie croniche, ecc.).

La Regione, quindi, come ambito territoriale che consente una equilibrata soluzione al problema della ricerca di soddisfacenti « economie di dimensione e specializzazione » (eli-

minare strutture troppo piccole, inadeguate sul piano della qualità e della sicurezza dell'assistenza ancora prima che su quello dei costi), al problema dell'accessibilità ai servizi, al problema dell'adattamento alle specificità locali. La Regione come ambito territoriale che consenta un equilibrio tra standardizzazione tecnico-operativa e ottimizzazione economica da un lato e riconoscimento delle diversità e specificità delle comunità locali dall'altro.

Un terzo fattore è riconducibile alla necessità di recuperare una maggiore governabilità della spesa. Nei sistemi sanitari pubblici con « impostazione fiscale » (contributi sanitari non più considerati come contributi specifici, ma come contributi generici o come componente del carico fiscale) e con elevata autonomia decisionale sulla spesa, come è il caso del sistema italiano, la logica perversa del « terzo pagante » è portata all'estremo.

Ognuno dei « centri decisionali di spesa » (Unità sanitarie locali e Regioni) cerca di massimizzare i propri vantaggi particolari, in termini di quantità e qualità dei servizi o più semplicemente in termini di erogazione.

zione di flussi di spesa sanitaria o di posti di lavoro, scaricando sullo Stato (cioè su una comunità più ampia) l'onere del finanziamento. Ciò avviene attraverso meccanismi vari che vanno dalla creazione del « disavanzo sommerso », che lo Stato è chiamato a coprire a seguito di processi di influenza politico-sociale, alla manovra dei criteri di riparto tra le Regioni, alla mobilità sanitaria tra le diverse aree del paese consentita (e non potrebbe essere diversamente in un paese civile), dal principio della « salute come diritto ».

Riportare al livello regionale la « responsabilizzazione » sull'equilibrio economico-finanziario del sistema, da realizzare tramite azioni di contenimento della spesa o di imposizione di contributi sanitari, rappresenta un tentativo per riportare sotto controllo la spesa senza venir meno ai principi di solidarismo generalizzato tradotto in « diritto alla salute », di socializzazione dei « rischi individuali », di sviluppo della medicina di comunità (e non solo di quella individuale) che stanno alla base dei moderni sistemi sanitari pubblici.

Si ritiene che, potendosi attuare a livello regionale, una migliore e più corretta correlazione tra quantità e qualità dei servizi erogati e oneri per il loro finanziamento, si possa diffondere tra la popolazione e gli operatori una cultura idonea ad evidenziare che:

1) se sul piano etico la « salute non ha un prezzo », sul piano economico « la tutela della salute ha però un costo » (le risorse che impiega);

2) la selezione dei bisogni è un processo necessario ogni volta che si ha scarsità di risorse: l'unica scelta è quella tra selezione ex ante con criteri più o meno razionali (programmazione) e selezione de facto dovuta alla impossibilità di erogare i servizi;

3) se si vuole ridurre l'effetto di selezione è necessario aumentare il livello di efficienza nella gestione delle strutture d'offerta.

Le linee del decentramento regionale

La politica del decentramento regionale si sta attuando in Italia lungo le seguenti linee, alcune delle quali già approvate con leggi dello Stato, altre solo enunciate o prospettate in proposte di modificazione della 833/78.

Innanzitutto rafforzamento della linea « gerarchica » sulla gestione delle U.s.l. conseguente alla diretta nomina degli amministratori straordinari da parte della Giunta regionale. La riduzione dei poteri dei comitati dei garanti nominati dai Comuni (alle sole funzioni di indirizzo e di controllo), il riconoscimento dei pieni poteri di gestione agli amministratori e la loro nomina tramite un processo in cui è preminente il ruolo della Regione (costituzione degli elenchi regionali e nomina con decreto del presidente della giunta) hanno determinato, a prescindere da qualsiasi interpretazione giuridica sulla natura e sul ruolo di tale organo, un rafforzamento della base di legittimazione « verticale » tra momento di elaborazione delle politiche sanitarie (Regione) e momento della gestione (U.s.l.).

Viene così anticipato il modello delle « aziende regionali » da governare tramite la funzione di programmazione (di medio-lungo periodo e di breve periodo) e da coordinare e organizzare nei loro comportamenti amministrativi (nei limiti in cui ciò sia coerente e compatibile con il riconoscimento delle differenze strutturali) tramite specifici e puntuali indirizzi e criteri di gestione e di valutazione dei risultati della stessa.

In secondo luogo è stata rafforzata la linea del « diretto governo »

della variabile finanziaria. Il passaggio da Fondo sanitario nazionale a Fondo interregionale assume il significato di passaggio da un modello in cui è lo Stato a garantire il diritto alla salute dei propri cittadini ad un modello in cui lo Stato intende garantire solo « certi livelli assistenziali », quelli correlati al volume di risorse messe a disposizione delle Regioni, mentre spetta a queste ultime determinare i livelli quali-quantitativi effettivi di assistenza in relazione ai livelli di efficienza e di razionale uso delle risorse che riescono a realizzare e/o ai livelli di contributi che decidono di porre a carico dei propri cittadini o di mezzi finanziari che sottraggono ad impieghi alternativi in altri settori (quota del fondo regionale indistinto).

L'uso con maggiore discrezionalità della « leva di governo » forte, quella finanziaria, rappresenta per le Regioni una opportunità per esercitare una influenza significativa sui comportamenti delle U.s.l. (e degli ospedali autonomi) ma allo stesso tempo diventa un obbligo, alla copertura degli eventuali disavanzi, cui non è agevole rispondere nella attuale situazione di grave crisi della finanza pubblica in generale e della finanza regionale in particolare.

Una terza linea è rappresentata dalla eliminazione dei controlli amministrativi previsti sugli atti della U.s.l. da parte dei Comitati regionali di controllo cui è stato sostituito l'obbligo di invio di alcuni atti « fondamentali » e « qualificanti » alla Regione, precisamente all'assessorato alla sanità, per dare attuazione alla logica di controllo nella forma di « verifica » della coerenza e corrispondenza alla programmazione e agli indirizzi regionali ampiamente teorizzata nella prima fase di vita delle Regioni, « ente di programmazione e non di amministrazione », ma mai tradotta in reali meccanismi operativi a causa del persistere dei

tradizionali comportamenti burocratici.

Una quarta linea consiste nella creazione di una pressione sulle Regioni affinché introducano e sperimentino criteri di riparto del fondo regionale « incentivanti » e « premianti » per le strutture di offerta capaci di raggiungere più elevati livelli di efficacia ed efficienza della gestione. Criteri idonei a stimolare l'adozione di innovativi sistemi di gestione nelle U.s.l., negli ospedali e in tutti i servizi.

Alla Regione è stato affidato il ruolo e la responsabilità di dare attuazione, tramite adeguate sperimentazioni, al processo di aziendalizzazione della sanità, invocato dalla società, enunciato nelle leggi (approvate e in discussione), proclamato in tante occasioni pubbliche di dibattito e di confronto da molto autorevoli responsabili della sanità.

Da ultimo si segnala l'iniziativa legislativa per l'abolizione del Ministero della sanità che rappresenterebbe il suggello alle tendenze alla regionalizzazione delle responsabilità di governo della sanità pur all'interno di un quadro normativo per il momento ancora unitario.

La contraddizione tra modello e realtà: annuncio di un altro fallimento

Mentre il modello di architettura di un nuovo sistema sanitario fondato sulla centralità del governo della Regione va completandosi, la semplice analisi delle condizioni reali induce a preannunciare un altro fallimento e ulteriori difficoltà.

Previsioni che non danno alcun particolare merito a chi le formula in quanto sono la pura e semplice applicazione di alcuni principi basilari dell'economia aziendale e di alcuni elementi di logica elementare che qui si richiamano.

Primo. Nessuna politica, istituzionale o funzionale che sia, può realizzarsi senza il supporto di una specifica e rinnovata strategia di attuazione. Non si recupera la governabilità del sistema con le intenzioni, i modelli, gli obblighi di legge e nemmeno con la « ferrea volontà politica » o con « l'informato consenso della popolazione », ma realizzando condizioni organizzative per la governabilità di un sistema di relazioni economiche e sociali assai complesso, come è quello sanitario.

Nel concreto invece cosa accade?

Mentre aumentano i poteri formali e le responsabilità delle Regioni, si indeboliscono, o restano deboli e inadeguate, le strutture organizzative degli assessorati regionali alla sanità. Evidenze empiriche di tale indebolimento sono date da fenomeni quali:

— attribuzione alle Regioni di nuove funzioni senza adeguamento, sul piano quantitativo e/o delle professionalità presenti, del personale e senza adeguamento delle altre condizioni operative (banalmente la logistica delle stanze dove tenere la documentazione inviata dalle U.s.l. o dove « mettere le persone » addette alle nuove funzioni);

— in molte Regioni cronica scopertaertura degli organici che, evidentemente determina conseguenze ancor più negative con l'aumento dei carichi di lavoro;

— in altre Regioni elevata presenza di personale « part-time » comandato dalla U.s.l., dagli ospedali e da altri enti che forse era in grado di gestire in modo coerente una attività corrente di carattere « amministrativo » o « esecutivo » di politiche e indirizzi centrali, ma che rischia di essere letteralmente « schiacciato » dalla necessità di raccogliere ed elaborare dati, di svolgere analisi e di predisporre documenti a supporto di politiche regionali di breve e di lungo periodo;

— in altre Regioni ancora passag-

gio di molti dirigenti alla funzione di amministratore straordinario delle U.s.l.; data la finalità dell'operazione e dato il meccanismo di selezione si deve presumere che si tratti di dirigenti « di valore » (senza voler fare confronti con quelli rimasti in Regione), sicuramente di dirigenti che avevano una lunga esperienza e consolidato status che hanno lasciato importanti settori degli assessorati ai « numeri due », e a volte ai « numero tre o quattro » con la verticale caduta della capacità di portare avanti le cose e di interloquire con le U.s.l. da un lato, e con lo Stato dall'altro;

— accentuazione dei processi di influenza informale tra Regione e U.s.l. (in un periodo che invece richiederebbe chiarezza e distinzione di ruoli) in ragione del fatto che personale della U.s.l. comandato part-time in Regione dovrebbe agire per certi problemi come controparte del proprio ente e che su altri problemi gli amministratori delle U.s.l. possono trovare come « controparti » persone che essi dirigevano fino a qualche mese prima e che potrebbero tornare a dirigere tra qualche mese;

— la strutturale debolezza del sistema informativo « per il controllo », penalizzato anche nelle Regioni più efficienti rispetto al sistema informativo « per l'amministrazione » o, nei casi migliori, « per la programmazione di lungo periodo »: se ne sono già accorti assessori regionali alla sanità, assessori al bilancio, presidenti di giunte e giunte stesse che si sono trovati a discutere in sede di conferenza Stato-Regioni o a discutere di « politiche di contenimento della spesa » senza dati, o con dati che variavano « sostanzialmente » di giorno in giorno, o con dati che erano espressivi solo di effetti auspicati, sperati o solo « vagheggiati » da grandi esperti di « quadrature contabili » o costruite

dagli elaboratori (quando non da calcoli approssimativi) ma completamente avulse da realtà dei fatti.

La lista delle condizioni di debolezza degli assessorati regionali alla sanità potrebbe continuare, e ogni lettore conoscitore della realtà può farlo personalmente, ma la valutazione di sintesi appare chiara:

— la centralità del ruolo della Regione richiederebbe ad essa di caratterizzarsi come « controparte forte » nei confronti della U.s.l., più autonome e poste dalla situazione di scarsità di risorse in concorrenza tra di loro, e dello Stato, che intende scaricare da subito la scomoda e impopolare responsabilità del riequilibrio del sistema;

— si è invece realizzato un rafforzamento delle U.s.l. (sul piano della rapidità decisionale degli amministratori, delle nuove professionalità degli stessi, e dei nuovi sistemi di gestione, delle informazioni detenute) e dello Stato (che si fa forte degli obblighi di contenimento della spesa pubblica sottoscritti a Maastricht e dell'immagine di inefficienza e di sprechi delle U.s.l. consolidata nell'opinione pubblica per tenere basso il Fondo interregionale);

— per cui le Regioni si trovano tra l'incudine (dello « zoccolo duro » dei bisogni di salute che non è facile comprimere nel breve periodo e che anzi creano spinte all'aumento della spesa dove i servizi diventano efficienti e perciò utilizzati) e il martello (del finanziamento insufficiente).

La debolezza organizzativa delle Regioni, inserita in un periodo di estrema incertezza istituzionale (si vedano i risultati delle elezioni e la profonda crisi dell'attuale sistema istituzionale) ed economica (le pessimistiche previsioni sulla capacità del nostro paese di rispettare le condizioni per l'unione monetaria europea) costituisce il miglior humus per l'affermarsi di un clima da « assalto al-

la diligenza » che si presenta con i seguenti connotati:

— il bottino (le quote assegnate alle Regioni) appare chiaramente insufficiente a soddisfare le esigenze, o perlomeno le attese, di chi va alla carica;

— chi dovrebbe difendere la diligenza, sapendo di non avere armi adeguate per una reale difesa e, diciamo pure, fingendo qualche volta di non avere armi adeguate o non rendendosi nemmeno conto di averle, sembra più preoccupato di ripararsi che non di combattere (tale è la logica di chi si preoccupa di adottare « atti formalmente ineccepibili » anche se dilatori rispetto ai problemi);

— tra l'altro esistono radicali differenze di vedute sulla migliore strategia di difesa tra chi, volente o nolente, si trova oggi sulla diligenza della sanità regionale.

Obiettivo del riequilibrio della finanza pubblica e la trappola del tempo

Un ulteriore fattore di indebolimento delle Regioni è dato dalla priorità assunta nel nostro paese dalla questione del riequilibrio della finanza pubblica non più dilazionabile nella prospettiva dell'integrazione europea.

Ciò produce una specie di paradosso per cui all'accrescersi delle pressioni per la ricerca di una reale soluzione al problema (interne ed esterne al paese, di forze politiche, sociali ed economiche) sembra diminuire la capacità di farvi fronte. Per il settore della sanità, il paradosso ha una spiegazione che può essere così sintetizzata:

— l'obiettivo del risanamento economico rafforza (in sede di dibattito nell'opinione pubblica e in sede legislativa) il potere di chi sostiene il rigore finanziario;

— tali tesi, unite alla convinzione che nel sistema sanitario siano presenti larghe sacche di inefficienza e di spreco, determinano politiche di contenimento della spesa sanitaria da parte dello Stato con la legge finanziaria;

— come sempre accade in « periodi di emergenza » si determinano atteggiamenti di « eccesso di rigore » per cui l'ammontare del fondo viene stabilito a livelli che, se non si vogliono giudicare sottostimati, sono sicuramente incompatibili con la « reale possibilità » di cambiare i meccanismi e i comportamenti che generano la spesa sanitaria: così va giudicato un livello di finanziamento inferiore alla spesa effettiva sostenuta per l'anno precedente e inferiore del 12-15% alle stime di « fabbisogno » (situazione prevista per il 1992);

— sulla base di tale fondo sono definite le assegnazioni alle Regioni sottoposte al vincolo di raggiungere « comunque » l'equilibrio tramite il recupero di efficienza, o la riduzione dei livelli assistenziali, o l'impiego di mezzi finanziari propri.

Ma solo per chi è esterno al sistema sanitario, per chi non conosce i meccanismi e la vischiosità dei comportamenti professionali, politici, sociali ed economici che lo caratterizzano, per chi assume (a ragione o a torto) logiche « punitive » nei confronti della sanità può essere accettabile una politica secondo cui i vincoli di « ordine superiore » (di equilibrio economico generale) vanno comunque rispettati a scapito delle esigenze settoriali.

Per chi conosce la sanità e i fattori strutturali che ne regolano le dinamiche appare evidente la « trappola » nella quale sono poste le Regioni attualmente, trappola che si collega alla « responsabilizzazione per realizzare in tempi brevi obiettivi che sono raggiungibili solo in tempi medio-lunghi con una gradualità programmata ».

Infatti in un settore con elevati « costi fissi » non sono ottenibili riduzioni della spesa dell'ordine imposto dalla legge finanziaria nel corso di un anno.

E solo in astratto, o accettando l'ipotesi di radicali cambiamenti sociali, sono ipotizzabili drastiche riduzioni in tempi brevi dei livelli assistenziali consolidati e magari tutelati da leggi dello Stato o delle Regioni tuttora vigenti.

E, ancora, il ricorso alla copertura da parte delle Regioni dell'eventuale disavanzo della sanità con « mezzi propri » appare solo teorica e formale perché vorrebbe dire per molte di esse utilizzare la metà e oltre del proprio bilancio sottraendo le risorse agli altri settori di intervento regionale (trasporti, servizi sociali, agricoltura, artigianato, istruzione professionale, ecc.).

Le Regioni in questi ultimi mesi hanno dovuto dedicare molte risorse (di tempo, di persone, di professionalità, di incontri in sede tecnica o politica con lo Stato, tra di loro, con gli amministratori straordinari delle U.s.l.) per cercare di uscire dalla « trappola » degli obblighi di legge incompatibili con la realtà di un sistema che ha una sua storia e suoi comportamenti non modificabili con salti di discontinuità, nel breve periodo e per decreto.

Ma le risorse dedicate a cercare di risolvere « problemi impossibili » sono state sottratte alla ricerca e alla introduzione di strumenti idonei a guidare il cambiamento (la razionalizzazione delle responsabilità) e a recuperare una maggiore governabilità del sistema.

Le difficoltà create dallo spostamento del potere decisionale

La trappola derivante dall'esigenza di riequilibrio della finanza pubblica condiziona l'azione delle Re-

gioni in quanto esse sono chiamate a intervenire partendo da una situazione di squilibrio tra spesa sanitaria e finanziamento assegnato di cui non sono state chiarite le responsabilità.

Mentre lo squilibrio strutturale del passato è derivato da scelte dello Stato, delle Regioni e degli enti locali (tramite i Comitati di gestione delle U.s.l. che li rappresentavano), ora si sposta decisamente sulle Regioni la responsabilità del recupero dell'equilibrio senza azzerrare la situazione pregressa, il che vorrebbe dire:

— tempestiva copertura, anche in termini di cassa, dei disavanzi degli anni precedenti;

— considerare come base di partenza la spesa storica modificata per il 1992 sulla base di stime realistiche degli effetti dei provvedimenti legislativi adottati (sono realistici gli effetti sulle spese variabili mentre sono irrealistiche le attese di riduzione dei costi fissi) e degli interventi di riequilibrio tra le Regioni (non sono realistiche stime che correlano le assegnazioni a modificazione dei livelli assistenziali che non possono realizzarsi nel corso di un solo anno).

Senza toccare aspetti delle relazioni politico-istituzionali, appare evidente sul piano tecnico che quando a un soggetto istituzionale (la Regione direttamente e indirettamente tramite gli amministratori straordinari che essa ha nominato) viene imposta la responsabilità di sanare una situazione di squilibrio alla quale hanno contribuito anche altri soggetti (lo Stato, gli enti locali), tale soggetto è posto in situazione di strutturale difficoltà.

Difficoltà che si manifestano anche nel sostanziale spostamento del potere decisionale reale tra i diversi organi nell'ambito della Regione. Infatti la responsabilità sancita dalla legge di coprire con mezzi propri l'eventuale disavanzo della sanità ha determinato in molte Regioni una in-

versione tra obiettivi e strumenti della politica sanitaria.

Il riequilibrio tra spesa sanitaria e finanziamento disponibile non viene più considerato come obiettivo da raggiungere in tempi rapidi, ma nei tempi necessari per il manifestarsi degli effetti di politiche di risanamento.

L'equilibrio viene considerato un vincolo rigido, immediato, quindi uno strumento della politica sanitaria.

Le conseguenze operative di tale inversione sono:

— assegnazione alle U.s.l. di finanziamenti sulla base del fondo riconosciuto alle Regioni, assegnazione che risultando in varie Regioni inferiori alla spesa del 1991 in termini monetari, appaiono non credibili e quindi non responsabilizzanti;

— crescente peso degli assessori al bilancio e dei presidenti della giunta (a seconda delle Regioni) nelle decisioni di politica sanitaria, che ripropone lo spostamento verificatosi negli anni recenti del potere decisionale reale dal Ministero della sanità al Ministero del tesoro;

— predominio della logica di contenimento della spesa rispetto a quella di controllo-guida della spesa che implica valutazioni sui livelli di spesa in rapporto ai livelli di servizi (logica connotativa della funzione degli assessori al bilancio);

— progressivo svuotamento delle politiche sanitarie che si riducono sempre più a « politiche della spesa sanitaria » che, di fronte a possibili (anche se non sicuri) effetti positivi di breve periodo, intaccano le prospettive di medio-lungo periodo del sistema sanitario.

Nel caso della sanità non è in discussione il principio secondo cui sarebbe inutile discutere di prospettive di medio-lungo periodo se non si creano le condizioni di sopravvivenza, tramite il riequilibrio di breve periodo; ma entrano in gioco anche altri principi:

— non si governa un sistema, non si razionalizza la gestione tramite il controllo-contenimento della spesa, ma si governa strategicamente ed operativamente la gestione per controllare la spesa (principio cardine dell'aziendalismo);

— quando si aumentano le responsabilità di qualcuno (persona fisica o organo istituzionale come nel caso degli assessorati regionali alla sanità) occorre rafforzare la sua capacità e l'autonomia decisionale per farvi fronte: in caso contrario si trova un capro espiatorio sul piano tecnico e politico, ma non si risolve il problema.

Indirizzi per l'azione

Il decentramento regionale del governo della sanità risponde ed è coerente con le tendenze strutturali presenti nella società moderna.

Decentramento e autonomia significano non solo completezza di poteri decisionali (legislativi e amministrativi) per adattare quantità e qualità dell'offerta dei servizi alle caratteristiche peculiari dei bisogni di salute di ogni area regionale, ma anche responsabilizzazione con riguardo all'equilibrio finanziario.

Ciò impone alle Regioni, e particolarmente agli assessorati regionali alla sanità (nelle sue componenti politica e tecnico), agli amministratori straordinari delle Unità sanitarie locali, a tutti coloro che operano nelle Unità sanitarie locali a vari livelli di responsabilità, una modifica della cultura nel senso di attribuire una maggiore attenzione rispetto al passato ai criteri di efficienza ed economicità di gestione e di responsabilizzazione sull'equilibrio economico-finanziario oltre che sui livelli assistenziali e sulle qualità di risposta ai bisogni di salute.

Occorre però che nei confronti del-

la Regione, e in particolare degli assessorati alla sanità, sia applicato il principio della « responsabilità attiva » (ossia essere in grado di svolgere correttamente il proprio ruolo e le proprie funzioni) e non quello di « responsabilità passiva » (essere ritenuto responsabile del mancato equilibrio indipendentemente dalle cause che lo determinano).

Secondo le teorie aziendali la responsabilità attiva può essere esercitata correttamente solo quando:

— gli assessorati alla sanità sono posti in grado di adottare le scelte strategiche ed operative riguardanti gli indirizzi e il controllo delle aziende (U.s.l. e ospedali autonomi) che costituiscono il sistema regionale di offerta;

— le U.s.l. e gli ospedali autonomi (tramite i propri organi) sono dotati di autonomia nel prendere le decisioni strategiche e operative riguardanti il proprio equilibrio in termini economico-finanziari e di equilibrio quali-quantitativo tra domanda e offerta di servizi;

— gli assessorati regionali alla sanità non siano più concepiti come semplici centri di riparto delle assegnazioni statali o centri di applicazione di vincoli burocratici o contabili (come nel caso dei tetti di spesa), ma diventino sempre più centri di elaborazione di regole e criteri di riparto delle risorse e di criteri per l'analisi e la valutazione della gestione delle U.s.l. e ospedali premianti per chi raggiunge più elevati livelli di efficacia, efficienza ed economicità;

— le Giunte regionali (collegialmente e nei loro componenti) si preoccupino non di imporre agli assessorati alla sanità il rispetto dell'equilibrio contabile, ma di rafforzare la struttura degli assessorati alla sanità (in termini di personale, di professionalità, di strumentazione, ad esempio informatica) in mo-

do da consentire ad essi di elaborare ed adottare politiche sanitarie efficaci e da farne « controparte forte » nel confronto con le U.s.l..

Sempre le teorie aziendali applicate ai sistemi complessi dicono che l'equilibrio economico-finanziario non è il risultato di una mera volontà (nemmeno della più ferrea e rigorosa volontà politica) né può essere « ottenuta per legge »: è il risultato di una « tensione professionale » verso l'equilibrio, di politiche fatte da molteplici decisioni di breve e di lungo periodo « coerenti tra loro », di rispetto dei tempi necessari affinché le decisioni dispieghino i loro effetti.

Sono principi di teoria (e di concretezza) che non possono essere sovvertiti nemmeno dalla nuova « ragione di Stato » costituita dalla emergenza della finanza pubblica: pena del loro mancato rispetto è un ulteriore fattore di ingovernabilità.

Se il perno del sistema è debole, tutto il sistema è debole e alla fine crolla.

Chi scrive è convinto, non da ora, che l'errore strategico (e istituzionale) fondamentale degli ultimi anni sia stato per la sanità quello di pensare alla regionalizzazione del S.s.n. abbandonando però le Regioni a se stesse.

Negli ultimi anni, oltre alla riforma delle Unità sanitarie locali (legge n. 111 del 1991) sarebbe stato necessario attuare una politica di rafforzamento e, se del caso, rinnovamento degli assessorati regionali alla sanità.

Ciò non è stato fatto e oggi si avvertono altri preoccupanti segnali di sbandamento del sistema, di mancanza di punti di riferimento, di incertezza, di mancanza di indirizzi, di clima del tipo « si salvi chi può » e del tipo « rinvio delle responsabilità ».

Ma anche per questo problema « non è mai troppo tardi » e si può tentare un recupero in extremis. Purché, oltre alla volontà di risanare e al sacro fuoco della moralizzazione della sanità, si unisca anche una

chiara comprensione di ciò che è necessario per i processi di cambiamento: non ordini, modelli, diktat finanziari, ma professionalità, informazioni, analisi, politiche e organizzazioni capaci di gestire le politiche.

E la modestia di tutti nell'accettare l'idea che i problemi della sanità sono complessi, tremendamente complessi, e che non esistono soluzioni semplici per problemi complessi.

IL COSTO DI UN MALATO DI AIDS: IL PUNTO SULLA LETTERATURA

di Nerina Dirindin *
e Guido Calleri **

SOMMARIO: Il costo del trattamento - La metodologia impiegata - Le caratteristiche dei pazienti osservati - Evoluzione dei modelli di intervento - Il rinnovamento dei metodi assistenziali.

I primi casi di Aids sono stati diagnosticati negli Stati Uniti nel 1982 e l'isolamento del virus Hiv (da pazienti con Aids) risale al 1983 [Barre-Sinoussi et al., 1983].

I primi studi sui costi dell'Aids, con riferimento a singole realtà ospedaliere, risalgono alla metà degli anni '80, mentre solo negli ultimi 2-3 anni sono state effettuate le prime analisi comparate a livello internazionale delle risorse destinate al trattamento di tale patologia [Lindgren B. and Silverberg R., 1989; Tolley K. et al., 1991].

Il presente lavoro si propone di fornire, con riguardo ai risultati degli studi più recenti negli U.s.a. e in Europa alcune indicazioni generali circa la dimensioni e le determinanti dei costi del trattamento di un paziente con Aids. In particolare si sofferma sul ruolo giocato dalla modificazione dei modelli diagnostico-terapeutici e dei metodi assistenziali di intervento.

Il costo del trattamento

La tavola n. 1 riporta una sintesi delle principali stime dei costi del trattamento dell'Aids negli U.s.a. e in Europa.

I valori sono il frutto di elaborazioni effettuate (da vari autori) sui risultati dei lavori originali allo scopo di renderli più facilmente confrontabili [Scitovsky and Over, 1988] [Drummond and Davies, 1988] [Borleffs et al., 1990] [Lindgren and Silverberg, 1990].

I costi dei trattamenti relativi ai singoli paesi, opportunamente convertiti e rivalutati, sono espressi in dollari 1990 (1).

Appare evidente la grande variabilità dei risultati relativi al costo del trattamento dell'Aids.

Negli U.s.a. il costo complessivo (dalla diagnosi alla morte) per paziente varia da 35.000 a 187.000 dollari (il valore massimo, relativo ad uno dei primi studi sull'Aids, è peraltro ritenuto ampiamente superato). In Europa i divari sono meno ampi; le stime dei costi per paziente/anno oscillano dai 19.000 ai 52.000 dollari.

L'esame delle metodologie impiegate e delle caratteristiche dei pazienti osservati nei diversi studi consente una prima precisazione dei fattori che influiscono sulla variabilità dei risultati ottenuti.

Secondo Drummond, uno degli economisti più attenti ai costi delle patologie « catastrofiche », il tratta-

mento ospedaliero di un paziente con Aids comporta (agli inizi degli anni '90 e tenuto conto dei modelli di intervento propri degli anni più recenti) una spesa complessiva annua variabile fra i 35 e i 55 mila dollari [Drummond and Davies, 1990]. In lire italiane, il valore è compreso fra i 45 e i 65 milioni di lire per paziente/anno.

La variabilità dei risultati risente di numerosi fattori:

a) la metodologia impiegata per il calcolo dei costi complessivi (metodi di rilevazione, voci di costo considerate, indicatori analizzati, ...);

b) il mix di pazienti indagati (sesso, razza, stadio della malattia, infezioni opportunistiche, ...);

c) le caratteristiche delle comunità considerate (dotazione di strutture socio-sanitarie, possibilità di assistenza a domicilio, ...);

d) l'evoluzione dei modelli di intervento (diagnostico - terapeutico - assistenziale).

* Nerina Dirindin è ricercatrice presso l'Istituto di Economia politica, Facoltà di Economia e commercio, Università di Torino.

** Guido Calleri è aiuto presso l'ospedale « Amedeo di Savoia », Divisione A Malattie infettive di Torino.

La metodologia impiegata

Una prima spiegazione della variabilità dei risultati è da ricercare nella metodologia impiegata dai diversi lavori.

Innanzitutto gli studi differiscono quanto a tipologia e varietà dei costi considerati. Nella maggior parte dei casi la stima riguarda solo i costi ospedalieri (per prestazioni erogate in regime di ricovero) e trascura i costi per servizi ambulatoriali e territoriali. Il lavoro di Cunningham e Griffiths (la cui spesa per paziente/anno è, per l'Europa, la più elevata in assoluto) comprende peral-

tro anche i costi per attività extraospedaliere.

Nell'ambito dei costi ospedalieri inoltre alcuni studi stimano esclusivamente la spesa per le prestazioni erogate in regime di ricovero mentre altri comprendono anche quelle erogate (sempre dall'ospedale) ma al di fuori di un ricovero ospedaliero.

In genere sono considerati solo i costi che comportano un impegno finanziario a carico delle strutture sanitarie (o delle compagnie di assicurazione); qualche lavoro, peraltro, si propone di stimare gli esborsi monetari a carico degli assistiti (e/o della comunità di appartenenza) per pre-

stazioni socio-assistenziali in genere [Tolley et al., 1991].

Gli studi differiscono inoltre quanto a metodo di rilevazione dei dati di base. In genere la principale fonte di informazione è la cartella clinica individuale, per lo più integrata con informazioni, raccolte per i fini più disparati, contenute in appositi registri (visite specialistiche, esami strumentali, prescrizioni di farmaci).

Il lavoro di Cunningham e Griffiths, per contro, parte da un'ipotesi di consumo di servizi sanitari definita in base ad un protocollo terapeutico standard, con riguardo ad un malato « medio » di Aids. In altri studi (è il caso della stima dei costi sociali di Tolley et al) i dati provengono da questionari somministrati direttamente ai pazienti interessati.

Le difficoltà non riguardano peraltro solo l'identificazione e la quantificazione (in termini fisici) delle prestazioni erogate ma altresì la loro valutazione monetaria. Il problema è particolarmente rilevante soprattutto per la stima dei costi generali e alberghieri di una giornata di degenza.

Di norma gli studi fanno riferimento alle poche stime disponibili con riguardo ad ospedali simili [Johnson et al., 1985] [Calleri et al., 1986]. Là dove si dispone di prezzi di mercato (in generale, nella realtà americana) vengono impiegati le tariffe praticate al pubblico (2).

Gli studi differiscono inoltre quanto a tipologia degli indicatori analizzati. La casistica disponibile propone da un lato il costo per paziente/anno e dall'altro il « costo vitale » (life-time cost) relativo all'intero arco di vita (dal momento della diagnosi alla morte). Sul secondo indicatore influisce la diversa sopravvivenza dei pazienti, la quale è estremamente variabile (anche in relazione al diverso momento storico in cui è stata effettuata l'indagine).

Tav. 1 - IL COSTO DELL'AIDS: I RISULTATI DEI PRINCIPALI STUDI (dollari Usa 1990)

Studio	Anno di riferimento	Costo per paziente	
		Life-time	Per anno
U.S.A.			
Hardy et al.	1984 (*)	187.000	
Scitovsky et al.	1984 (*)	35.000	
Andrulis et al.	1985 (*)		27.000
Kizer et al.	1986 (*)	71.000	
Pascal	1986 (*)	113.000	90.000
Hay et al.	1987 (*)		38.000
GRAN BRETAGNA			
Johnson et al.	1985 (+)		37.100
Rees et al.	1988 (+)		36.600
Tolley et al.	1989 (+)		1.700-10.400 (a)
GERMANIA			
AVK Hospital Berlino	1987 (+)		38.400
Univ. Polik Monaco	1987 (+)		32.800
OLANDA			
Bijlsma	1988 (+)	38.700	
Borleffs et al.	1987 (+)		19.500
BELGIO			
Lambert e Carrin	1988 (+)		29.300
SPAGNA			
Gomez	1987 (+)		29.300-32.100
FRANCIA			
Bez	1989 (+)		33.200-43.700
ITALIA			
Calleri et al.	1986		23.000
Visco Comandini et al.	1988		52.000

Fonte: (*) Lindgren B. and Silverberg R., 1989; (+) Tolley K. et al., 1991 e singoli studi.

Note - Valori espressi in dollari Usa 1990 (rivalutati in base all'indice generale dei prezzi al consumo e convertiti in base al tasso di cambio del 1990). I valori sono arrotondati. Per i risultati tratti da Tolley K. et al. (1991) sono riportate le stime in dollari Usa 1990 effettuate dagli stessi autori.

(a) Comprende i soli costi sociali.

Le caratteristiche dei pazienti osservati

Un secondo ordine di fattori (espliciti della variabilità dei risultati) attiene alle caratteristiche dei pazienti osservati e, in particolare, allo stadio di gravità della malattia.

Differenze metodologiche si riscontrano nei criteri adottati per la selezione dei pazienti e per la definizione della diagnosi. Mentre, di norma, è adottata la vecchia classificazione CDC, Centers for Disease Control (per i diversi stadi dell'infezione: fase asintomatica, sindrome linfoadenopatica, complesso Aids-correlato, Aids conclamata), alcuni lavori usano una classificazione basata sul conteggio delle cellule CD4 ed altri una più recente definizione (CDC1 = infezione acuta Hiv; CDC2 = infezione asintomatica Hiv; CDC3 = linfoadenopatia persistente generalizzata; CDC4 = Aids e sindromi correlate) [Borleffs et al., 1990].

In genere gli studi riguardano i pazienti con diagnosi di Aids conclamata. In taluni casi, peraltro, sono compresi anche pazienti sieropositivi asintomatici [Tolley et al., 1991].

Tutti gli studi osservano una stretta relazione fra costo giornaliero del trattamento e livello di progressione della malattia. In generale si presume [Drummond and Davies, 1988] che i costi abbiano un andamento, dal momento della diagnosi di Aids alla morte, ad « U », con spese relativamente elevate nella fase iniziale e in quella terminale della malattia e più contenute nel periodo centrale. L'evidenza empirica è peraltro ancora piuttosto carente. Gli studi sembrano concordare esclusivamente sulla tendenza dei costi ad essere particolarmente rilevanti nella fase terminale della patologia. I confronti fra i diversi risultati devono quindi tener conto del mix di pazienti analizzati e, in primo luogo, del peso relativo dei malati terminali sul campione esaminato.

Inoltre i pazienti differiscono quanto a numero e tipologia delle infezioni opportunistiche e delle neoplasie presenti, alle quali corrispondono durata media della degenza ospedaliera, costi terapeutici e aspettativa di vita estremamente diversi.

Un terzo ordine di fattori attiene alle caratteristiche socio-economiche della comunità di appartenenza e all'organizzazione dei sistemi sanitari delle realtà indagate.

La disponibilità della comunità (o della famiglia) a prendere in carico un malato di Aids e ad assisterlo nel periodo in cui non è strettamente necessario un ricovero ospedaliero (3), la dotazione di posti letto nei reparti per malattie infettive e di terapia intensiva, la diffusione di servizi di day-hospital e di assistenza domiciliare, sono fattori che incidono in modo rilevante sui costi complessivi dei trattamenti.

A tale proposito le modificazioni nella distribuzione geografica dei pazienti affetti da Aids (negli Usa si osserva una riduzione della concentrazione dei casi nelle grandi metropoli e una parallela diffusione nelle aree periferiche) possono modificare sensibilmente l'evoluzione futura della spesa complessiva (Scitovsky, 1989). I dati disponibili non consentono peraltro di prevedere gli effetti di tali cambiamenti. Mentre infatti da un lato è possibile ipotizzare che nei centri urbani minori i costi dei trattamenti siano superiori a quelli degli ospedali con maggiore (e più lunga) esperienza clinica, dall'altro è probabile che nelle realtà più periferiche sia possibile un maggiore coinvolgimento delle famiglie nell'assistenza dei pazienti (con conseguenti minori costi ospedalieri).

Evoluzione dei modelli di intervento

Trattandosi di una infezione di re-

cente scoperta, pare ovvio assistere ad una rapida e continua evoluzione dei modelli di intervento, principalmente sotto la spinta di due fenomeni apparentemente contrapposti per quanto riguarda il possibile impatto economico:

1) la continua comparsa di nuove acquisizioni in fatto di strategie diagnostiche e terapeutiche (grazie a una ricerca assai attiva in tutto il mondo);

2) la necessità da parte delle autorità sanitarie di adeguare le strutture per far fronte, sotto l'aspetto organizzativo, economico e sociale, a quello che ormai è diventato un problema di sanità pubblica di prima grandezza.

Per quanto riguarda il primo fenomeno le caratteristiche stesse della patologia e la relativa inesperienza della classe medica determinano un notevole incremento della attività diagnostica rispetto al paziente ospedaliero medio, in parte per la necessità di una diagnosi precoce delle infezioni opportunistiche (tecniche sierologiche ripetute e indagini strumentali complesse diventano quasi routinarie), in parte per il ricorso ad accertamenti sempre più precisi che richiedono tecnologie sofisticate (sierologia per antigeni e anticorpi specifici, sottoclassi linfocitarie, TAC, NMR), in parte per la monitoraggio dei trattamenti e della loro tossicità (controlli a scadenze ravvicinate).

La terapia antivirale è in continua evoluzione: l'uso dell'AZT (zidovudina), farmaco di costo assai elevato, è passato ormai da una fase sperimentale all'impiego su ampia scala, come distra anche in Italia il progressivo allargamento delle indicazioni all'uso, e quindi dei protocolli proposti dall'Istituto superiore di sanità dal 1987 ad oggi, pur con una riduzione delle dosi.

La evoluzione dei costi annui di questa terapia è riportata nella tavo-

la n. 2. Secondo stime di fonte industriale il costo si aggira (al 1990) sui 3.000 dollari; il valore si è ampiamente ridotto negli ultimi anni, per effetto della diminuzione sia del prezzo di vendita sia della posologia del farmaco.

Numerosi studi riferiti ai primi anni di impiego del farmaco, indicano infatti una spesa media per paziente/anno notevolmente superiore, pari a 8-10 mila dollari negli U.s.a. [Helling, 1988] e a oltre 8 milioni di lire in Italia nel 1988 [Visco Comandini, 1991]. Al costo del farmaco sono da aggiungere le spese per gli accertamenti per la monitorizzazione della tossicità. Tuttavia Drummond et al. non hanno dimostrato un aumento significativo nel costo « life-time » di pazienti trattati con AZT rispetto ai non trattati, nonostante una sopravvivenza mediana più che doppia. L'effetto della terapia sul sistema economico in generale sarebbe inoltre controbilanciato dall'aumento di capacità lavorativa dei pazienti in terapia [Pascal, 1987].

Nel frattempo continua l'introduzione nella terapia antivirale di nuove molecole (DDI, in Italia dal 1991, DDC inibitori delle proteasi, CD4-PE40, ecc., non ancora disponibili in Italia) e la valutazione di farmaci ad attività immunomodulante ed antivirale già evidenziata (ormoni timici, interferono alfa, acyclovir, foscarnet).

L'elevato costo di tutti questi farmaci, la loro frequente tossicità e la lunga durata del ciclo di terapia (possibilmente life-time) sono probabilmente destinati ad avere un forte impatto sul costo dell'assistenza ai pazienti.

È necessario segnalare tuttavia che gli studi più recenti sulla fisiopatologia dell'infezione da Hiv portano su strade di ricerca in campo immunologico completamente nuove, per cui è difficile, se non impossibile, prevedere quali saranno le caratteristiche della terapia eziologica dell'Aids nei prossimi anni.

Oltre ai trattamenti antiretrovirali, va sempre più estendendosi l'uso di protocolli di profilassi primaria e/o secondaria nei confronti delle principali infezioni opportunistiche cui questi pazienti sono soggetti, quali polmonite da Pneumocisti Carinii (profilassi con pentamidina per via aerosol), toxoplasmosi cerebrale (pirimetamina, sulfamidici), infezioni micotiche (ketoconazolo, fluconazolo), tubercolosi (isoniazide, associazioni di antitubercolari), citomegalovirosi (ganciclovir); seppure queste strategie sono limitate ai pazienti con infezione da Hiv in fase avanzata, si tratta di trattamenti continui e senza termine.

Questa evoluzione dell'assistenza ha portato inevitabilmente ad un aumento dei costi per unità di tempo, ma ha contribuito anche ad aumentare

la sopravvivenza dei pazienti, e quindi i costi life-time [Scitovsky, 1989].

Il rinnovamento dei metodi assistenziali

L'incremento dei costi, insieme al sovraccarico creatosi presso le strutture specialistiche disponibili, ha reso necessaria una spinta nella direzione di un rinnovamento dei metodi assistenziali.

In primo luogo gli attuali modelli di intervento prevedono il trattamento in reparti specialistici, opportunamente organizzati e con personale preparato specificamente per la cura delle infezioni opportunistiche e dell'Aids, normalmente meno costosi dei reparti di terapia intensiva ma responsabili di un maggior isolamento dei pazienti.

In secondo luogo l'evoluzione dei trattamenti permette un progressivo trasferimento di alcune prestazioni dall'ospedale al day-hospital ed al domicilio del paziente: gli effetti economici di tale evoluzione sono ancora oggetto di dibattito. Rispetto al ricovero ospedaliero, i servizi di day hospital sembrano consentire risparmi in termini di costo solo quando comportano la semplice riconversione di strutture e risorse preesistenti e sotto-utilizzate (Drummond et al.), seppure studi italiani (Visco Comandini) hanno osservato un calo dei costi per paziente in concomitanza con l'introduzione di questi servizi.

Teoricamente la ripartizione dei costi fissi di un reparto su più pazienti, l'abolizione dei costi alberghieri e la suddivisione del personale su un minor numero di turni parrebbe avvantaggiare notevolmente questo tipo di assistenza.

Del tutto insufficienti sono per ora le indicazioni circa l'istituzione di forme di spedalizzazione a domicilio e/o di residenze assistenziali. In generale studi disponibili con riferimento

Tavola 2 - IL COSTO DEL TRATTAMENTO CON AZT

	1987	1988	1989	1990
Prezzo del farmaco				
— numero indice (1987 = 100)	100	80	80	64
Dose giornaliera				
— numero indice (1987 = 100)	100	84	71	58
Costo annuo per paziente				
— dollari	8.230	5.500	4.680	3.080
— numero indice (1987 = 100)	100	67	57	37

Fonte: Gray, 1990.

a patologie terminali diverse dall'Aids sottolineano rilevanti vantaggi in termini di qualità della vita, e costi lievemente inferiori o sostanzialmente uguali a quelli dell'assistenza ospedaliera (Drummond e Davies). Le differenze sembrano essere consistenti non tanto con riguardo all'entità della spesa complessiva quanto ai soggetti che ne sopportano l'onere. I trattamenti tradizionali, prevalentemente in regime di ricovero, sono finanziati a carico dei sistemi di sicurezza sociale, mentre gli interventi extraospedalieri comportano un maggior impegno finanziario ed assistenziale da parte della famiglia e del singolo individuo.

Pur tuttavia i primi studi sui pazienti affetti da Aids sembrerebbero indicare un discreto risparmio con l'uso di sistemi integrati ricovero - day hospital - spedalizzazione a domicilio (Adler).

L'istituzione di comunità per pazienti con infezione da Hiv è fatto diffuso anche in Italia. Queste strutture, a parte l'importante funzione di recupero e reinserimento sociale dei pazienti, ne permettono un controllo continuo, e sono facilmente accessibili ai servizi assistenziali. Al momento sono tuttavia in grande maggioranza a carico di organizzazioni di volontariato, per cui rimane da stabilire quale sarebbe il loro costo se dovessero essere gestite da enti pubblici o da società private con fini di lucro.

(1) I costi dei due studi disponibili per l'Italia sono rivalutati in base all'indice generale dei prezzi al consumo e convertiti in dollari in base al tasso di cambio del 1990.

I costi relativi agli altri paesi europei sono tratti dal saggio di Tolley K. et al. (1991), dove i risultati dei singoli lavori originali sono ricalcolati in dollari 1990.

I valori relativi agli studi statunitensi

sono rivalutati in base all'indice generale dei prezzi al consumo degli U.s.a..

(2) Anche in un sistema sanitario privato (quale quello statunitense) le tariffe applicate dalle strutture ospedaliere (e di norma presentate per il rimborso alle compagnie di assicurazione) possono divergere in modo significativo dagli effettivi costi di produzione delle singole prestazioni. Secondo alcuni autori (Scitovsky and Over) un importante fattore di spiegazione della variabilità dei risultati ottenuti per la realtà americana risiede nella diversa valutazione monetaria dei consumi sanitari (talora effettuata in base ai costi effettivi e talaltra in base alle tariffe).

(3) La modesta entità dei costi stimati da Scitovsky e colleghi a San Francisco è riconducibile, secondo gli stessi autori, alla particolare favorevole realtà socio-assistenziale della città ove i supporti offerti ai malati dalla ben organizzata comunità di omosessuali consentono tassi di spedalizzazione e degenze medie molto contenuti (Scitovsky et al. 1986).

BIBLIOGRAFIA

- M.W. ADLER, *Care for patients with Hiv infection and Aids*. Br. Med. J. 1987; 295: 27-30.
- F. BARRE-SINOUSI, L. MONTAIGNER, C. DAUGUET, et al., *Isolation of a T-Lymphotropic retrovirus from patients at risk of Acquired Immune Deficiency Syndrome (Aids)*. Science 1983, 220: 868-870.
- J. BORLEFFS, J. JAGER, M. POOS, M. DIJKGRAAF, M. RIMKE, H. VREHEN, A. SCHRIJVERS, *Hospital cost for patients with Hiv infection in a University Hospital in the Netherlands*. Health Policy 1990, 16: 43-54.
- G. CALLERI, A. MACOR, S. BELLORO, P. CARAMELLO, N. DIRINDIN, *Costo ospedaliero del malato di Aids*. Epidemiologia e prevenzione 1989, n. 39, 457-51.
- M.F. DRUMMOND, *The Economic Impact of Aids*. Aids Care 1989, vol. 1, n. 2, 216-18.
- M.F. DRUMMOND, L.M. DAVIES, *Treating Aids: The economic issues*. Health Policy 1988, n. 10, 1-19.
- M.F. DRUMMOND, L.M. DAVIES, *Aids: The Challenge for Economic Analysis*. University of Birmingham, Health Services Management Centre, 1990.
- M. DRUMMOND, S. VELLA, M. GIULIANO, M. BACKHOUSE, P. PEZZOTTI, D. JONES, *Cost-effectiveness of long term zidovudine therapy for people with Aids*. VII International Conference on Aids, Florence 1991.
- A.M. GRAY, *Economic aspects of Aids and Hiv infection*. HESG Meeting 1990, nimeo.
- F.J. HELLINGER, *Forecasting the personal medical care costs of Aids for 1988 through 1991*. Public Health Report 1988, 103: 309-323.
- B. LINDGREN, R. SILVERBERG, *Economic burden of Aids*, in M.F. DRUMMOND and L.M. DAVIES (eds), 1990.
- A. MAYNARD (ed), *Economic Aspects of Hiv Management*. International Seminar Series, Colwood House Medical Publications Limited, Berkshire 1991.
- A. PASCAL, *The cost of treating Aids under Medicaid: 1986-1991*. Final report Monica, CA, the Rand Corporation 1987.
- A. SCITOVSKY, *Studying the cost of Hiv-related illnesses: Reflections on the Moving Target*. The Milbank Quarterly 1989, vol. 67, n. 2.
- A. SCITOVSKY, M. CLINE, D. ABRAMS, *Effects of the use of AZT on the medical care costs of persons with Aids in the first 12 months*. Journal of Aids 1990, 3: 904-912.
- A. SCITOVSKY, M. OVER, *Aids: costs of care in the developed and developing world*. Aids 1988, 2 (suppl. 1), 71-81.
- K. TOLLEY, M. GYLDMARK, *The cost of treating Aids and Hiv positive patients - An attempt to standardise the cost model*. Paper presented at summer meeting of HESG, Aberdeen 1991.
- K. TOLLEY, et al., *Hiv-Aids and social care*. Discussion Paper 81, Centre of Health Economics, University of York 1991.
- V. VISCO COMANDINI, *Come misurare l'efficienza ed i costi dei servizi ospedalieri preposti alla cura dei pazienti affetti da Aids*. Giornale italiano dell'Aids 1991, vol. 2, n. 3. 144-49.

ELEMENTI PER LA DEFINIZIONE DEI COSTI SANITARI DELLE BRONCOPNEUMOPATIE CRONICO-OSTRUTTIVE

di Attilio Gugiatti *
e Francesco Bertolini *

SOMMARIO: Aspetti introduttivi - Approccio terapeutico - La prevenzione delle riacutizzazioni infettive - Terapia ed attività professionali - Il trattamento ospedaliero delle BCO e BPCO - Definizione delle variabili di costo sanitario - Considerazioni conclusive.

Aspetti introduttivi

Negli ultimi decenni sotto il profilo epidemiologico si è assistito al graduale e progressivo incremento delle patologie respiratorie. La patologia neoplastica del polmone rappresenta l'aspetto più significativo di questo fenomeno, ma è altrettanto importante il rilievo attribuito alla crescente incidenza delle varie forme delle bronchiti croniche ostruttive (BCO) ed in particolare delle broncopneumopatie cronico-ostruttive (BPCO) (1). Il notevole incremento della morbosità di queste patologie e le caratteristiche di invalidante cronicità ad esse associate portano ad attribuire alle bronchiti croniche ostruttive il ruolo di « malattia sociale », responsabile ogni anno di oltre 22 mila decessi con un numero di casi stimati dalla letteratura attorno ai 1.400-1.500 ogni 100 mila abitanti (2).

Risulta altresì evidente in sede di analisi epidemiologica come si sia di fronte ad un continuo ampliamento dei fattori eziologici collegati a queste patologie, sia di ordine ambientale (inquinamento atmosferico, inquinamento sui luoghi di lavoro) che sociale (fumo di sigarette, stili di vita).

L'indagine di queste patologie respiratorie impone la presa in esame di numerose variabili e grandezze (morbosità delle patologie, degenze ospedaliere ad esse collegate, esami di laboratorio e test funzionali condotti, tipologia e grado di utilizzo di prodotti farmaceutici assai diversificati - farmaci broncodilatatori, beta2-antagonisti, mucolitici, antibiotici, immunomodulatori, corticosteroidi).

La base di partenza di un'indagine con simili finalità è data ovviamente dall'analisi della letteratura disponibile, specie di carattere epidemiologico, mentre si è ritenuto opportuno effettuare una serie di interviste ad alcuni clinici responsabili di unità operative o di reparti ospedalieri e universitari (3). La scelta di verificare gli iter terapeutici e le modalità di approccio complessivo alla BPCO è stata compiuta con la finalità di disporre di un quadro quanto più possibile generale dal punto di vista clinico.

L'approccio clinico alle BCO nelle loro diverse forme (ipersecretiva, asmatiforme e con enfisema-BPCO) si basa sull'analisi di due livelli di variabili: da una parte gli aspetti della

ipersecrezione, del sintomo della tosse, del broncospasmo e delle ricadute infettive come elementi indicatori di un processo di ostruzione bronchiale e, dall'altro la valutazione della perdita di funzionalità respiratoria come variabile « chiave » nelle fasi evolutive della patologia. Tutte le alterazioni nella vita sociale e affettiva dei pazienti risultano infatti essere strettamente legate al grado di riduzione della funzionalità respiratoria. La diagnosi e la terapia farmacologica, nonché il ricorso al trattamento ospedaliero o in day-hospital delle diverse forme evolutive della patologia appaiono del resto primariamente correlati a questa variabile.

I meccanismi evolutivi della patologia bronchiale sono riassunti nello schema alla pagina seguente tratto da [Allegra et al., 1990].

La BPCO, in particolare, si caratterizza per uno stato di flogosi cronica dell'albero respiratorio sul quale si instaurano ripetute riacutizzazioni

* Attilio Gugiatti e Francesco Bertolini sono ricercatori presso il CeRGAS, Centro di ricerca sulla gestione dell'assistenza sanitaria dell'Università Bocconi.

ni infettive accompagnate da marcati livelli di insufficienza della funzionalità respiratoria (4). Occorre sottolineare come ogni evento infettivo respiratorio ricorrente nei bronchitici cronici comporti, oltre ai danni a carico della funzionalità respiratoria causati da alterazioni anatomiche, danni più complessivi a carico dei meccanismi di difesa del polmone. Questo vale specie per le difese immunitarie la cui compromissione è un fattore predisponente per successivi episodi infettivi.

Le unità operative di pneumologia rappresentano un valido osservatorio epidemiologico sul territorio per queste patologie. La progressiva sostituzione delle patologie respiratorie tradizionali (tubercolosi, silicosi) con altre in espansione (neoplasie polmonari, bronchiti croniche, bronchiti croniche ostruttive) è testimoniata dall'incidenza di queste ultime sul totale delle attività dei centri pneumologici (5). Attualmente circa un terzo degli interventi dei centri (visite ambulatoriali, degenze, esami funzionali e di laboratorio) è infatti rappresentato, in maniera omogenea sul territorio nazionale, delle BCO che risultano del resto molto più diffuse in zone a forte rischio silicotigeno.

A questo proposito occorre ricordare come sia considerato evidente l'esistenza di un legame diretto ed oggettivo tra silicosi e BCO sicuramente più forte di quello tra BCO e fumo di tabacco in cui hanno un certo rilievo anche le componenti di tipo soggettivo.

I pazienti che si sottopongono a prove di funzionalità respiratoria presso i centri di osservazione delle unità operative degli ospedali e delle cliniche universitarie arrivano a queste strutture per due principali motivazioni:

— la necessità di una visita specialistica nell'ambito di una diagnosi generica di interessamento infiam-

matorio bronchiale o polmonare su indicazione del medico di base. In questo caso il centro specialistico svolge un ruolo di supporto e di consulenza nei confronti del medico nell'ottica di una complessiva definizione della patologia e della scelta dell'intervento farmacologico opportuno;

— la necessità di affrontare situazioni di grave disagio respiratorio e funzionale già diagnosticate e trattate in altri centri, ambulatoriamente o con degenza ospedaliera, oppure in ambiente domestico che risultano di difficile trattamento sia per il livello della patologia sia soprattutto per l'anzianità del paziente.

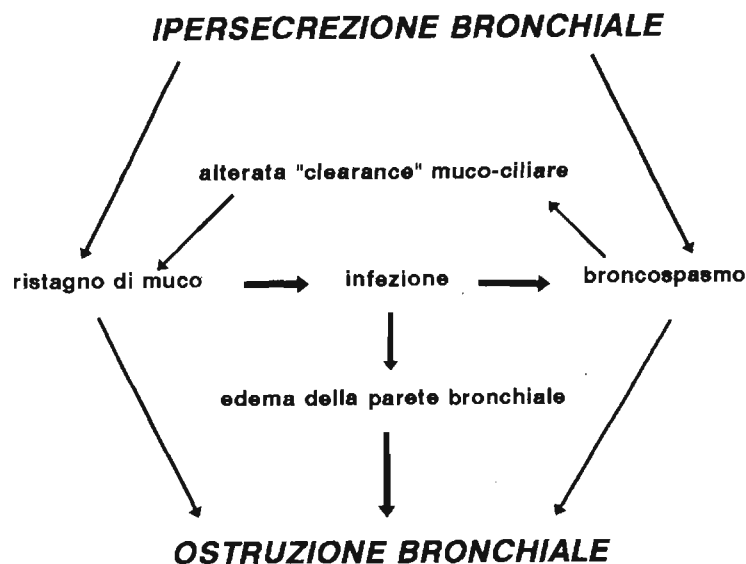
Tre sono i fattori critici della patologia oggetto della ricerca:

- l'età;
- l'esposizione a sostanze inquinanti e/o al fumo;
- la presenza di patologie bronchiali.

In merito al primo aspetto, occorre ricordare come la diminuzione della funzionalità respiratoria sia un dato fisiologico correlato con l'età. Dopo il ventesimo anno di vita gli indicatori della funzionalità respiratoria indicano, infatti, una normale riduzione dei parametri respiratori che presentano un momento di « criticità » attorno ai 45-50 anni.

Accanto al fattore età le altre due

FIGURA 1: I principali meccanismi patogenetici che dalla flogosi e dall'ipersecrezione portano all'ostruzione bronchiale



variabili (fumo, e inquinamento e patologie bronchiali) sono direttamente responsabili dell'evoluzione della complessiva vicenda della funzionalità respiratoria durante la vita di ciascun individuo. Fumo, esposizione a sostanze inquinanti per motivi professionali, residenza in zone a forte concentrazione di inquinamento, da un lato, e patologie respiratorie come l'asma bronchiale dall'altro, condizionano fortemente l'andamento dei parametri della funzionalità respiratoria. Un concatenarsi di fattori negativi può facilmente condurre il paziente ad una perdita del 50% della funzionalità stessa: valori che impediscono non solo una vita sociale e lavorativa normale e soddisfacente, ma che penalizzano fortemente la vita affettiva e di relazione.

Approccio terapeutico

Affrontare le BCO e le BCPO, soprattutto nelle loro fasi di riacutizzazione, solo in termini di terapia farmacologica vuol dire agire su uno degli aspetti che determinano il deficit funzionale. Una terapia corretta che miri al ristabilimento di parametri quanto più vicini alla normalità deve tuttavia essere in grado di incidere su tutte le variabili. In grandi linee un approccio terapeutico complessivo al problema della diminuzione non fisiologica della funzionalità respiratoria prevede vari aspetti:

A) L'allontanamento dei fattori inquinanti:

- la drastica abolizione del fumo;
- il cambiamento del luogo professionale nel caso sia proprio il luogo di lavoro a presentare livelli non sostenibili per il paziente di presenza di agenti inquinanti;
- ove questo non risulti fattibile il cambiamento complessivo dell'attività professionale;

— possibilmente la residenza in luoghi lontani da fonti di inquinamento o comunque uno stile di vita (vacanze, periodi di riposo, abitudini motorie o sportive) quanto possibile salutare.

B) Un trattamento farmacologico basato su più livelli.

Nell'ambito della definizione della più corretta terapia farmacologica i pareri dei clinici sentiti in questa ricerca risultano concordi nel sostenere che sia fondamentale mettere in rilievo gli aspetti « critici » soggettivi ed orientare in tal senso la scelta della terapia. I pazienti affetti da BPCO possono infatti presentare, nell'ambito di una stessa diagnosi differenti livelli di ipersecrezione, ricadute infettive e broncospasma. Una terapia farmacologica appropriata cercherà di privilegiare in questo senso le caratteristiche più critiche del singolo paziente. Questo se, da un lato, consente ampi gradi di libertà nella scelta del mix farmacologico più adatto, dall'altro tende ad impedire la definizione di una terapia standard di possibile applicazione su un significativo range di casi.

a) Aspetti collegati ai fenomeni di broncospasma:

- farmaci broncodilatatori e adrenergici;
- farmaci corticosteroidi sistemici.

b) Aspetti legati all'ipersecrezione (tosse e catarro):

- farmaci mucolitici.

c) Aspetti legati alle infezioni bronchiali:

- terapia antibiotica.

Nei casi in cui si verificano forme di riacutizzazione infettive l'approccio seguito in sede terapeutica prevede la somministrazione di penicilline ad ampio spettro, di cefalosporine o di macrolidi con la contemporanea ricerca clinica della ti-

pologia dei microorganismi infestanti ai fini di una terapia antimicrobica più mirata. Si tratta di una procedura terapeutica di difficile definizione e spesso anche molto costosa dal punto di vista farmacologico.

d) Aspetti legati alle emergenze respiratorie:

- ossigenoterapia.

Quando sussistano gravi compromissioni a carico della funzionalità respiratoria per cui i valori di ossigenazione del sangue scendono a livelli di guardia, specie in fasi di crisi respiratorie acute, si ricorre al sostegno dell'ossigenoterapia.

e) Aspetti legati a deficit immunologici:

- terapia con immunomodulanti.

Prodotti immunomodulanti sono risultati in questa ed altre indagini utilizzati con frequenza nei casi in cui sia evidente una riduzione delle capacità immunitarie dei pazienti (6). Questa carenza nelle difese immunitarie dell'organismo è un fenomeno collegato a fattori come l'età del paziente, la frequenza di riacutizzazioni infettive, eventuali stati di debilitazione e stress psicofisico complementari alla patologia.

La prevenzione delle riacutizzazioni infettive

La prevenzione delle riacutizzazioni infettive si basa su una linea di intervento articolata in tre livelli:

- 1) intercettare il meccanismo causa dei fenomeni di riacutizzazione sia di origine virale che batterica;
- 2) potenziare le difese immunologiche dell'organismo specie durante il periodo invernale o comunque nella fasi di maggior rischio di riacutizzazioni;
- 3) effettuare annualmente la profilassi anti-influenzale ricorrendo alla vaccinazione.

L'aspetto ritenuto dai clinici di fondamentale rilievo nell'evoluzione delle patologie bronchiali cronico ostruttive è la prevenzione delle riacutizzazioni (7). Prevenire le riacutizzazioni significa, in primo luogo, evitare danni di carattere anatomico-funzionale a livello dei polmoni, quindi agire sulle cause principali della compromissione difensiva e di immunodeficienza. Le alterazioni a carico dell'epitelio bronchiale facilitano, infatti, l'impianto di ceppi saprofiti che possono diffondersi e alterare forme di equilibrio presenti nelle mucose e nei bronchi. In questo senso è importante stabilizzare le proprietà del muco.

Terapia ed attività professionali

Oltre alla definizione del più corretto approccio terapeutico alle BPCO è importante sottolineare come il luogo di lavoro più che quello di residenza risulti rilevante ai fini dell'evoluzione della patologia. Ambienti di lavoro a maggior impatto sulla funzionalità respiratoria sono quelli dell'industria chimica o della plastica, del settore siderurgico e della trasformazione dei metalli, e complessivamente quelli con alti livelli di polveri, particelle volatili, vernici e fumi. Più discusso è l'effetto sull'esordio di BCO e di BPCO dell'inquinamento cittadino o metropolitano, in particolare quello derivante dal traffico automobilistico. Si ritiene in generale che questa forma di inquinamento possa essere considerata un fattore aggravante dell'evoluzione della patologia le cui cause specifiche risiedono tuttavia nelle abitudini sociali (fumo, stile di vita) e lavorative (ambiente di lavoro), nonché nella rilevanza per il singolo paziente dei fenomeni infettivi ricorrenti (influenze e malattie da raffreddamento) o specifici (afezioni respiratorie gravi a carattere virale, mo-

dificazioni improvvise e patologiche della flora batterica presente, deficienze nel sistema immunitario dovute ad altre patologie o a trattamenti farmacologici mirati, es. trattamenti chemioterapici citostatici).

Il trattamento ospedaliero delle BCO e BPCO

La diagnosi di BCO avviene in genere dopo un episodio infettivo e influenzale di una certa rilevanza che mette in rilievo per il paziente e il medico di base difficoltà respiratorie e livelli di ipersecrezione critici. Questi sintomi patogeni sono spesso mascherati sia dal tipo di vita sedentario e poco portato all'esercizio fisico sia dall'abitudine al fumo che per moltissimi pazienti è già una spiegazione sufficiente delle proprie difficoltà. Se l'esordio in forme gravi della BCO specie a carattere enfisematoso avviene attorno ai 50-55 anni le prime manifestazioni della malattia sono molto anteriori. Sottovallutare i sintomi della riduzione di funzionalità respiratoria o confondere l'evoluzione della patologia con gli effetti delle comuni forme infettive (gravi influenze e malattie da raffreddamento acute, in genere) allontana nel tempo una diagnosi tempestiva e l'inizio di una terapia mirata.

Il paziente affetto da BPCO è pesantemente condizionato nella sua vita sociale ed affettiva dalla cronicità e dalla ricorrenza dei fenomeni di riacutizzazione. Annualmente un paziente deve affrontare in media 2-3 riacutizzazioni, in genere nel periodo invernale. Queste riacutizzazioni sono trattate generalmente ambulatoriamente o seguite in day-hospital.

L'ospedalizzazione del paziente affetto da BCO anche in forma di BPCO è, infatti, un evento relativamente poco frequente dettato oltre che dall'evoluzione della malattia da va-

riabili esogene (situazione familiare, tipologia di abitazione, ecc.). Negli anziani l'ospedalizzazione è più frequente ed è legata in genere a fenomeni infettivi di una certa rilevanza o a stati di sofferenza post-influenzale.

Un ricovero annuale può diventare normale per pazienti particolarmente sensibili alle infezioni e con difficoltà nell'assistenza domiciliare, ma sono stati rilevati casi frequenti di 2 o più ricoveri in uno stesso anno con una durata rilevante anche di 3 o più mesi.

La degenza media ospedaliera è direttamente proporzionale al numero dei ricoveri annui, alla frequenza delle riacutizzazioni infettive e dall'evoluzione degli altri parametri (ipersecrezione e broncospasmo). Nel caso di degenza per un singolo episodio di crisi acuta da broncospasmo o per seguire e controllare l'ipersecrezione le rilevazioni svolte indicano il periodo di degenza attorno agli 8-10 giorni. Nel caso invece di degenza da riacutizzazione infettiva la degenza media si allunga fino a 2-3 settimane. In pazienti fortemente soggetti a riacutizzazioni il periodo annualmente trascorso in trattamento ospedaliero — sia come degenza che come day-hospital — diventa quindi molto più rilevante e stimabile in 60-90 giorni.

L'importanza dell'ospedalizzazione del paziente affetto da BPCO è comunque limitata nel complesso dell'iter terapeutico. La terapia farmacologica, le abitudini sociali e lavorative, l'abbandono del fumo e di luoghi inquinanti, la vaccinazione annuale contro l'influenza, un monitoraggio frequente dei parametri funzionali e del decorso della patologia: questi fattori sono indubbiamente più rilevanti ai fini dell'evoluzione della patologia della ospedalizzazione di routine, salvo che questa sia finalizzata agli aspetti di controllo e verifica o all'intervento in situazioni di grave sofferenza.

Definizione delle variabili di costo sanitario

Terapia farmacologica

La terapia farmacologica per una diagnosi di BPCO risulta legata strettamente al numero di riacutizzazioni infettive annue più che all'intervento sui parametri di ipersecrezione e broncospasmo. Durante l'indagine presso i centri di ricerca si è rilevata una certa omogeneità negli approcci sia alla prevenzione delle riacutizzazioni sia alla loro evoluzione anche se è risultata evidente una notevole dipendenza dei trattamenti alle caratteristiche soggettive del paziente.

Schematicamente prevenire i fenomeni di riacutizzazione vuol dire:

- effettuare annualmente la vaccinazione anti-influenzale;
- stabilizzare le proprietà del muco attraverso il costante intervento di farmaci mucoregolatori;
- agire sui fenomeni di broncospasmo attraverso farmaci broncodilatatori ed adrenergici;
- agire, ove le condizioni del paziente lo rendano necessario, sulle difese immunitarie dell'organismo attraverso farmaci immunomodulanti.

Altrettanto schematicamente affrontare le riacutizzazioni implica:

- integrare le terapie farmacologiche usuali negli aspetti di cronicità

della patologia con antibiotici a largo spettro;

- inserire nella terapia farmaci corticosteroidi ove siano compresenti fenomeni broncospastici;
- se il paziente presenta una forte evidenza di riduzione della capacità immunitaria incrementare la posologia di immunomodulatori.

Le tipologie dei prodotti, le posologie e i costi complessivi della terapia farmacologica dipendono in definitiva dalla ricorrenza degli episodi di riacutizzazione.

È utile ricordare come i valori di costo varino rispetto alla necessità più o meno accentuata di controllare e intercettare tutti e tre i meccanismi che danno il carattere di cronicità acuta alla patologia: ipersecrezione, broncospasmo e flogosi.

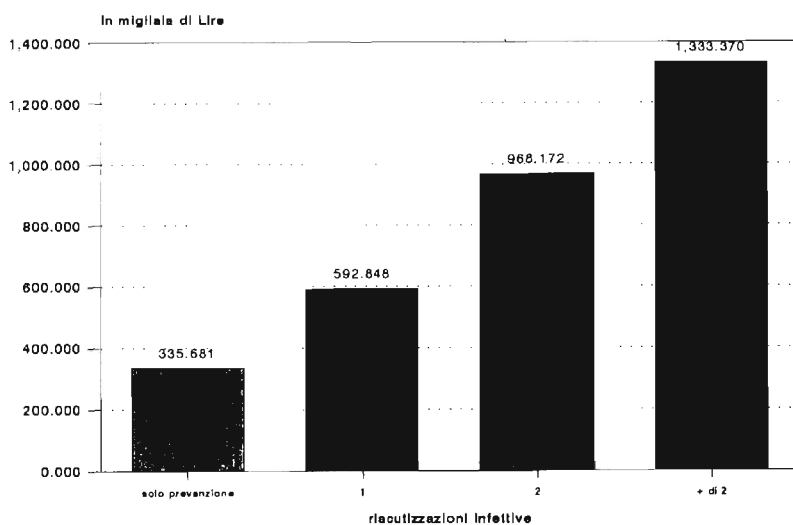
Per quanto riguarda il trattamento farmacologico delle riacutizzazioni i risultati dell'indagine del Cergas hanno permesso di definire una struttura dei costi terapeutici di tipo esclusivamente farmacologico basata sull'utilizzo di farmaci adrenergici, broncodilatatori, mucolitici, antibiotici e immunomodulanti sintetizzata nella seguente figura 2.

Dalle interviste effettuate ai pneumologi e tisiologi nel corso dell'indagine è emerso che l'indicazione di uno specifico trattamento immunomodulante sia dipendente dai livelli complessivi di deficienza immunitaria. Pazienti anziani o particolarmente debilitati e soggetti ad episodi di riacutizzazione richiedono posologie più rilevanti e più impegnative da un punto di vista di costo.

Definizione costi annuali di degenza e laboratorio

Oltre al trattamento farmacologico due altri momenti clinici incidono sui costi complessivi della BPCO: i test di laboratorio e le giornate di degenza. Per quanto riguarda i primi durante l'indagine si è rilevato

FIGURA 2: COSTI FARMACOLOGICI ANNUALI BRONCOPNEUMOPATIE CRON.OSTRUTTIVE



Fonte: elaborazioni Ce.R.G.A.S.

un set standard di esami di laboratorio a cui sono sottoposti i pazienti nel caso di degenza o di trattamento in day hospital. Gli esami di routine comprendono:

- Rx torace;
- esame urine con urinocoltura;
- esame emocitometrico e morf. con emocoltura;
- esame escreato.

Questo set di esami di laboratorio viene ripetuto nel caso di più degenze annuali e presenta un costo stimabile, attraverso parametri definiti da ricerche di economia sanitaria, da studi Cergas e dal tariffario per le convenzioni con le strutture private in 100-105 mila lire (8).

Per quanto concerne le giornate di degenza si è rilevato come il dato del ricovero ospedaliero sia un evento legato a particolari condizioni del paziente (età, localizzazione abitativa, capacità di risposta immunitaria alle infezioni) e che comunque è più ricorrente nei centri ospedalieri, mentre nelle strutture universitarie il ricovero è previsto solo per pazienti con gravi episodi di riacutizzazione annue. Una degenza media di 2-3 settimane per episodio di ricovero in reparto di pneumologia diventa un fenomeno normale per questi ultimi.

Si prendano come esempio i dati della U.s.l. di Modena in Emilia Romagna. Nel 1990 il numero di ricoveri dovuti a BPCO ha rappresentato oltre il 17% del totale dei ricoveri della divisione di tisiologia e oltre il 16% dei giorni di degenza. Presso questa U.s.l. si è rilevata una degenza media per ricovero nel reparto di tisiologia di 21,07 giorni, mentre nel caso di BPCO la degenza media è stata lievemente inferiore pari a 19,97 giorni.

Considerando sia i costi diretti (personale, farmaci, magazzino economico, altri beni economato) e i servizi generali della divisione di tisiologia sempre in questa U.s.l. si

può stimare in questa sede un costo medio di un giorno di degenza per il 1992 in un valore attorno alle 228-230 mila lire.

Il valore così ottenuto può essere considerato un dato che si colloca nella fascia più bassa del range dei costi di degenza dei vari reparti ospedalieri. Questo è dovuto al minore utilizzo di specifici trattamenti sia dal punto di vista del personale che dal punto di vista terapeutico che incidono fortemente in altri reparti come chirurgia o rianimazione. A livello centrale sono disponibili dati di tipo finanziario che tuttavia non hanno un elevato grado di significatività in quanto sono ricavati da una semplice divisione tra il costo totale e le giornate degenza complessive indipendentemente dal reparto di ricovero (tale dato a titolo indicativo si aggira attualmente attorno alle 350.000).

Sulla base dei riscontri avuti durante la ricerca e dall'esame della letteratura disponibile si può affermare che indipendentemente dalla terapia farmacologica seguita l'80% dei pazienti affetti da BPCO sia esclusivamente seguito ambulatoriamente dal medico di base o dalla struttura ospedaliera — anche con ricorso a visite programmate e a trattamento in day-hospital — il 15% presenti ripetuti episodi di ricovero (1-2) nel corso dell'anno in relazione alla frequenza delle riacutizzazioni con una degenza annua che va dalle 2-3 settimane anche ad alcuni mesi, e il 5% un solo caso annuo di ricovero per controllare fenomeni di broncospasmo e monitorare l'evoluzione della patologia. Queste degenze medie possono così essere sintetizzate: l'80% dei pazienti affetti da BPCO non presenta alcuna degenza, il 15% una degenza media annua di 21 giorni (3 settimane) e il 5% di 10 giorni.

L'utilizzo di sostanze immunomodulanti porta complessivamente ad una maggior risposta dell'organismo,

specie nel caso di pazienti anziani o debilitati, ai processi infettivi anche se la stima di questi effetti è di difficile definizione quantitativa.

Stima dei pazienti affetti da BCO e BPCO

La morbosità delle BCO sul territorio nazionale secondo i dati disponibili in letteratura si aggira attorno a 1.200-1.300 casi ogni 100.000 abitanti. Interessante a questo proposito è risultata l'indagine condotta in Emilia Romagna nel 1986 presso l'ospedale pneumologico di Tresigallo (Ciaccia et al.) che indica un range per la Regione compreso tra 1.098 e 1.302 casi ogni 100.000 abitanti che in valori assoluti si traduce in circa 48.000 casi. Su scala nazionale in numero di pazienti affetti da BCO si colloca tra i 684.000 e i 741.000. Le forme enfisematose di BCO rappresentano circa un terzo del totale. L'indagine di Ciaccia et al., indica questa percentuale attorno al 34% per la regione Emilia Romagna. Estrapolando su scala nazionale queste percentuali si perviene ad un numero di casi di BPCO ogni 100.000 abitanti compreso tra i 350 e i 400. In valore assoluto i pazienti affetti da BPCO in Italia sono quindi compresi tra i 199.500 e i 228.000. Questa variabilità riflette le diverse condizioni ambientali presenti sul territorio nazionale, nonché i diversi livelli di industrializzazione e sviluppo metropolitano. L'insieme di questi elementi ambientali sono stati precedentemente ricordati come essere fortemente correlati con la morbosità delle patologie bronchiali e della BPCO (9).

Il numero rilevante di pazienti affetti da BCO e da BPCO si evince anche dai dati sull'attività ambulatoriale delle unità operative di pneumologia interessate all'indagine dove si è rilevata un'incidenza delle patologie bronchiali (BCO e BPCO) per

oltre un terzo delle visite e diagnosi annualmente effettuate.

Definizione dei costi sanitari

A) Costi degenza

Con un numero di casi di BPCO di 400 ogni 100.000 abitanti il numero complessivo di pazienti abbiamo visto è di 228.000. Per ottenere i costi di degenza su scala nazionale si devono utilizzare le ipotesi delineate nel paragrafo 6.2.. Il numero di pazienti non ospedalizzati può essere valutato in 182.400 (80% del totale) casi annui, mentre quello di ospedalizzati in 45.600 (20%). Sulla

base delle verifiche dei centri ospedalieri effettuate e delle stime sul numero di ricoveri medi annui riportate in letteratura il totale delle giornate di degenza su scala nazionale con il numero di pazienti preso in esame si può stimare in 832.200 ed il costo complessivo delle degenze in lire 189-190 miliardi.

Considerando invece un numero di pazienti affetto da BPCO pari a 350 casi ogni 100.000 abitanti si ottiene un valore assoluto di pazienti pari a 199.500. In questo caso i pazienti non ospedalizzati sono stimabili in 159.600 e quelli ospedalizzati 39.900. Le giornate degenza sono in questo caso 728.175 con un costo

di lire 165-166 miliardi.

B) Costi laboratorio

Anche in questo caso abbiamo di fronte due ordini di grandezza: 199.500 e 228.000 pazienti. Nel primo caso considerando il numero di ricoveri su scala nazionale e le stime sui costi degli esami svolte nel paragrafo 6.2. si perviene ad un numero di set di esami su base annua di 45.600 pari ad un costo di lire 4,6 miliardi. Con la seconda valutazione sul numero di pazienti affetti da BPCO si ottengono valori di 39.900 set di esami con un costo approssimabile ai 4 miliardi.

C) Costi complessivi BPCO

Riprendiamo a questo punto i dati sui costi individuali dei vari aspetti evolutivi della patologia in esame. Nella figura 3 sono state inserite le due stime dei pazienti affetti da BPCO su scala nazionale prima definite e valutate, nonché si sono riportate le percentuali riscontrate nell'indagine delle riacutizzazioni annuali.

Considerazioni conclusive

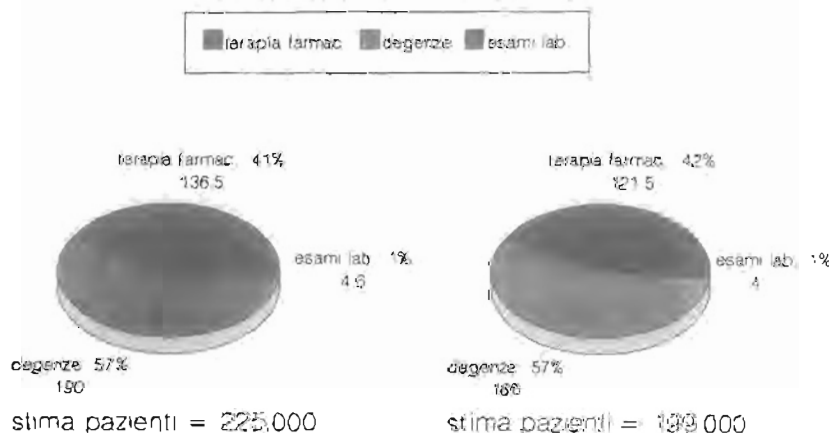
A questo livello di analisi si possono proporre alcune valutazioni generali sui costi sociali diretti di questa patologia cronica. Si ricordano le variabili « chiave » prese in esame durante la definizione dei costi sanitari:

— un numero di pazienti affetti da BPCO su scala nazionale compreso tra 195.500 e 228.000;

— un costo medio per giornata di degenza pari a 228.000 lire e un costo delle indagini cliniche di laboratorio di 100-105 mila lire per set di esami a tutto il 1992;

— la presa in esame di trattamenti sostanzialmente omogenei per tutti i pazienti affetti da BPCO. Tratta-

FIGURA 3: RIASSUNTO COSTI SANITARI BRONCOPNEUMOPATIE CRON.OSTRUTTIVE DATI IN MILIARDI DI LIRE



menti che sono direttamente proporzionali in quanto a dosaggio, posologia e a costo alla frequenza di riacutizzazioni infettive;

— una degenza media ospedaliera di 21 giornate annue per il 15% dei pazienti e di 10 giornate annue per il 5%, mentre il rimanente 80% dei pazienti segue trattamenti specifici a domicilio ed è controllato ambulatorialmente o in day hospital;

— per questi ultimi pazienti si ipotizza nell'analisi un costo sociale nullo per le strutture ospedaliere in quanto il loro trattamento e cura rientra nell'ambito delle funzioni di controllo e monitoraggio sul territorio delle unità operative di pneumologia e fisiologia;

— l'unico costo ospedaliero introdotto nel computo delle stime dei costi complessivi a livello nazionale risulta, quindi, quello direttamente ricavabile dal complesso delle giornate di degenza.

Queste assunzioni se da un lato permettono di pervenire con maggiore accuratezza ad una definizione realistica dei costi sanitari su scala nazionale di una patologia così diffusa e rilevante come la BPCO, dall'altro inseriscono elementi di sottostima dei costi sanitari complessivi. Il risultato generale contenuto nella tabella 1 pur risentendo, quindi, di queste assunzioni permette di sintetizzare compiutamente i quadri parziali emersi nei diversi punti della valutazione dei costi sanitari (costi farmacologici, costi di degenza, costi di laboratorio ed analisi).

Evidentemente le considerazioni di ordine economico sono comunque subordinate all'effettiva efficacia terapeutica dei differenti trattamenti con-

siderati, in primo luogo, quelli di tipo farmacologico.

(1) Per un inquadramento complessivo della morbosità e degli aspetti epidemiologici delle patologie in esame si vedano gli studi di G. Giacobbe, et al. (1984), G. Musti, et al. (1983), A. Serio (1980) e l'indagine di A. Ciaccia, et al., sulla regione Emilia Romagna.

(2) Proprio per valutare il dinamismo epidemiologico delle BCO ha preso il via recentemente sul territorio nazionale un vero e proprio « censimento » delle malattie bronchiali irreversibili coordinato dal prof. E. Pozzi, direttore della clinica pneumotisiologica dell'università di Torino al quale partecipano oltre 6 mila medici di base.

(3) Gli autori desiderano in particolare ringraziare i proff. Ciaccia (ospedale pneumologico « E. Boeri » di Ferrara e cattedra di malattie dell'apparato respiratorio università di Ferrara), Olivieri (istituto clinica malattie apparato respiratorio università degli studi di Parma), Sevieri (u.o. di pneumologia e fisiopatologia res. osp. civile di Sondrio) e la prof. Robuschi (cattedra malattie apparato respiratorio, università degli studi di Milano) per la disponibilità, le utili indicazioni nella definizione degli iter terapeutici e i suggerimenti metodologici all'indagine.

(4) Per un approfondimento sugli aspetti clinici della patologia si vedano L. Allegra, et al. (1990), C. Grassi, L. Ragno (1986) e A. Ciaccia, et al. (1988).

(5) Alcuni autori parlano a questo proposito di un « sorpasso epidemiologico » da parte delle patologie bronchiali cronico-ostruttive sulle patologie respiratorie tradizionali (tubercolosi e silicosi) a partire dai primi anni '50.

(6) Si vedano ad esempio i risultati degli studi di G. Simonassi, et al. (1988) e M. Sofia, et al. (1987) sull'utilizzo di immunomodulanti (timomodulina) nella prevenzione degli episodi di riacutizzazioni nelle BCO e BPCO.

(7) Cfr., gli studi di L. Allegra, et al. (1990), A. Ciaccia, et al. (1988), G. Vettori, et al. (1987).

(8) Per un approfondimento metodologico su questi argomenti si rimanda a G. Virgilio, B. Curcio Rubertini, D. Aumiller Vandac (1990).

(9) Può essere utile a questo proposito confrontare i risultati dello studio di V. Massei, et al. (1984) sulla regione Marche.

BIBLIOGRAFIA

- L. ALLEGRA, S. BIANCO, D. OLIVIERI (1990), *Flogosi delle vie aeree*. Flo-max Library, Parma.
- A. CIACCIA, et al. (1988), *Le bronco-pneumopatie croniche. Attuali aspetti epidemiologici in Emilia Romagna*. Università degli studi di Ferrara, cattedra di malattie dell'apparato respiratorio.
- G. GIACOBBE, et al. (1984), *Aspetti della morbosità e della mortalità in Italia per malattie dell'apparato respiratorio*. Riv. pat. clin. tuberc. e pneum., 55, 91.
- C. GRASSI, L. RAGNO (1986), *Il pianeta bronchi*. Masson Italia Ed., Milano.
- V. MASSEI, et al. (1984), *Rapporti fra condizioni ambientali e patologia respiratoria nella regione Marche*. Riv. pat. clin. tuberc. e pneumol., 55, 363.
- G. MUSTI, et al. (1983), *La mortalità per malattie dell'apparato respiratorio in Italia (1951-1980), Lotta contro la tuberc. e mal. pol. soc.*, 53, 730.
- A. SERIO (1980), *Morbosità per bronco-pneumopatie croniche, Lotta contro la tuberc. e mal. pol. soc.*, 50, 267.
- G. SIMONASSI, et al. (1988), *Effetti della timomodulina sul deficit immunologico indotto da corticosteroidi in soggetti con BPCO: dati preliminari*. Atti XXVIII, Congr. naz. Aipo.
- M. SOFIA, et al. (1987): *Studio in doppio cieco sull'efficacia della timomodulina per via orale nella prevenzione delle riacutizzazioni in corso di bronchite cronica*. Giorn. ital. mal. tor., 41, 339.
- G. VETTORI, et al. (1987), *Prevenzione delle infezioni respiratorie ricorrenti dell'adulto*. Min. med., 78, 1281.
- G. VIRGILIO, B. CURCIO RUBERTINI, D. AUMILLER VANDAC (1990), *I prezzi di trasferimento*. Clueb, Bologna.

Tabella 1 - QUADRO COMPLESSIVO RISULTATI INDAGINE (dati in miliardi di lire)

	NUMERO PAZIENTI BPCO	
	A	B
	228.000	199.500
Costi sanitari	341,5	291,5

MECOSAN

*La rivista trimestrale
di saggi e ricerche, documenti e commenti
per il governo manageriale della sanità*
edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Le pagine di Mecosan sono aperte al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi devono essere originali e avere contenuto innovativo, ma soprattutto devono essere in grado di favorire la diffusione della cultura economica e manageriale nella sanità italiana, migliorando le capacità gestionali di coloro che operano sul campo e offrendo nuove indicazioni per le attività di ricerca e sperimentazione.

Gli autori sono tenuti a rispettare le seguenti norme editoriali nella preparazione e nell'invio dei contributi:

A) Per la sezione SAGGI E RICERCHE: sono previsti articoli di lunghezza variabile tra 15 e 30 cartelle. Deve essere allegato un abstract in lingua inglese, di lunghezza non superiore a 200 parole, che illustri i principali contenuti dell'articolo e ne anticipi le conclusioni.

L'autore deve indicare almeno tre e non più di cinque parole chiare per la classificazione del proprio contributo.

I resoconti di indagini e ricerche devono essere articolati secondo la scansione tradizionale: obiettivi, dati e metodologia, risultati, conclusioni.

B) Per le sezioni ESPERIENZE INNOVATIVE, NOTIZIE DAL MONDO, SANITÀ E IMPRESA: sono previsti articoli di lunghezza non superiore a 20 cartelle (non superiore a 15 per la sezione sanità e impresa).

Gli articoli devono essere spezzati a intervalli di 2-3 cartelle con un richiamo evidenziante il tema delle cartelle seguenti (massimo tre parole, come il titolo di un paragrafo).

I riferimenti bibliografici, se presenti, devono essere limitati a 10 per articolo.

C) Per tutte le sezioni: si sollecita l'uso di schemi, rappresentazioni grafiche e tabelle. Questi devono essere richiamati nel corso dell'articolo con riferimenti puntuali, e devono essere corredati di una didascalia analitica che permetta di comprenderne il significato senza ricorrere alla lettura del testo.

I richiami bibliografici si devono effettuare con il sistema autore-data (non con numeri progressivi). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo secondo le modalità descritte nell'esempio che segue:

per i testi [Clerico, 1984] G. Clerico: *Economia della salute*. Franco Angeli 1984.
per gli articoli [Volpato, 1990] O. Volpato: *la privatizzazione dei servizi pubblici*. Azienda pubblica 1990; 2:243-252.

I testi devono possibilmente essere scritti con un word processor e consegnati su disco magnetico. In alternativa possono essere consegnati dattiloscritti.

Le cartelle si considerano di 30 righe e 60 battute per riga.

I contributi devono essere consegnati in tre copie (oppure su un singolo disco magnetico), e preceduti da una prima pagina che indichi: nome e cognome di tutti gli autori (il primo sarà l'autore principale); istituzioni di appartenenza; indirizzo completo, numero di telefono e di telefax dell'autore principale; titolo suggerito; notizie sugli autori da riportare in nota; sezione per la quale si intende proporre il contributo.

Seguirà, per la sezione Saggi e Ricerche, una seconda pagina contenente l'abstract in lingua inglese.

I contributi devono essere inviati all'attenzione di Franco Sassi, presso la redazione di Mecosan, al seguente indirizzo: Franco Sassi, redazione Mecosan, via Balilla, 18 - 20136 Milano - tel. 02/5836.3132-3136 - fax 02/89404523.

Tutti gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio della redazione e di eventuali referenti esterni accreditati.

Qualora risultasse mancante alcuno degli elementi descritti in queste istruzioni il contributo potrà essere scartato oppure integrato dalla redazione senza richiesta di consenso all'autore.

Documenti e commenti

Sezione 2^a

SOCCORSO ED EMERGENZA NELLA SANITÀ PUBBLICA: BASTA UN DECRETO PER ORGANIZZARE UN SERVIZIO VALIDO?

- SOMMARIO: — Presentazione, di **Luigi D'Elia** ed **Antonello Zangrandi**.
— Interviste a **Franco Perraro**, **Marco Braida**, **Maria Teresa Fiandri**, **Luciano Gattinoni**, **Giuseppe Guerra**.
— Documenti: il decreto 13 marzo 1992, il pronunciamento della FNOMC e O.
— Commento al decreto 13 marzo 1992 a cura di **Romana Bacchi**, **Paolo Rotondi**, **Augusto Zappi**.

Un decreto ministeriale, maturato al termine di un periodo in cui tutti i giornali avevano evidenziato sulle prime pagine fatti gravi di mancata assistenza, con tragici epiloghi, ha introdotto una precisa regolamentazione per l'organizzazione del servizio di emergenza sanitaria (sistema di allarme, pronto soccorso e dipartimento di emergenza). Il decreto è stato presentato come risposta a una situazione valutata come inefficace e di grande disorganizzazione.

Occorre però chiedersi come il decreto possa rispondere al fabbisogno di « sicurezza » che è indubbiamente presente nella società.

Il problema è comprendere se le U.s.l. siano in grado di predisporre le strutture per rendere operante il modello organizzativo indicato dal decreto e comunque è necessario comprendere quali siano i nodi critici per realizzare una valida rete di emergenza sul territorio.

Proprio per questo motivo e su questi temi abbiamo interpellato alcuni esperti del settore, che hanno già affrontato il problema.

Tre sembrano gli aspetti problematici di fondo di questo decreto:

- il ruolo del Servizio sanitario nazionale nell'emergenza;
- il finanziamento del decreto;
- il ruolo del personale.

Il ruolo pubblico nell'emergenza

L'organizzazione dell'emergenza è stata finora in massima parte affidata ad associazioni non pubbliche, alla Croce Rossa, alle associazioni di volontariato.

Con questo decreto si instaura chiaramente un controllo pubblico sull'emergenza, dando alle Unità sanitarie locali il potere di coordinamento. Sarà interessante valutare nel tempo come queste associazioni reagiranno al potere di intervento del pubblico, alle convenzioni, alle regolamentazioni, al costante riferimento a una centrale operativa. È un patrimonio culturale italiano questa mobilitazione a favore dell'emergenza: dal volontariato nel servizio alla ricerca di fondi per i mezzi di soccorso. Occorre vedere se le Regioni e le Unità sanitarie locali sapranno regolamentare positivamente queste energie o, viceversa, se gli interventi porteranno prassi burocratiche difficilmente accettabili da questa realtà sociale.

È comunque interessante notare il ruolo assegnato all'intervento pubblico in una stagione dove sembrerebbe invece predominante una politica di privatizzazione.

Questo provvedimento va controcorrente e di fatto completa una fun-

zione che nel passato mai così chiaramente era stata attribuita al pubblico.

Si potevano perseguire soluzioni alternative, almeno per quanto riguarda la rete di pronto intervento sul territorio, ma si è optato per assegnare al pubblico il ruolo fondamentale. Insomma, invece di privatizzare si è continuato ad aggiungere nuove funzioni al pubblico: ma quale politica si vuole perseguire?

Il finanziamento del decreto

La politica di « pubblicizzazione » è poi iniziata con i difetti più tradizionali dell'intervento pubblico: non si sono indicate le risorse da utilizzare per realizzare il nuovo livello di servizio richiesto dal decreto.

Le esperienze in essere mettono in chiara evidenza che un livello di pronto intervento così strutturato costa molto e non si può certo pensare che le Regioni e le U.s.l. possano riuscire con le attuali risorse a realizzare il servizio individuato.

Infatti, o si assume che tutte le Unità sanitarie locali siano ampiamente sovradotate di personale medico e infermieristico, e che sia quindi possibile una riconversione professionale, oppure si devono indicare

i mezzi finanziari per farvi fronte. Anche per gli investimenti il riferimento all'art. 20 della finanziaria è da molti considerato un « rinviare il problema ».

Se queste osservazioni sono vere, e tali sembrano, si deve constatare che l'intervento pubblico segue i soliti schemi del tutto deresponsabilizzanti sotto il profilo economico e finanziario.

Ovviamente l'aumento del servizio, laddove sarà realizzato, comporterà un aumento di costi che sarà riconosciuto a pie' di lista, senza quindi nessun meccanismo che incentivi la ricerca di efficienza.

Da questo punto di vista è senza dubbio necessario definire i livelli di finanziamento necessari per rendere operante il servizio: occorre definire un costo del servizio e riconoscere tale finanziamento aggiuntivo solo a quelle Unità sanitarie locali che concretamente erogano il servizio.

Il ruolo del personale

Il ruolo del personale medico e infermieristico è affrontato dal decreto in modo costruttivo, valorizzando le specifiche professionalità: almeno questo è un giudizio da molti condiviso.

Il punto centrale risulta ora la valorizzazione di queste professionalità sul campo, la ricerca cioè di meccanismi operativi che siano in grado di rendere concretamente operante questo modello di organizzazione del lavoro. In particolare sarà importante il collegamento che si riuscirà a realizzare attraverso il dipartimento di emergenza, cosicché schemi di intervento operativi da un lato e politiche di valorizzazione della professionalità del personale dall'altro possano compenetrarsi utilmente.

Peraltro l'esperienza insegna che il coordinamento attraverso il dipartimento non è sempre semplice, e

che occorre mettere bene a punto meccanismi organizzativi anche complessi.

Occorre cioè « investire » anche in organizzazione e non semplicemente nella ricerca di attrezzature e professionalità specialistiche, fattori certo fondamentali e non eliminabili, ma spesso non sufficienti a garantire un buon servizio sotto il profilo della qualità e dei relativi costi.

In conclusione il decreto che affida una così importante funzione al pubblico non deve cadere nei classici meccanismi di deresponsabilizzazione del sistema pubblico. Perché ciò avvenga occorre intervenire almeno in due direzioni: innanzitutto valutare i costi del servizio e riconoscere un adeguato finanziamento alle U.s.l. e in secondo luogo investire in meccanismi organizzativi che siano in grado di generare validi e costruttivi schemi di intervento e collaborazione fuori e dentro l'ospedale.

QUALIFICAZIONE E CHIAREZZA DI RUOLI PER VALORIZZARE LE PROFESSIONALITÀ

Intervista con:

Franco Perraro

Primario Divisione
di Medicina d'urgenza
Ospedale di Udine
Presidente Società Italiana VRQ

Marco Braida

Direzione regionale sanità
Friuli-Venezia Giulia

Perraro. Il decreto è stato fatto troppo in fretta, sull'onda di eventi contingenti che lo hanno condizionato pesantemente. La legislatura si concludeva senza che la riforma sanitaria fosse stata portata a termine, i giornali e la televisione denunciavano a gran voce alcuni episodi che manifestavano l'impotenza delle strutture di emergenza.

In quel momento bisognava dimostrare di saper fare qualcosa di concreto, così il decreto è stato strumentalizzato.

La commissione che ha steso il testo era composta da persone validissime, ma non da veri esperti dell'emergenza. È mancato il confronto con chi vive quotidianamente i problemi posti dall'emergenza e non si è neppure tenuto conto del documento sottoscritto da tutte le società scientifiche coinvolte (riportato nelle pagine seguenti, N.d.r.), frutto di un accordo generale al quale soltanto gli anestesisti non hanno aderito per un disaccordo sulla gestione delle centrali operative. Ugualmente non sono state sentite le commissioni ministeriali competenti e neppure le organizzazioni sindacali.

Il documento prodotto, poi, è sta-

to discusso alla conferenza Stato-Regioni, dove c'era una netta prevalenza di funzionari amministrativi che badavano soprattutto alla spesa e ai problemi di copertura finanziaria del decreto. È mancata, ancora una volta, la necessaria competenza tecnica.

MECOSAN. Quali sono, dunque, gli aspetti più negativi di questa legge?

Perraro. Innanzitutto bisogna distinguere la gestione dell'emergenza sul territorio dalla gestione dell'emergenza nell'ospedale.

Tra gli aspetti più negativi sicuramente c'è l'ambiguità nell'organizzazione dei dipartimenti ospedalieri e delle strutture di pronto soccorso, dove si accentua l'esigenza della rotazione del personale, e quindi si dà implicitamente un messaggio: l'emergenza non ha bisogno di esperti ma non può neppure essere improvvisata. È come dire che in una unità coronarica possano prestare servizio a rotazione medici, infermieri, chirurghi... Anche per l'emergenza deve valere il criterio della specializzazione. L'emergenza non si improvvisa, e non si può diventare esperti sulla pelle della gente.

Nel pronto soccorso bisogna essere in grado di svolgere un ruolo di filtro. Ogni anno si presentano più di 20 milioni di persone, dal caso banale al caso gravissimo. E chi lavora nell'emergenza deve essere in grado di affrontare entrambe le situazioni, a meno che non si voglia prevedere anche qui una specializzazione dell'intervento, accettando però di sopportare i costi economici e organizzativi che ne conseguono.

Braida. Concordo, in generale, con il giudizio di Perraro, ma faccio fatica a ritrovare nel decreto l'orientamento che lui ha descritto. Che sia ambiguo non lo nego, però mi sembra di notare un positivo cambiamento dell'impostazione logica rispetto al passato. Si parte dalla funzione invece che dal servizio: invece di stabilire cosa deve essere contenuto in un dipartimento di emergenza, si è innanzitutto stabilito cosa deve fare, quali servizi deve garantire.

Perraro. Ma è come dire che un medico deve assicurare di saper fare la diagnosi e la terapia.

Braida. Non credo proprio che tutti siano in grado di fare quello che il decreto stabilisce.

Perraro. Se si vogliono stabilire in modo formalizzato i compiti di un pronto soccorso non basta prescrivere funzioni generiche, ma bisogna anche prevedere gli standard e le attività specifiche che permettono di svolgere quelle funzioni. E questo non può essere fatto con un decreto.

Braida. In Friuli-Venezia Giulia sono stati specificati da un paio di anni gli standard relativi al personale, alle attrezzature, alle strutture, e gli obiettivi che ciascun ospedale deve raggiungere. Gli ospedali stanno cercando faticosamente di adeguarsi.

MECOSAN. È giusto che il decreto conceda alle Regioni un margine di manovra per stabilire propri standard?

Braida. È inutile dare giudizi positivi o negativi, esistono competenze regionali che lo stato non può prevaricare. In questo caso si sono aperti profondi contrasti sull'attribuzione delle competenze in materia di programmazione sanitaria, ci sono anche ricorsi pendenti presso i tribunali amministrativi.

Comunque esisteva già prima del decreto un atto di coordinamento che parlava del 118. In realtà le Regioni che hanno provveduto a definire un piano operativo sono veramente poche. L'Emilia Romagna lo ha fatto e lo sta realizzando; qui in Friuli stiamo prendendo molto dalla loro esperienza, abbiamo tecnici validi e qualificati e siamo certamente agevolati dalle dimensioni più ridotte.

Oggi tutte le Regioni sono obbligate ad adeguarsi ai nuovi indirizzi per la gestione dell'emergenza, e si stanno intrecciando dei rapporti di consulenza reciproca che renderanno più semplice il trasferimento delle esperienze.

Per questa funzione di stimolo, pur con diverse ambiguità, si può attribuire una valenza positiva al decreto. È certamente preciso sulla parte relativa al territorio, per l'emergenza ospedaliera posso condividere i dubbi di Perraro.

Perraro. Anche nella parte che riguarda il territorio ci sono cose non propriamente corrette. Sorgono ambiguità a livello della centrale operativa, perché guardando il decreto non si riesce a capire come possa essere gestita in maniera veramente razionale e logica. Non è logico identificare una figura unica cui attribuire la responsabilità della gestione, semmai si dovrà parlare di gruppo, di equipe. Tra l'altro il decreto stabilisce

che la responsabilità possa essere attribuita a rotazione, di tre mesi in tre mesi. L'emergenza ospedaliera richiede continuità.

MECOSAN. Quali possono essere le maggiori difficoltà per le Regioni nell'elaborare e formulare modelli organizzativi per l'emergenza e, d'altra parte per le U.s.l. nel gestire il cambiamento verso il nuovo modello?

Braida. Il decreto prevede un sistema di emergenza articolato su base provinciale. Si tratta di un livello organizzativo completamente nuovo, non è la Regione e non è la U.s.l.. Sono necessarie regole di gestione e di coordinamento decisamente diverse da quelle attuali.

Questo è uno dei punti cruciali sui quali non c'è molta chiarezza, per cui a me non dispiace l'idea di individuare un responsabile medico-organizzativo come indica il decreto. Verosimilmente questo può consentire un equilibrio armonico tra varie realtà ospedaliere e varie U.s.l., una centrale operativa che sia affidata ad una struttura ospedaliera preesistente determinerebbe un'alterazione degli equilibri con gli altri ospedali e le altre U.s.l..

MECOSAN. Ma le maggiori difficoltà nell'applicazione pratica quali saranno?

Braida. Saranno almeno tre. Innanzitutto una di ordine gestionale, legata alla nuova funzione di coordinamento degli interventi sul territorio: farà fare un salto di qualità al servizio ma non sarà facile da attuare.

In secondo luogo l'esigenza di riportare un minimo di omogeneità nell'organizzazione delle strutture per l'emergenza, che fino ad oggi hanno avuto uno sviluppo molto diverso da zona a zona, anche per la delega

di parte delle funzioni a enti esterni che da oggi in poi potranno essere solo partner e non più titolari del servizio.

La terza difficoltà riguarda le risorse: probabilmente un servizio generale di coordinamento richiederà delle risorse in più, anche se nel lungo periodo potrà anche far risparmiare razionalizzando il sistema e potrà elevare gli standards qualitativi.

Perraro. Per far funzionare la centrale operativa non bastea rispondere al telefono. Sono necessarie strutture ospedaliere alle spalle e quindi anche una ferrea organizzazione del personale e dei mezzi di intervento, una particolare dislocazione dei punti di soccorso, un coinvolgimento della guardia medica sul territorio.

Probabilmente alcune Regioni saranno in grado di adeguarsi più rapidamente, anche se non sarà facile coprire subito tutto il territorio. Il sistema decollerà se si saprà pensare innanzitutto agli elementi di base, non si può partire dall'elisoccorso per organizzare l'emergenza.

MECOSAN. Come funzionerà questo sistema quando sarà a regime? Come saranno ripartiti i compiti tra i diversi ruoli?

Braida. Anche su questo aspetto la nostra Regione ha impostato una chiara linea di tendenza, che oggi viene ripresa dal decreto. La gestione delle centrali operative è assegnata a infermieri professionali appositamente addestrati con corsi progettati e svolti dalla direzione regionale sanità.

La figura dell'infermiere professionale può diventare la figura cen-

trale nell'organizzazione e nel coordinamento di questo sistema, perché è necessaria una figura professionale nuova che sia in grado di comprendere i bisogni espressi dalla popolazione direttamente sul territorio. Il personale medico, inserito in questo tipo di sistema, esalta la propria professionalità nell'intervento più strettamente sanitario, inserendosi in un sistema organizzativo in grado di funzionare autonomamente e assumendo le rispettive responsabilità.

È necessario creare la figura dell'« operatore di centrale », addestrandolo a fondo personale che verrà dedicato esclusivamente a questo ruolo.

Perraro. Sono d'accordo. Nella centrale operativa ci devono stare gli infermieri professionali.

MECOSAN. Quale addestramento sarebbe opportuno, in particolare, per gli operatori di centrale e per i medici delle divisioni di emergenza?

Braida. Per gli infermieri abbiamo istituito dei corsi mirati soprattutto alla conoscenza dei sistemi organizzativi e delle tecnologie di comunicazione (che sono estremamente complesse e che garantiscono la massima funzionalità solo quando sono gestite in modo efficiente).

I corsi sono mirati anche alla gestione di strumenti di intervento differenziati in relazione ai problemi che si possono presentare, e alla gestione del rapporto con l'utenza, che nel caso dell'emergenza presenta problemi del tutto particolari.

Non viene trascurato neppure l'aspetto della gestione congiunta di interventi complessi con altri enti non

sanitari (vigili del fuoco, carabinieri, soccorso alpino, ecc.), la conoscenza del territorio, delle risorse e soprattutto degli altri servizi. Non dimentichiamo che il 118 serve non soltanto per l'emergenza sanitaria classicamente intesa, ma anche per l'emergenza igienistica, veterinaria, ecc.

Perraro. Per la formazione medica direi che non esiste in Italia una scuola specifica, forse qualcosa sta nascendo ora. In realtà le competenze che si acquistano soprattutto sul campo, i medici con maggiore esperienza sono i migliori maestri.

In Friuli non esiste una scuola ma ci sono realtà interessanti anche negli ospedali medio-piccoli: sono state istituite aree di pronto soccorso e di emergenza (San Daniele, Tolmezzo), dove i medici hanno acquisito una competenza specifica per gestire una vasta gamma di problemi formandosi nella stessa area oppure trascorrendo periodi di lavoro in diversi reparti.

MECOSAN. Quando potremo pensare di realizzare un modello di emergenza di questo tipo a livello nazionale?

Braida. Una speranza, intanto, è quella che le Regioni inizino a programmare. Poi si potrebbe procedere in modo piuttosto rapido. Ho l'impressione che in qualche realtà si tenda a fare in fretta a tutti i costi, senza preoccuparsi di mantenere standards adeguati. Comunque molte Regioni si sono mosse chiedendo consulenza a chi ha più esperienza, quindi il risultato potrà essere positivo. Le premesse ci sono.

IL COORDINAMENTO DELLE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO: UN PROBLEMA DA NON SOTTOVALUTARE

Intervista con:

Maria Teresa Fiandri
Primario Servizio
Anestesia e rianimazione
Ospedale Maggiore
di Bologna

MECOSAN. Quale sarà l'impatto del decreto sul dipartimento di emergenza che lei dirige?

Fiandri. Il n. 118 nella nostra Provincia è già funzionante, insieme a tutti gli altri numeri che la gente è abituata a chiamare e che non possono essere soppressi improvvisamente. La centrale operativa unica è già stata istituita e, per quanto riguarda le comunicazioni, è stata creata una rete regionale telefonica dedicata all'emergenza e sono state riservate alcune frequenze radio: ciò assicura il collegamento diretto tra i vari ospedali e tra i « punti caldi » degli stessi (rianimazione, pronto soccorso, ecc.).

Le convenzioni tra i diversi soggetti coinvolti sono già operanti, e quindi è assicurato il coordinamento tra i diversi mezzi di soccorso. Abbiamo approvato, prima che uscisse il decreto, la delibera con cui la responsabilità della centrale operativa è affidata ad un aiuto del servizio anestesia e rianimazione. Come medici d'appoggio abbiamo fatto la scelta di non lasciare fissi dei medici in centrale nell'arco delle 24 ore, ma di definire come medici d'appoggio

quelli che comunque operano nella struttura del dipartimento e che sono di conseguenza sempre presenti.

Direi quindi che, nel nostro caso, per quanto riguarda il soccorso pre-ospedaliero e l'assistenza esterna non cambierà assolutamente niente. E credo che poco cambierà anche per il dipartimento di emergenza nel settore ospedaliero.

Noi, però, abbiamo fatto delle scelte che sono diverse dalle indicazioni contenute nel decreto: per es., abbiamo affidato la responsabilità del pronto soccorso a medici internisti, che rispondono a un primario. Questi medici sono stati affiancati da ortopedici, e non da chirurghi, il che è nato da un'analisi epidemiologica di quelle che sono le patologie prevalenti che si presentano in pronto soccorso.

MECOSAN. Siete soddisfatti dei risultati ottenuti con questo modello?

Fiandri. Direi di sì, anche se esistono dei settori in cui non ci consideriamo ancora arrivati. La struttura ospedaliera per affrontare certe patologie, per es. la patologia traumatica, nella nostra città non è or-

ganizzata in modo corretto. Non esiste un ospedale che sia in grado di trattare in modo globale la patologia traumatica e si costringono i pazienti a rinunciare a certe competenze, ad averle in ritardo o a subire trasferimenti da un ospedale all'altro.

Per quanto concerne il pronto soccorso abbiamo cercato di definire due modelli:

— un soccorso semplice, in quanto la maggior parte delle chiamate si riferisce ad urgenze che non mettono realmente in pericolo la vita del paziente. Viene inviato pertanto il mezzo più vicino, con dei soccorritori che spesso non hanno una preparazione specifica;

— un soccorso per emergenze più gravi (circa il 5%), per le quali esiste realmente rischio di vita. Si cerca in questo caso di inviare ambulanze medicalizzate, con a bordo medici internisti o rianimatori, oppure l'elicottero di soccorso quando le circostanze lo richiedano.

Il filtro viene operato dalla centrale. L'identificazione delle chiamate e la modulazione delle risposte ha dato finora dei buoni risultati; una volta ricoverato il paziente, infatti, viene operato un riscontro tra la gravità reale e la gravità presunta, riscontro che ha evidenziato un effettivo funzionamento del filtro predisposto.

MECOSAN. Quali sono i principali problemi che occorrerà affrontare per organizzare il servizio dell'emergenza/urgenza?

Fiandri. Esistono tre tipi di problemi:

a) un problema economico, perché la centrale costa molto (logistica, attrezzature e personale);

b) un problema politico, perché sarà difficile mettere d'accordo le varie associazioni per fare una centrale unica;

c) un problema di formazione

del personale. Questo, infatti, non è personale che si può « improvvisare », bensì va preparato accuratamente a svolgere il proprio lavoro, sia a livello medico che infermieristico.

Il nostro iter operativo è questo: gli infermieri, prima di andare in centrale, devono avere fatto almeno due anni di servizio nel dipartimento di emergenza (pronto soccorso e terapia intensiva) e almeno un anno sui mezzi di soccorso (compreso l'elicottero). Solo in seguito possono essere destinati al lavoro di centrale.

MECOSAN. È motivante, per queste persone, fare l'operatore in centrale?

Fiandri. Sì. Giudicando dalle richieste che abbiamo riscontrato, moltissimi infermieri vogliono fare questo lavoro, perché li responsabilizza molto e dà soddisfazioni in prima persona. Inoltre il decreto rende possibile, sempre sotto supervisione medica, un ampliamento degli interventi e delle azioni degli infermieri professionali.

MECOSAN. Qual è la ragione, la vera natura del problema politico con le associazioni?

Fiandri. I problemi sono fondamentalmente due:

1) le associazioni attualmente sono autonome e libere di operare in concorrenza. Domani dovranno essere collegate, dovranno mettere a disposizione uomini e mezzi e riportare la propria attività al S.s.n.;

2) è probabile che ci siano anche ragioni di immagine, in quanto molte di queste associazioni hanno una storia antica, che precede, anche di molti anni, l'istituzione del Servizio sanitario nazionale. Sono state le prime, e per molti anni le uniche; hanno quindi un'immagine radicata, e doverla mediare confron-

tandosi con altre realtà ha per loro un costo, sia pur in senso non economico.

MECOSAN. Sempre a proposito di queste convenzioni, vengono dettati anche degli standard in ordine dal personale, ai mezzi, alle tecnologie?

Fiandri. Nelle convenzioni vengono descritte le caratteristiche dei mezzi convenzionati, nonché la qualità del personale che sale sugli stessi (la cui preparazione è per ora lasciata alle associazioni, che hanno un direttore sanitario responsabile). Del resto, non bisogna dimenticare che queste associazioni annoverano numerosi medici e infermieri.

MECOSAN. Pensate di definire a livello provinciale le necessità dell'emergenza, suddivise per tipo di tecnologia e tipo di personale, per poi andare a definire le singole convenzioni su questa base di ordine generale e programmatico?

Fiandri. Noi ci siamo mossi in modo diverso da tutti gli altri. La nostra, in effetti, non è una centrale per l'emergenza; è una centrale di soccorso e trasporto per tutte le necessità extra-ospedaliere di tipo sanitario (vale a dire far fronte non solo alle chiamate urgenti, ma anche ai ricoveri protetti, alle dimissioni, ai trasporti interospedalieri). Circa il 70 per cento delle chiamate e del movimento sui mezzi si riferisce ad un'attività sanitaria ordinaria e non d'urgenza. Perché unirle insieme? Perché dà capacità e duttilità al sistema, in quanto la potenzialità in termini di uomini e di mezzi è maggiore. Unire, secondo noi, costa meno.

MECOSAN. Qual è il ruolo che il personale, medico e non medico (specialmente gli infermieri), sarà

chiamato a ricoprire nell'organizzazione dell'emergenza?

Fiandri. In Francia esiste una medicalizzazione spinta sia nelle centrali che sui mezzi di soccorso; i risultati sono buoni, ma a discapito del rapporto costo/beneficio. Negli Stati Uniti ci sono medici in centrale e personale paramedico (infermieri) sulle ambulanze. In Germania ci sono infermieri in centrale e sono stati medicalizzati i mezzi di soccorso. Le soluzioni sono state sperimentate un po' tutte: vanno adattate in base alle necessità ed in base alla realtà che uno si trova a gestire.

In base alla nostra esperienza, per quanto riguarda l'assistenza domiciliare esiste effettivamente la necessità di colloquiare con un medico: abbiamo quindi sempre presenti dei medici di guardia dedicati all'urgenza (per dare consigli, suggerire comportamenti, ecc.).

Per quanto riguarda invece l'emergenza esterna, le discriminanti non sono di tipo medico; lista che utilizziamo per identificare le emergenze gravi sulla strada, infatti, è composta da elementi clinici molto semplici (respiro, coscienza, ecc.), da alcuni elementi anatomici (presenza di ferite penetranti, ecc.) e da altri elementi detti « meccanici » (presenza di un morto sullo stesso veicolo, caduta da un'altezza superiore a 5 mt., ecc.). Per qualificare questi elementi non è necessaria la presenza di un medico, che è invece essenziale in due altri momenti:

— quando si stabiliscono i protocolli (prot. di valutazione della chiamata, prot. di attivazione dei mezzi, prot. di assistenza sul posto);

— quando si va a fare la verifica dei risultati.

La nostra esperienza, di ormai 10 anni, ha confermato la scelta fatta. Se un infermiere si rende conto di aver bisogno di un medico del resto, può contare su una serie di punti

di appoggio (medico di guardia in rianimazione; medico presente al pronto soccorso; medico presente sull'elicottero). I casi di necessità di un parere medico specifico sono comunque piuttosto isolati.

MECOSAN. *Quali risorse saranno necessarie per realizzare gli obiettivi del decreto? Quali costi aggiuntivi dovranno essere sostenuti?*

Fiandri. La nostra Unità sanitaria locale è forse poco significativa, in quanto abbiamo già un sistema funzionante. Dovendo applicare il decreto, l'aumento dei costi sarà contenuto, almeno per quanto riguarda la parte extraospedaliera. I maggiori problemi concerneranno il personale, considerato anche che il decreto non fa alcun cenno a questo proposito.

Le soluzioni, in generale, sono due: — assumere in organico il personale (medico e non) della centrale e dei mezzi di soccorso. È la soluzione adottata nella regione Emilia Romagna, e verso la quale si stanno orientando altre Regioni come la Lombardia e il Friuli;

— assumere, fuori servizio e con contratto di liberi professionisti, i medici che già lavorano in ospedale. Il vantaggio di questa soluzione è che, complessivamente, è meno costosa; ruotano però molte persone (anche 50 o 60), di cui parecchie motivate da ragioni esclusivamente economiche e non dal tipo di lavoro. Il servizio, in questo caso, rischia di perdere la propria identità, almeno in assenza di un nucleo culturale « forte »; a mio parere, in effetti, la gente si sente più motivata se viene assunta per quel lavoro.

Tornando ai costi, la centrale operativa costa in termini di:

- struttura e logistica;
- reti di comunicazione (reti telefoniche dedicate e sistema-radio);
- sistema di personale (sia assun-

to come consulente che come dipendente).

MECOSAN. *Come finanziare le centrali operative?*

Fiandri. Con quello che è stato stanziato, non è possibile far fronte alla spesa corrente, tantomeno a dei nuovi investimenti.

Realizzare il sistema descritto dal decreto senza nuovi stanziamenti è del tutto utopistico.

In altri paesi, dove il sistema pubblico è intervenuto in modo più consistente, ha contribuito in misura maggiore alla copertura dei costi; negli Stati Uniti, per es., esistono degli ospedali che lavorano specificamente sull'emergenza/urgenza, ma hanno finanziamenti ad hoc. Il sistema di emergenza/urgenza è riconosciuto essere un lavoro costoso e poco redditizio; non rende, ma fa « immagine », qualifica l'ospedale nel suo complesso.

MECOSAN. *Secondo voi, comunque, un modo di ridurre i costi della centrale operativa è quello di non focalizzarla sull'urgenza e di darle una funzione complessiva di trasporto sanitario?*

Fiandri. Non sono certa che possa portare alla riduzione dei costi, ma sicuramente porta ad una migliore economia di tutto il sistema. Tutti i mezzi che fanno servizio ordinario, quando sono liberi, possono essere utilizzabili per un'emergenza; ciò consente indubbiamente di ridurre i mezzi e le persone dedicati esclusivamente all'urgenza.

MECOSAN. *Quanto tempo è stato necessario per realizzare questo servizio, dal momento in cui l'avete ideato? Quali tempi ritenete che saranno necessari per il concreto affermarsi del modello di emergenza previsto dal decreto?*

Fiandri. Ci abbiamo messo circa 10anni, ma partendo con le nostre sole forze di U.s.l.. Solo in seguito si sono attivate forze regionali, ed ora, con il decreto, forze nazionali. È chiaro che, quando si parte da soli e si fanno sperimentazioni, il cammino è sempre più lungo.

Con i finanziamenti e la disponibilità delle diverse forze a collaborare, nell'arco di un anno il sistema tracciato dal decreto può essere atti-

vato. In tutta Italia, infatti, si è formata una cultura sull'emergenza che dieci anni fa non c'era.

MECOSAN. Che consiglio si sentirebbe di dare ad un suo collega che si trovi ad organizzare il servizio di emergenza/urgenza, magari partendo da zero?

Fiandri. Gli consiglieri due cose su tutte:

— cercare all'interno del proprio staff persone che abbiano realmente la « passione » di fare questo lavoro;

— non cadere nel trabocchetto di accontentarsi della « facciata », dell'immagine, trascurando la sostanza.

Il decreto, infatti, è un'occasione per cambiare veramente le cose, e un buon dipartimento di emergenza consente di dare una nuova immagine a tutta la struttura ospedaliera nel suo complesso.

ANESTESISTI E TERAPIA INTENSIVA: DUE PUNTI CRITICI PER L'ATTUAZIONE DEL DECRETO

Intervista con:

Luciano Gattinoni

professore straordinario di anestesia e rianimazione, è primario del servizio di anestesia e rianimazione dell'ospedale nuovo di Monza. Ha fatto parte della commissione del Consiglio superiore di sanità (presieduta dal prof. Donato di Pisa) che è stata organo di consulenza del ministro De Lorenzo per la stesura del decreto 29 gennaio 1992 sugli interventi in emergenza/urgenza.

MECOSAN. Qual è l'impatto del decreto sull'emergenza sull'organizzazione dei servizi delle U.s.l.?

Gattinoni. È opportuno differenziare il discorso a seconda che si consideri l'impatto attuale o l'impatto potenziale del decreto. L'impatto attuale, in effetti, in assenza di una legislazione specifica a livello regionale e di una serie di provvedimenti attuativi, è pressoché inesistente. L'impatto potenziale, invece, è molto elevato, in quanto il decreto potrebbe consentire di riportare l'organizzazione sanitaria del Paese, per quanto riguarda l'emergenza e l'urgenza, a livelli europei.

Innanzitutto, occorre precisare che cosa si intende per emergenza e per urgenza:

— l'emergenza può essere definita come una situazione tale per cui, in assenza di un trattamento immediato, esiste un elevatissimo rischio di morte. È una situazione statisticamente poco frequente; su un bacino di un milione e mezzo di abitanti gli interventi realmente in emergenza vanno dai due ai sei al giorno;

— per urgenza, invece, si intende una situazione di potenziale rischio, per cui, in assenza di trattamento, possono intervenire, entro un certo lasso

di tempo, una serie di complicazioni o di alterazioni permanenti, fino anche alla morte. Si ha più breve, però, per intervenire.

È evidente che, in condizioni di emergenza, la struttura va portata dove c'è il paziente per il primo intervento; in urgenza, invece, il paziente può essere trasportato alla struttura.

È ovvio che il trattamento di emergenza/urgenza è prioritario rispetto al trattamento ordinario, ed è altrettanto ovvio che mettervi mano equivale a ridisegnare l'organizzazione dell'ospedale nel suo complesso. Chi può aspettare, deve aspettare; chi non può aspettare, non deve aspettare: gli interventi e le scelte devono essere necessariamente gerarchizzati.

Bisogna, d'altro canto, rendersi conto che disegnare un sistema perfetto sotto ogni punto di vista è impossibile: non esiste la possibilità economica e reale di sopportare uno sforzo del genere, anche se, naturalmente, la tendenza deve essere quella di assicurare e perfezionare prima l'emergenza, poi l'urgenza, poi il trattamento ordinario.

In sostanza, l'impatto del decreto sulla U.s.l. è e deve essere globale, nel senso che le attività dell'emergenza/urgenza necessariamente condizionano tutto il sistema sanitario e tutta

la struttura dovrà di conseguenza essere revisionata.

MECOSAN. Quali tempi si prevedono per il concreto affermarsi del modello di emergenza previsto dal decreto?

Gattinoni. È una domanda a cui, purtroppo, non posso dare alcuna risposta, in quanto uno dei principali problemi del sistema sanitario, a mio parere, è legato al fatto che i medici non hanno alcun potere gestionale. E potere gestionale significa poter scegliere. Qualcosa si sta facendo, ma esistono grossissimi problemi: le realtà di partenza, in ambito nazionale, sono estremamente differenti. Alcune Regioni potranno organizzarsi presto e meglio, perché già possiedono strutture migliori, altre faranno molta fatica.

La trasformazione, del resto, è sostanziale: non si tratta solo di togliere il cartello di pronto soccorso e scrivere dipartimento di emergenza.

Il punto più alto del trattamento di malati stabilizzati con problemi urgenti sono le rianimazioni. In Italia ce ne sono circa 400 (anche se non se ne conosce il numero esatto): la distribuzione geografica, però, è estremamente squilibrata. Al nord esiste un'elevata concentrazione, il centro non è messo molto bene, il sud e le isole sono molto carenti. Le differenze sono evidenti, proprio in termini numerici, e alla differenza in termini numerici non corrisponde una differenza in termini di necessità di intervento.

La soluzione nel caso specifico, comunque, non è solo quella di moltiplicare i reparti di rianimazione, che sono tra l'altro le realtà più costose all'interno degli ospedali. Il problema è quella di avere delle aree per terapie sub-intensive, che possano fungere da polmone e che possano evitare situazioni in cui il malato, ancora grave ma non in pericolo di vita, ven-

ga trasferito dalla rianimazione direttamente in corsia dove il tipo di assistenza che può ricevere è nella maggior parte dei casi inadeguato. Spesso, di conseguenza, viene trattenuto più tempo in rianimazione, fino a quando è in grado di essere pressoché autonomo, e ciò si riflette in un mal uso di una struttura a tecnologia elevata, sprecata per quel particolare paziente. Mancano strutture di collegamento, strutture intermedie che dovrebbero essere in numero doppio o triplo rispetto al numero delle rianimazioni. Ciò anche se le rianimazioni, in assoluto e di per sé, sono comunque carenti, soprattutto in alcune zone del paese.

MECOSAN. Quali sono gli strumenti che possono favorire il raggiungimento degli obiettivi delineati dal decreto?

Gattinoni. Esistono, evidentemente, diversi ordini di problemi:

- un problema economico;
- un problema legislativo, strettamente legato al precedente;
- un problema di evoluzione culturale, il più difficile da definire e superare.

Per quanto concerne i problemi economico e legislativo può essere utile un semplice esempio.

Uno dei punti cardine del decreto è l'istituzione delle centrali operative, che devono avere un medico responsabile. Se si vuole avere un medico presente e disposto a viaggiare in ambulanza 24 ore su 24, bisogna assumerne sei (tra turni, recuperi, ferie, malattie, ecc.). Il decreto indica « preferibilmente » gli anestesisti, il che significa che nel giro di due anni il fabbisogno calcolato sulle 100 centrali operative sarà di circa 600 anestesisti. Considerato che il ricambio fisiologico di questa figura professionale (per cambio professione, pensionamento, ecc.) è di circa il 10% (sui 4000-5000 anestesisti esistenti, 400-500

all'anno se ne vanno), e che in specialità quest'anno, in seguito al brusco taglio introdotto dal Ministero della pubblica istruzione, ci sono solo 190 anestesisti, viene da chiedersi se i due ministeri si siano « parlati ». In effetti, nel giro di qualche anno, si sarà in una situazione di grave emergenza sotto questo punto di vista e sarà inevitabile un'inversione di tendenza.

È necessaria, in sostanza, una maggior attenzione sotto il profilo legislativo per evitare di vanificare lo sforzo che molte unità e molte strutture stanno compiendo. Le direttive generali, così come sono fissate nel decreto, vanno bene: a livello nazionale, semmai, sarebbe necessario un miglior coordinamento della legislazione settoriale. È a livello regionale, però, che dovrà essere compiuto lo sforzo maggiore: le centrali operative devono seguire tutte la medesima logica ed essere interconnesse; le esigenze, anche di Regioni diverse, devono essere rese compatibili (e il problema, anche solo in termini di controllo delle diverse croci, è enorme).

Sotto il profilo economico, le risorse da investire per l'approntamento e l'affinamento di un sistema come quello del 118 (che non è solo un numero, ma anche il personale che ci lavora dietro, le ambulanze che devono avere determinati standard, il personale di accompagnamento sulle ambulanze stesse) sono consistenti e non si vede come possano essere reperite in una Regione come la Lombardia in cui le spese destinate alla sanità nel 1992 sono uguali a quelle storiche. Si assiste ad una divergenza, secondo me, tra il sistema che il decreto intende approntare e le risorse attivabili concretamente. E, in questa situazione, è ovvio che i nodi siano destinati a venire al pettine.

È inutile disegnare un sistema ideale per risolvere il problema dell'emergenza/urgenza, se poi il sistema politico (e le società che rappresenta) non è in grado o non vuole pagarsi questo

tipo di sanità. Dietro un'azione di questo genere bisogna necessariamente, in fase attuativa, identificare il costo reale e valutare se si è in grado e se si ha la volontà di sostenerlo.

Per quanto concerne l'aspetto culturale, invece, noi medici siamo direttamente coinvolti. La mentalità dell'emergenza e dell'urgenza, ossia avere chiara la situazione ospedaliera, quali sono le priorità, chi decide che cosa e quali sono le responsabilità reciproche, è una situazione da cui, culturalmente, siamo ancora molto lontani.

In questo decreto è meno chiaramente espresso e approfondito di quanto fosse nel documento della commissione l'aspetto della responsabilità; esso è stato influenzato del resto, da una serie di pressioni e di corporativismi.

Il problema definito « culturale » è proprio quello di uscire da una stretta visione corporativa e di interessi culturali per abbracciare una nuova mentalità: passare da un'ottica di potere visto come numero di letti ad un'ottica di servizio all'utente.

Oggi, se avviene un'incidente, la mentalità diffusa fa sì che il ferito venga portato al posto più vicino con scritto pronto soccorso, quando con 20 km in più potrebbe andare in un ospedale più attrezzato per il suo particolare problema. La prima cosa da fare, per cui, è quella di disegnare, per ogni Regione, una mappa degli ospedali che sono in grado di assicurare (magari solo in una determinata fascia oraria) determinate prestazioni.

Ciò richiede un grosso lavoro organizzativo ed un grosso lavoro di conoscenza della realtà: è necessario creare una rete di comunicazione rapida ed on line, una rete di allertaggio ed una rete di ospedali tra loro collegati. Dal punto di vista della cultura, devo dire che qualcosa effettivamente sta cambiando, anche se, com'è lecito attendersi, ogni nascita è dolorosa. Nel nostro sistema, in effetti, così come si è storicamente evo-

luto (e il discorso non concerne solo la sanità), è estremamente difficile individuare chi è responsabile di che cosa. È semplicemente assurdo pensare a un sistema sanitario funzionante e perfettamente responsabilizzato all'interno del sistema pubblico che tutti conosciamo.

I medici non hanno responsabilità gestionali; non esistono ospedali, che io conosca, organizzati per centri di costo; non si fa spesso alcun tentativo per calcolare e differenziare le spese fisse (spese alberghiere, spese di personale, ecc.) dalle spese di trattamento medico. Chi lo fa, come nel caso del mio reparto, rappresenta un caso del tutto isolato.

La cultura, purtroppo, non può cambiare nel breve periodo e non può essere modificata da un decreto; la legge può solo incentivare e supportare un processo di lungo periodo che dovrà vivere delle iniziative e degli sforzi dei singoli medici e delle singole strutture.

MECOSAN. Quali sono i principali problemi che i dirigenti delle U.s.l. saranno chiamati ad affrontare nei prossimi mesi?

Gattinoni. L'identificazione delle Province in cui sistemare le centrali operative non rappresenterà un grosso problema. I problemi concerneranno il personale medico e operativo da destinare alle centrali (si è già detto della futura situazione con riguardo agli anestesisti) e il coordinamento delle ambulanze delle diverse croci. In sostanza:

— occorre trovare le risorse economiche per assumere e retribuire il personale;

— occorre mappare esattamente le realtà locali e decidere quali sono gli ospedali e in che fascia oraria devono entrare nella rete dell'emergenza;

— avere il coraggio di potenziare o di tagliare.

Il problema sarà scegliere, e scegliere-

re inevitabilmente significa scontentare qualcuno.

MECOSAN. Quale ruolo sarà chiamato a ricoprire il personale medico e non medico nell'organizzazione dell'emergenza?

Gattinoni. Il ruolo sarà prevalentemente di consulenza: garantire ai politici elementi di conoscenza. È auspicabile, poi, che l'attuale personale medico e non medico possano curare la formazione del futuro personale necessario per la gestione delle centrali operative e per la gestione dell'emergenza sul territorio. Sarà un problema di quantità e soprattutto di qualità, per articolare la risposta ospedaliera in modo che sia rispondente ai problemi dell'emergenza e dell'urgenza.

MECOSAN. Quali risorse aggiuntive saranno necessarie per realizzare gli obiettivi del decreto?

Gattinoni. Come già detto, esiste uno scollamento tra il decreto e il sistema di risorse attivabili. Il decreto indica le cose da farsi; « se esistono le possibilità economiche per » e « come attrezzarsi per » sarà una questione di scelte, politiche innanzitutto.

Per quanto concerne le strutture operative, la realtà del paese è variegata; ci sono Regioni già vicine allo standard per cui un ospedale possa essere trasformato in dipartimento, definendo la struttura logistica (persone, attrezzature e mezzi) e funzionale (reciproche relazioni), e altre che da tale standard sono lontanissime. Ovviamente, se si parte da una realtà dove la struttura esiste già all'80-90%, si tratta di cambiare soprattutto il modo di lavorare insieme e il costo, inteso in senso economico, è piuttosto ridotto. Se la realtà è povera anche sotto il profilo delle strutture, i costi di avviamento sono molto elevati e i fabbisogni di risorse finanziarie consistenti.

IL MODELLO DELL'EMILIA-ROMAGNA SU SCALA NAZIONALE

Intervista con:

Giuseppe Guerra

Coordinatore sanitario U.s.l. 27
Bologna ovest,
Direttore sanitario Ospedale
Maggiore Bologna,
coordinatore sottogruppo
regionale per la pianificazione del
sistema delle emergenze

MECOSAN. Qual è l'impatto del decreto sull'emergenza sull'organizzazione dei servizi delle U.s.l.?

Guerra. L'impatto sulle U.s.l. della nostra Regione sarà sicuramente meno complesso che in altri casi. Il secondo Piano sanitario regionale, che è in via di attuazione, contiene un capitolo specifico sul sistema delle emergenze.

La Regione, in effetti, aveva già svolto un certo lavoro, soprattutto per quanto riguarda la parte extra-ospedaliera dell'emergenza, che è anche quella più importante e più chiara del decreto. La parte intra-ospedaliera è molto più complessa e più fumosa. Per quanto concerne la parte esterna, il decreto di fatto ricalca il modello elaborato dalla regione Emilia-Romagna, nel senso che dà indicazioni per una centrale unica (il famoso 118) cui afferiscano tutte le chiamate in emergenza per una determinata zona.

Nella nostra Regione le centrali operative governano l'intero territorio di una Provincia. Tutte le centrali, come Bologna-Soccorso che è la più antica, ma anche le altre costituite più recentemente (Ravenna, Modena, Reggio-Emilia, Rimini, Par-

ma, ecc.), sono provinciali, il che conferma l'aderenza del decreto alla soluzione da noi adottata. La centrale operativa deve essere pubblica, dipendere cioè dal Servizio sanitario nazionale, anche questo elemento è caratteristico della politica regionale sull'argomento.

Ovviamente, al di là della creazione di una centrale unica, occorre che più forze collaborino per l'attuazione del sistema nel suo complesso: le U.s.l., la Croce Rossa italiana, le associazioni di volontariato e le cooperative che operano nel settore.

Occorre mettere attorno a un tavolo tutte queste forze per studiare un protocollo in comune di utilizzo del sistema. È proprio questo che sta avvenendo in tutta la Regione: alcuni accordi sono già stati conclusi (Modena, Bologna, Ravenna), altri si stanno concludendo. Praticamente tutti i mezzi disponibili per il soccorso esterno vengono raggruppati e coordinati dalla centrale.

MECOSAN. L'esperienza di questi accordi come sarà recepibile dalle diverse U.s.l.?

Guerra. Non sono accordi facili, perché esiste una situazione consoli-

data di potere che non è uguale in tutte le Province: in alcune è più presente la Croce Rossa, in altre l'Unità sanitaria locale, ecc. Queste situazioni hanno un forte risvolto politico, e il decreto sicuramente aiuta la soluzione dei problemi: dice chiaramente che le centrali operative devono essere del Servizio sanitario nazionale e che chiunque operi nel soccorso debba necessariamente rapportarsi e collaborare con esse. Questo è un elemento che farà chiarezza e attenuerà le situazioni di attrito.

MECOSAN. Il costo complessivo di questi accordi, in termini economici, andrà ad aumentare o riuscirà ad essere contenuto?

Guerra. Per noi i costi non cambiano. Nella nostra Provincia, avevamo già una convenzione con la Croce Rossa e con l'associazione di volontariato (Afis); l'uscita del decreto non ha cambiato, sostanzialmente, i termini di tale convenzione. Si sta cercando, inoltre, di preparare una convenzione regionale che serva da guida per le convenzioni provinciali.

MECOSAN. Quali sono i principali problemi che i dirigenti delle U.s.l. saranno chiamati ad affrontare nei prossimi anni?

Guerra. In questi anni si è diffusa notevolmente la cultura dell'emergenza. Le difficoltà, dal punto di vista concettuale e organizzativo, non saranno molte. Sarà soprattutto un problema di accordi politici.

Se dovessi dare consigli a chi comincia da zero, a chi non può contare su un servizio già operante come il nostro, direi che la prima cosa da istituire è la centrale operativa per la concentrazione delle chiamate. È stata infatti questa organizzazione che, nel nostro caso, ha mo-

strato la situazione critica all'interno dell'ospedale.

Ci siamo resi conto, cioè, quando abbiamo organizzato il sistema dell'emergenza della nostra città, che eravamo in grado di intervenire e portare il malato in ospedale, anche nelle situazioni più critiche, in una media di 17 minuti, ma passava poi molto tempo prima che l'ospedale si attivasse.

Abbiamo pertanto rivisto l'organizzazione interna ed abbiamo ottenuto miglioramenti significativi, passando da attese anche lunghe per mettere in moto il meccanismo di intervento diagnostico/terapeutico ad attese di pochi minuti.

MECOSAN. Quali risorse aggiuntive saranno necessarie per realizzare gli obiettivi del decreto? Realizzare il modello del decreto, quanto costerà alla regione Emilia-Romagna, e quanto, secondo lei, al resto d'Italia?

Guerra. Non ho gli elementi necessari per quantificare i costi dal punto di vista economico. Certamente, completare il sistema nella nostra Regione (ormai sono operanti 8 centrali operative su 9) costerà molto.

Conoscendo la situazione di altre Regioni, specialmente al centro e al sud, i costi saranno decisamente superiori ai nostri. Non tutte, infatti, possono contare su un insieme di forze e di energie da articolare semplicemente all'interno di un sistema organizzativo (com'è il caso della Lombardia).

C'è da chiedersi, tutti questi costi chi li finanzia? L'art. 20 del decreto parla di finanziamenti unicamente con riguardo alle strutture (muri e mezzi), ma non fa alcun cenno, per es., al costo di personale. E il personale, sia per questione di numeri, sia per questione di addestramento e preparazione, costa.

MECOSAN. Quindi può accadere, come già in altri casi, che le Regioni spenderanno ed alimenteranno un deficit preoccupante?

Guerra. Dipende. In base al decreto, è necessario redigere un piano, che noi stiamo preparando tenendo conto dei costi complessivi (compresi quelli di personale). Noi indichiamo chiaramente quello che deve essere fatto ed i relativi costi, ed attenderemo poi che il piano venga valutato. Lo stesso dovrebbe accadere anche per le altre Regioni.

MECOSAN. Quali sono gli strumenti che possono favorire il raggiungimento degli obiettivi delineati dal decreto? Che consiglio si sentirebbe di dare ad una persona che debba organizzare il servizio dell'emergenza?

Guerra. Dal punto di vista organizzativo, i modelli esistono e sono facilmente riproponibili. È necessario, in primo luogo, fare un P.s.r. che prescindendo dagli interessi di gruppo e tracci delle linee generali di collaborazione e di lavoro comune.

Ad un collega direttore di ospedale suggerirei innanzitutto di costituire subito il consiglio di dipartimento, mettere cioè intorno ad un tavolo tutte le persone che sono interessate a questo servizio. Il nostro consiglio di dipartimento, in effetti, ha tre anni ed ha contribuito in modo sostanziale a creare un'ottica complessiva del problema da risolvere. Per far funzionare il sistema — è necessario chiarire — spesso bastano dei piccoli aggiustamenti di carattere organizzativo, fare dei protocolli, per es., che ciascuno debba rispettare.

Quando nasce un problema deve essere affrontato e risolto in termini di protocollo, il che ha consentito, nel nostro caso, di ridurre al minimo liti e questioni.

MECOSAN. Per concludere, qual è il ruolo, all'interno del sistema dell'emergenza, dei piccoli ospedali che spesso restano in vita per esplicita volontà della popolazione, ma che non sono dotati delle strutture necessarie per numerosi tipi di intervento?

Guerra. Bisogna convincere istituzioni e cittadini che non sempre il problema di un intervento di urgenza può

essere risolto nell'ospedale sotto casa. Risolvere il problema dell'emergenza significa risolvere il problema del soccorso esterno, cioè consentire al malato di raggiungere nel più breve tempo possibile l'ospedale giusto, non necessariamente quello più vicino. In Emilia-Romagna abbiamo individuato ospedali con pronto soccorso e dipartimenti di primo e secondo livello, e li abbiamo distribuiti geograficamente in modo opportuno.

Riuscire a far comprendere a tutti che questo è un modello razionale non è semplice. Si consideri che più dell'80% delle patologie che richiedono trattamento in pronto soccorso sono piccole patologie, quasi « banali » e le vere emergenze/urgenze sono solo il 20%. Se in questi casi si interviene tempestivamente, garantendo efficaci risposte, anche per il rimanente 80% la popolazione modificherà presto le proprie convinzioni.

ATTO D'INDIRIZZO E COORDINAMENTO DELLE ATTIVITÀ DELLE REGIONI E P. A. DI TRENTO E DI BOLZANO IN MATERIA DI EMERGENZA SANITARIA

(D.P.R. 13 marzo 1992)

(Omissis)

Art. 2

Il sistema di emergenza sanitaria

1. - Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano organizzano le attività di urgenza e di emergenza sanitaria articolate su:

- a) il sistema di allarme sanitario;
- b) il sistema di accettazione e di emergenza sanitaria.

Art. 3

Il sistema di allarme sanitario

1. - Il sistema di allarme sanitario è assicurato dalla centrale operativa, cui fa riferimento il numero unico telefonico nazionale « 118 ». Alla centrale operativa affluiscono tutte le richieste di intervento per emergenza sanitaria. La centrale operativa garantisce il coordinamento di tutti gli interventi nell'ambito territoriale di riferimento.

2. - Le centrali operative della rete regionale devono essere compatibili tra loro e con quelle delle altre Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano in termini di standard telefonici di comunicazione e di servizi per consentire la gestione del traffico interregionale. Con decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro delle poste e delle telecomunicazioni, entro 60 giorni dalla data di pubblicazione del presente atto sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica sono definiti gli standard di comunicazione e di servizio.

3. - L'attivazione della centrale operativa comporta il superamento degli altri numeri di emergenza sanitaria di enti, associazioni e servizi delle Unità sanitarie locali nell'ambito territoriale di riferimento, anche mediante convogliamento automatico delle chiamate sulla centrale operativa del « 118 ».

4. - Le centrali operative sono organizzate, di norma su base provinciale. In ogni caso nelle aree metropolitane, dove possono all'occorrenza sussistere più centrali operative, è necessario assicurare il coordinamento tra di esse.

5. - Le centrali operative assicurano i radiocollegamenti con le autoambulanze e gli altri mezzi di soccorso coordinati e con i servizi sanitari del sistema di emergenza sanitaria del territorio di riferimento, su frequenza dedicate e riservate al Servizio sanitario nazionale, definite con il decreto di cui al precedente comma 2.

6. - Il dimensionamento e i contenuti tecnologici delle centrali operative sono definiti sulla base del documento approvato dalla Conferenza Stato-Regioni in data 14 gennaio 1992, che viene allegato al presente decreto.

Art. 4

Competenze e responsabilità nelle centrali operative

1. - La responsabilità medico-organizzativa della centrale operativa è attribuita nominativamente anche a rotazione con specificazione nominativa, a un medico ospedaliero con qualifica non inferiore ad aiuto corresponsabile preferibilmente anestesista, in possesso di documentata esperienza ed operante nella medesima area dell'emergenza.

2. - La centrale operativa è attiva per 24 ore al giorno e si avvale di personale infermieristico adeguatamente addestrato, nonché di competenze mediche di appoggio. Queste devono essere immediatamente consultabili, e sono assicurate nominativamente, anche a rotazione, da medici dipendenti con esperienza nel settore dell'urgenza ed emergenza, e da medici del servizio di guardia medica di cui all'art. 22 dell'accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici addetti al servizio di guardia medica e di emergenza territoriale, reso esecutivo con D.P.R. 25 gennaio 1991, n. 41. La responsabilità operativa è affidata al personale infermieristico professionale della centrale, nell'ambito dei protocolli decisi dal medico responsabile della centrale operativa.

Art. 5

Disciplina delle attività

1. - Gli interventi di emergenza sono classificati con appositi codici. Il Ministro della sanità, con proprio decreto da emanarsi entro 60 giorni dalla data di pubblicazione del presente atto sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica, stabilisce criteri e requisiti cui debbono attenersi le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano nella definizione di tale codificazione, anche ai fini delle registrazioni necessarie per documentare le attività svolte e i soggetti interessati.

2. - L'attività di soccorso sanitario costituisce competenza esclusiva del Servizio sanitario nazionale. Il Governo determina gli standard tipologici e di dotazione dei mezzi di soccorso ed i requisiti professionali del personale di bordo, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni.

3. - Ai fini dell'attività di cui al precedente comma, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano possono avvalersi del concorso di enti e di associazioni pubbliche e private, in possesso dell'apposita autorizzazione sanitaria, sulla base di uno schema di convenzione, definito dalla Conferenza Stato-Regioni su proposta del Ministro della sanità.

Art. 6

Il sistema di accettazione e di emergenza sanitaria

1. - Fermo restando quanto previsto dall'art. 14 del D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128, in materia di accettazione sanitaria, il sistema di emergenza sanitaria assicura:

- a) il servizio di pronto soccorso;
- b) il dipartimento di emergenza.

2. - Le regioni e le province di Trento e Bolzano individuano gli ospedali sedi di pronto soccorso e di dipartimento di emergenza.

Art. 7

Le funzioni del pronto soccorso

1. - L'ospedale sede di pronto soccorso deve assicurare, oltre agli interventi diagnostico-terapeutici di urgenza compatibili con la specialità di cui è dotato, almeno il primo accertamento diagnostico, clinico, strumentale e di laboratorio e gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente, nonché garantire il trasporto protetto.

2. - La responsabilità delle attività del pronto soccorso e il collegamento con le specialità di cui è dotato l'ospedale sono attribuiti nominativamente, anche a rotazione non inferiore a sei mesi, ad un medico con qualifica non inferiore ad aiuto, con documentata esperienza nel settore.

Art. 8

Le funzioni del dipartimento di emergenza

1. - Il dipartimento di emergenza deve assicurare nell'arco delle 24 ore, anche attraverso le unità operative specialistiche di cui è dotato l'ospedale, oltre alle funzioni di pronto soccorso, anche:

a) interventi diagnostico-terapeutici di emergenza medici, chirurgici, ortopedici, ostetrici e pediatrici;

b) osservazione breve, assistenza cardiologica e rianimatoria.

2. - Al dipartimento di emergenza sono assicurate le prestazioni analitiche, strumentali e di immunoematologia per l'arco delle 24 ore giornaliere.

3. - La responsabilità delle attività del dipartimento e il coordinamento con le unità operative specialistiche di cui è dotato l'ospedale sono attribuiti nominativamente, anche a rotazione non inferiore a sei mesi, ad un primario medico, chirurgo o rianimatore, con documentata esperienza nel settore.

Art. 9

Le funzioni regionali

1. - Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, anche a stralcio del Piano sanitario regionale, determinano entro 120 giorni dalla data di pubblicazione del presente atto sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica, la ristrutturazione del sistema di emergenza sanitaria, con riferimento alle indicazioni del parere tecnico fornito dal Consiglio superiore di sanità, in data 12 febbraio 1991, e determinano le attribuzioni dei responsabili dei servizi che compongono il sistema stesso.

2. - Il provvedimento di cui al comma precedente determina altresì le modalità di accettazione dei ricoveri di elezione in relazione alla esigenza di garantire adeguate disponibilità di posti letto per l'emergenza. Con il medesimo provvedimento sono determinate le dotazioni di posti letto per l'assistenza subintensiva da attribuire alle singole unità operative.

Art. 10

Prestazioni del personale infermieristico

1. - Il personale infermieristico professionale, nello svolgimento del servizio di emergenza, può essere autorizzato a praticare iniezioni per via endovenosa e fleboclisi nonché a svolgere le altre attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali, previste dai protocolli decisi dal medico responsabile del servizio.

Art. 11

Onere del trasporto di emergenza

1. - Gli oneri delle prestazioni di trasporto e soccorso sono a carico del Servizio sanitario nazionale solo se il trasporto è disposto dalla centrale operativa e comporta il ricovero del paziente. Detti oneri sono altresì a carico del Servizio sanitario nazionale anche in mancanza di ricovero determinata da accertamenti effettuati al pronto soccorso. Fanno carico al S.s.n., altresì, i trasferimenti tra sedi ospedaliere disposti dall'ospedale.

Art. 12

Attuazione

1. - All'attuazione di quanto disposto dal presente atto provvedono le Regioni e le Province autonome.

2. - Le spese in conto capitale per l'organizzazione del livello assistenziale fanno carico come priorità agli stanziamenti di cui all'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, nonché agli stanziamenti in conto capitale del Fondo sanitario nazionale, mentre quelle correnti fanno carico al Fondo sanitario nazionale di parte corrente di cui all'art. 51 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, nella misura che sarà determinata ai sensi del combinato disposto della norma di cui ai commi 1 e 16 dell'art. 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412.

(Omissis).

CRITERI ORGANIZZATIVI DELLE EMERGENZE E DELLE URGENZE IN CAMPO SANITARIO

Riportiamo uno stralcio del documento approvato dopo circa 2 anni di lavori dalla commissione tecnico-scientifica promossa dalla Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri.

Intento della FNOMC e O è stato quello di comporre ad unità le posizioni delle varie componenti mediche sulla organizzazione dell'emergenza ed urgenza in campo sanitario, nelle due fasi ospedaliera e territoriale.

Compiti del D.E.U.

Il D.E.U. ha compiti di assistenza, di didattica (secondo quanto previsto dalla modifica della tabella XVIII, area della emergenza medica e chirurgica) e di ricerca.

Le situazioni che richiedono interventi sanitari adeguati possono essere individuate:

- emergenze o urgenze indifferibili (2%-5%);
- urgenze differibili (30%-60%);
- non urgenze o pseudo-urgenze o urgenze soggettive (40%-70%).

Secondo i dati epidemiologici sopra riportati saranno compiti del D.E.U.:

- diagnosi, trattamento e/o stabilizzazione delle urgenze indifferibili (emergenze in senso stretto);
- diagnosi e trattamento delle urgenze pertinenti;
- ricovero mirato dei pazienti urgenti;
- trattamento sintomatico delle urgenze soggettive.

Accettazione ordinaria

Le attività di accettazione ordinaria non devono interferire con quelle predisposte per le emergenze e le urgenze.

Le accettazioni d'urgenza, effettuate dai medici del D.E.U., devono essere coordinate con le accettazioni effettuate in regime ordinario ed hanno priorità su queste ultime.

Fasi dell'emergenza e dell'urgenza

L'organizzazione della emergenza e delle urgenze in campo sanitario si articola in due fasi:

- a) fase extra-ospedaliera;
- b) fase ospedaliera.

Perché queste due fasi trovino una completa osmosi operativa è auspicabile anche un omogeneo assetto contrattuale degli operatori impegnati nelle due fasi.

FASE EXTRA-OSPEDALIERA

Accesso al servizio

- Numero unico di chiamata telefonica dell'emergenza (118);
- accesso diretto ai centri operativi di servizio.

Strutture

A) Centri operativi di servizio

Sono strutture che hanno la possibilità di assicurare la prima assistenza e l'azione di filtro; sono collegate funzionalmente con la centrale operativa ed il servizio trasporto infermi.

I presidi di guardia media sono convertiti in centri operativi di servizio secondo una ridistribuzione che tenga conto di questa nuova funzione e delle risorse disponibili, ivi incluso gli ospedali senza D.E.U..

Il coordinamento della fase extra-ospedaliera si esprimerà anche con l'individuazione di schede e protocolli. Le schede ed i protocolli saranno concordati con le rappresentanze professionali specifiche.

B) Servizio di primo soccorso e trasporto infermi urgenti

È costituito dall'insieme dei mezzi e del personale che permette il trasporto semplice od assistito dalla sede di insorgenza dell'emergenza alle strutture del D.E.U. più competente per la patologia in atto.

Il servizio trasporto infermi è distribuito sul territorio nazionale secondo parametri di mobilità e di indici di accesso, aventi l'obiettivo di ridurre il cosiddetto « therapy free interval ».

È collegato funzionalmente con la centrale operativa, gli ospedali sede di D.E.U. ed i centri operativi di servizio.

C) Enti od istituzioni collegate a particolari emergenze

- Protezione civile;
- C.R.I.;
- vigili del fuoco;
- carabinieri;
- forze armate;
- polizia.

Collegamenti

La fase extra-ospedaliera prevede, in base a specifiche indicazioni della programmazione regionale, il collegamento con associazioni del volontariato.

Personale medico

I medici del servizio di guardia medica territoriale sono parte integrante del D.E.U. e nella fase di avvio di questi dipartimenti costituiranno la primaria fonte di reclutamento del personale medico della fase extra-ospedaliera.

Appositi accordi regionali dovranno regolamentare il reclutamento di medici che operano nella emergenza territoriale per conto della C.R.I. e delle associazioni di volontariato presenti nelle varie realtà.

Tirocinio

Il reclutamento dovrà essere comunque preceduto dalla frequenza di un tirocinio, di almeno sei mesi, da effettuarsi presso un D.E.U.

Compiti

Fermo restando che non si devono creare sbar-

ramenti di sorta tra il personale medico della fase extra-ospedaliera e quella intra-ospedaliera, possono essere individuati i compiti nei quali i medici della fase extra-ospedaliera sono coinvolti:

- a) attività nelle sottostazioni di servizio;
- b) attività nel servizio trasporto infermi;
- c) attività di coordinamento della emergenza territoriale;
- d) attività presso la centrale operativa;
- e) attività di primo soccorso « intramoenia » presso ospedali sede di D.E.U..

Le sopraelencate attività appartengono ad una unica area, in cui, anche al fine di raggiungere uno standard ottimale di professionalità, deve introdursi un criterio di furnazione nei compiti e nei servizi.

FASE OSPEDALIERA

La fase ospedaliera si articola secondo tre livelli diversi di organizzazione della struttura ospedaliera:

- 1) ospedali senza D.E.U.;
- 2) ospedali con D.E.U. di primo livello;
- 3) ospedali con D.E.U. di secondo livello.

Destinazione paziente

La giusta destinazione del paziente in emergenza od in urgenza, articolata nelle tre fasi ospedaliere prima indicate, deve avvenire secondo criteri (protocolli e « scoring »), in rapporto alla situazione critica del paziente e finalizzata al livello di competenza del D.E.U..

La responsabilità gestionale è affidata alla centrale operativa.

OSPEDALI SENZA D.E.U.

Gli ospedali non forniti di D.E.U. devono garantire:

- a) prestazioni diagnostiche e terapeutiche di prima istanza;
- b) efficienti collegamenti con il servizio di emergenza territoriale;
- c) trasporti protetti verso i D.E.U. di riferimento.

Per espletare tali funzioni si avvalgono dei propri servizi di guardia divisionale opportunamente coordinati e potenziali.

Gli ospedali senza D.E.U. saranno, ove necessario, sede dei centri operativi di servizio. Sono coordinati, tramite centrale operativa, dei D.E.U. di primo livello del loro bacino d'utenza.

D.E.U. DI PRIMO LIVELLO

I D.E.U. di primo livello sono caratterizzati dalla capacità di risposta polispecialistica, con servizi di base e servizi specialistici intermedi (ortopedia e traumatologia, neurologia, urologia, otorinolaringoiatria, cardiologia, psichiatria...).

In genere sono identificabili in ospedali provinciali e subcomprensoriali.

Tutti i servizi di diagnostica strumentale funzionano ininterrottamente nell'arco delle ventiquattro ore.

Competenze

Ai D.E.U. di primo livello compete il coordinamento dell'emergenza e delle urgenze sul loro bacino d'utenza (area geo-funzionale), compresi gli ospedali ivi localizzati non forniti di D.E.U..

Organico

Negli ospedali sede di D.E.U. di primo livello le attività di pronto soccorso vengono espletate da un organico medico autonomo del servizio di medicina d'urgenza e pronto soccorso.

Gli organici di chirurgia generale, di anestesia e rianimazione, e delle U.O. specialistiche che fanno parte istituzionalmente del D.E.U., devono essere adeguati ai fini di garantire tempestivamente ed in qualsiasi momento la loro prestazione professionale nell'area di pronto soccorso, secondo indicazioni di carattere clinico-statistico.

Nel D.E.U. di primo livello, alle attività di primo soccorso collaborano i medici dell'emergenza territoriale (servizio di guardia medica).

Ai D.E.U. afferiscono, in caso di bisogno, tutte le competenze specialistiche dell'ospedale.

Nella prima fase attuativa dei dipartimenti di emergenza ed urgenza, vengono fatte salve le situazioni logistiche ed organizzative degli ospedali con pronto soccorso funzionalmente già affermate nelle competenze mediche e chirurgiche.

Coordinatore

Il coordinatore del D.E.U. di primo livello viene eletto tra gli apicali delle divisioni, dei servizi e dei reparti che sono individuati quali componenti organici del D.E.U..

Strutture

La strutturazione logistica e strumentale deve essere adeguata alle finalità previste.

Sono elementi essenziali:

- a) i servizi di diagnostica strumentale;
- b) il servizio di laboratorio;
- c) il centro trasfusionale;
- d) un idoneo numero di posti letto tecnici per l'osservazione ed il trattamento indifferibile.

Funzioni didattiche

Saranno previste per i D.E.U. di primo livello funzioni didattiche, in collegamento con i D.E.U. di secondo livello, per il personale medico (tirocinio) e per il personale sanitario non medico.

D.E.U. DI SECONDO LIVELLO

I D.E.U. di secondo livello sono caratterizzati dalla competenza multidisciplinare ed in particolare dalla presenza delle alte specializzazioni (neurochirurgia, cardiocirurgia, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, chirurgia maxillo-facciale, dialisi, centro ustionati...).

Sono identificabili negli ospedali multizonali, comprensoriali, tutti quelli sede di facoltà di medicina e chirurgia.

Tutti i servizi di diagnostica strumentale funzionano ininterrottamente nell'arco delle ventiquattro ore.

Competenze

Oltre ai compiti istituzionali i D.E.U. di secondo livello dovranno presiedere a:

- coordinamento sui propri bacini di utenza;
- collegamento funzionale con i D.E.U. di primo livello per le competenze delle alte specializzazioni;
- valutazione e raccolta per donazione di organi;
- didattica e ricerca;
- raccolta dati per valutazione di qualità.

Organico

Nei D.E.U. di secondo livello sono nuclei portanti, con relativi organici fissi ed autonomi e con reparti di degenza e di osservazione, le unità operative di:

- medicina d'urgenza e pronto soccorso;
- chirurgia d'urgenza;
- rianimazione.

È indispensabile la presenza di una struttura ed un organico di anestesia e rianimazione nello stesso edificio del pronto soccorso per assicurare, tempestivamente, quanto di competenza.

Ai tre organici sopra menzionati compete l'or-

ganizzazione e l'espletamento delle funzioni di pronto soccorso già previste per gli ospedali senza D.E.U., oltre a quelle proprie del D.E.U. di primo livello.

Nel D.E.U. di secondo livello, alle attività di pronto soccorso collaborano i medici dell'emergenza territoriale (servizio di guardia medica).

Coordinatore

Il coordinatore del D.E.U. di secondo livello è espresso nell'ambito delle tre componenti:

- medicina d'urgenza e pronto soccorso;
- chirurgia d'urgenza;
- anestesia e rianimazione.

Nella prima fase di attuazione del D.E.U. il coordinatore del dipartimento sarà affiancato, per i compiti specifici del coordinamento della urgenza territoriale, da un medico proveniente dal servizio di guardia medica, che avrà funzioni di coordinatore della fase extra-ospedaliera dell'emergenza.

Consiglio di dipartimento

È composto da:

- il coordinatore del D.E.U.;
- il coordinatore dell'emergenza territoriale;
- un rappresentante dei medici in organico al D.E.U.;
- un rappresentante del personale non medico in organico al D.E.U.;
- un rappresentante del volontariato, se coinvolto.

Strutture

È indispensabile che la strutturazione logistica e strumentale sia adeguata alle finalità che sono previste per il D.E.U. di secondo livello.

Sono elementi essenziali:

- a) i servizi di diagnostica strumentale;
- b) il servizio di laboratorio;
- c) il centro trasfusionale;
- d) un idoneo numero di posti letto tecnici per la osservazione ed il trattamento indifferibile.

Nel D.E.U. di secondo livello in rapporto alle esigenze territoriali ed epidemiologiche si potranno prevedere strutture e funzioni di attività multidisciplinare ad alta specializzazione.

Funzioni didattiche

Negli ospedali sedi di facoltà di medicina le convenzioni dovranno prevedere, nell'ambito dell'area di emergenza medico-chirurgica (tabella XVIII), l'integrazione nelle attività didattiche

che delle componenti universitarie e non universitarie ai fini dei tirocini, dei corsi di specializzazione, dei corsi di perfezionamento, delle scuole per il personale sanitario non medico ai vari livelli.

Negli ospedali multizonali non sedi di facoltà di medicina, previ accordi con le facoltà stesse, saranno prevedibili analoghe funzioni.

CENTRALE OPERATIVA

Sede

La stazione principale che funzionerà da centrale operativa vera e propria, è ubicata nella sede del D.E.U. di secondo livello.

Stazioni fisse

Devono essere previste in tutte le sedi del D.E.U. di primo livello ed in tutte le sedi ospedaliere anche senza D.E.U. afferenti al rispettivo D.E.U. di secondo livello.

Radio portatili

Devono essere fornite alle sedi della guardia medica ed alle ambulanze che gravitano nel territorio di competenza.

Personale

Deve essere previsto apposito personale tecnicamente competente. L'apporto professionale sarà fornito dal personale del D.E.U..

Responsabile

Responsabile della centrale operativa è il coordinatore del D.E.U. e su sua delega i medici del D.E.U.

Il medico in servizio nella centrale operativa, per il settore delle emergenze, è un medico che opera nelle emergenze territoriali e turna tra le attività sul territorio, quella nella centrale operativa oltre che nell'attività ospedaliera.

Funzioni

- Allertare le strutture sanitarie;
- governare il traffico sanitario;
- ricevere le chiamate di soccorso;
- inviare il mezzo di soccorso idoneo;
- mantenere il contatto, conoscere la localizzazione e la disponibilità di tutti i mezzi di soccorso;
- mantenere il contatto, conoscere la localizzazione e la disponibilità dei medici della guardia medica;

- conoscere la situazione dei posti letto in tutti gli ospedali del territorio competente;
- fungere da centro prenotazione ambulanze per trasporti programmati;
- presiedere, in caso di disastri, catastrofi o calamità all'organizzazione delle operazioni di soccorso;
- governare le uscite delle eliambulanze;
- indicare e coordinare l'utilizzo di protocolli specifici.

Collegamenti

- Interni all'ospedale;
- con gli altri ospedali, anche con sede di D.E.U., del proprio territorio;
- con i medici di guardia;

- con le ambulanze;
- con la elioambulanza;
- con la prefettura (disastri, catastrofi, calamità);
- allacciamenti speciali (nelle aree ad alto rischio);
- aeroporti;
- infermerie di grossi complessi industriali;
- stazioni ferroviarie;
- ambienti sportivi (stadio, palazzetto dello sport);
- istituti per anziani;
- colonie estive;
- polizia di Stato;
- vigili del fuoco;
- vigili urbani;
- carabinieri.

UN NUOVO ORIZZONTE NELLA GESTIONE DELL'EMERGENZA SANITARIA

IL DECRETO 13 MARZO 1992

di Romana Becchi - Paolo Rotondi - Augusto Zappi

Il consiglio dei ministri ha approvato, il 13 marzo scorso, il testo del D.P.R. sulle emergenze sanitarie (ovvero l'atto di indirizzo e coordinamento delle attività delle Regioni e province autonome di Trento e di Bolzano in materia di emergenza sanitaria) che individua il complesso di servizi e di prestazioni deputati all'emergenza sanitaria da assicurare con carattere di uniformità in tutto il territorio nazionale.

Il D.P.R., scaturito dalla necessità di sviluppare e razionalizzare i numerosi interventi da mettere in atto nel trattamento di condizioni cliniche ad alto rischio, ispirandosi anche a quanto già realizzato in altri paesi europei (soprattutto Francia e Germania), ha sostanzialmente, al di là di alcuni vincoli forti, carattere programmatico e consentirà alle Regioni di:

- avviare o definire gli interventi di emergenza extra-ospedaliera;
- individuare gli ospedali sedi di pronto soccorso e del dipartimento di emergenza.

In Italia la creazione e lo sviluppo di tale complesso sistema di interventi scontano un rilevante ritardo rispetto al panorama europeo imputabile a:

- mancanza di una cultura scien-

tifica e operativa orientata all'emergenza;

— scarsa attenzione dei pubblici poteri che hanno spesso delegato ad altri gli interventi in tale settore, specie nell'area extra-ospedaliera.

L'esperienza europea sembra indicare la necessità — per lo sviluppo di un sistema complesso di interventi di emergenza — di un interlocutore forte che sappia verificare e raccordare le realtà esistenti e pianificare lo sviluppo: queste funzioni sono garantite in tutti i Paesi dai pubblici poteri.

Per ciò che riguarda invece il nostro Paese, basti ricordare che l'emergenza extra-ospedaliera, fino al D.P.R. del 27 marzo scorso, è stata sostanzialmente affidata ad enti assistenziali (C.R.I., pubbliche assistenze, misericordie...) oppure che solo con il D.P.R. n. 128 del 1969 i servizi di pronto soccorso ed accettazione sono stati configurati come strutture specialistiche deputate al primo intervento.

Questa situazione ha portato alla creazione di realtà operative molto diverse fra di loro, quanto a standard e modelli di intervento, nonché a tipologie di prestazioni e qualità di servizi prestati.

L'evoluzione tecnologica, molto forte anche in questo settore, ha portato recentemente una accentuazione di queste differenze, che ha reso ancora più acuta l'esigenza di un riordino del settore.

In verità un primo inquadramento legislativo del settore si è avuto « implicitamente » con la legge n. 833 del 1978 che ha sancito, sulla scia di una visione fortemente ideologizzata del « Welfare State », un modello assistenziale a forte valenza pubblica che, a prescindere dai modelli applicativi, ha rappresentato in Europa un'innovazione istituzionale di vasta portata.

Successivamente, con la legge n. 595 del 23 ottobre 1985 (« Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano sanitario triennale 1986-88 ») si sono date indicazioni più chiare, ponendo fra le priorità di investimento le risorse indirizzate al

R. Becchi è borsista presso la direzione sanitaria - U.s.l. di Ravenna.

P. Rotondi è docente Sda - Scuola di direzione aziendale dell'Università Bocconi.

A. Zappi è direttore sanitario - U.s.l. di Ravenna.

potenziamento ed al coordinamento dei servizi di emergenza e prefigurando complessivamente un vero e proprio sistema delle emergenze (telecomunicazioni, guardia medica intraospedaliera, reparti di terapia intensiva, ecc...).

Questi indirizzi sono stati poi recepiti ed esplicitati solo nei Piani sanitari di alcune Regioni fra cui il Friuli-Venezia Giulia, l'Emilia-Romagna e il Piemonte.

Il trasferimento alle Regioni delle competenze in materia (secondo quanto individuato dalla stessa legge di riforma), senza la preventiva individuazione dei livelli di qualità dell'assistenza e senza il coordinamento di tali attività, ha però ancora più favorito uno sviluppo alquanto disomogeneo di questi servizi, che si presentano oggi molto differenziati sia dal punto di vista degli aspetti tecnici sia, forse in modo ancora più accentuato, dal punto di vista degli aspetti organizzativi.

Se si considerano le esperienze in atto, infatti, specie con riguardo all'assistenza extra-ospedaliera, si evidenzia l'esistenza di « modelli » organizzativi assai diversi fra loro, in quasi tutte le variabili critiche: sono diverse le « filosofie » che caratterizzano le realtà esistenti (da quella del trasporto all'ospedale più vicino, fino al trasporto integrato su rete regionale), differenti le soluzioni tecnologiche, diversi i ruoli che il personale medico ed infermieristico si trovano a giocare nelle varie realtà.

In questo quadro l'enunciato dell'art. 1 del D.P.R. 13 marzo 1992 dove si parla di livello assistenziale di emergenza da assicurare con carattere di uniformità su tutto il territorio nazionale appare come una affermazione forte ed importante sul piano dei principi, che rischia di suscitare però non pochi problemi sul piano della pratica realizzazione.

Un primo problema pratico è quello di definire a che livello si vuole

l'uniformità. La logica ci porta a pensare che si faccia riferimento all'uniformità dei risultati e non dei modelli organizzativi. Il problema è chiarire ancora una volta che, diversamente da quanto si è creduto in passato, nel sistema pubblico:

— le organizzazioni non sono mai completamente uniformabili;

— i modelli organizzativi non sono prescrivibili normativamente;

— comunque l'eventuale uniformità dei modelli organizzativi non produce automaticamente uniformità nei risultati.

Il fatto che il decreto individui alcune linee generali di progettazione di organi e funzioni (competenze e responsabilità), non deve perciò essere visto come presupposto per l'eliminazione di tutte le esperienze esistenti ed il decreto non va interpretato come una volontà di azzerare e esperienze ma come l'indicazione a modellare ciascuna di esse orientandola al fine di ottenere output uniformi.

È forse opportuno ricordare che il D.P.R. fa esplicito riferimento a due documenti tecnici antecedenti, uno redatto dal gruppo di lavoro Stato/Regioni, l'altro dal Consiglio superiore di sanità, prefigura un modello avanzato, già attuato in diverse realtà italiane, composto di due ambiti di intervento funzionalmente integrati fra loro:

1) una fase extra-ospedaliera che gestisce la richiesta di soccorso e il primo intervento medico nel territorio, fondato su due elementi prioritari:

— le telecomunicazioni, con l'unificazione del sistema di chiamata d'emergenza e dei relativi collegamenti;

— la centrale operativa, una sorta di centro direzionale deputato al governo dell'intero sistema del soccorso in emergenza;

2) una fase intra-ospedaliera che deve assicurare, oltre l'accettazione

sanitaria, il trattamento di tutte le emergenze mediche e chirurgiche e come si compone a sua volta di due sistemi:

— il servizio di pronto soccorso a cui è deputata la stabilizzazione delle condizioni cliniche del paziente;

— il dipartimento di emergenza a cui competono i successivi interventi diagnostici e terapeutici.

L'esistenza di realtà consolidate sul territorio, costruite su schemi spesso lontani da quelli individuati dal decreto, è comunque un primo fattore da tenere in considerazione per stabilire in modo realistico i tempi e le modalità di realizzazione di quanto proposto dall'art. 1, così da evitare di ingenerare aspettative eccessive e fuorvianti.

L'organizzazione ed integrazione delle diverse realtà è un obiettivo di assoluto rilievo che richiede però tempo, investimenti e capacità di risolvere almeno due importanti « nodi ».

Il primo importante nodo è quello del « modello » organizzativo dei sistemi delle emergenze.

Il D.P.R. fa infatti intravedere, sia per il settore extra-ospedaliero sia per quello intra-ospedaliero, il disegno di sistemi organizzativi ad elevata complessità e soprattutto ad alto fabbisogno di integrazione.

Le funzioni assegnate ai diversi elementi del sistema emergenze (v. artt. 4-7-8 del D.P.R.) prevedono tutte il coinvolgimento simultaneo di più parti dell'organizzazione (di diverse U.O.) che devono poter interagire al bisogno in tempi molto rapidi (art. 4 « immediatamente consultabili »).

La « capacità » di ricondurre ad unità prestazioni erogate da unità organizzative diverse è quindi uno dei problemi chiave delle strutture sanitarie per l'emergenza, come di tutte le organizzazioni professionali specializzate.

La specializzazione tende infatti ad attenuare, indebolire, quella apparente capacità di integrazione « au-

tomatica » che caratterizza i sistemi organizzativi semplici, e rende necessario un momento di bilanciamento « forte » sul piano delle responsabilità organizzative.

I sistemi delineati dal D.P.R. accentuano questa necessità, ed impongono di individuare modalità innovative di soluzione dei problemi di integrazione organizzativa, che si stacchino decisamente da quelli attualmente prevalenti, spesso di impronta nettamente burocratica.

Le difficoltà del sistema di accettare modelli di integrazione avanzati, si è già evidenziata al momento della realizzazione di dipartimenti e distretti previsti dalla 833, e tuttora largamente non attivati, o avviati con grande difficoltà in un sistema che sembra prediligere le modalità burocratiche di organizzazione.

Nel caso dei distretti la legge ha definito in modo molto preciso l'« ideologia » di fondo di queste realtà, ma non ha fornito elementi sufficienti a risolvere correttamente i problemi organizzativi legati alla loro implementazione.

D'altra parte la lettura largamente prevalente sul problema dei distretti, ha visto concentrarsi l'attenzione sulla figura del coordinatore e sulle sue caratteristiche, piuttosto che sulla funzione di coordinamento e sulle modalità per renderla organizzativamente « forte ».

Ciò ha portato a due conseguenze:

a) dibattiti anche molto conflittuali, ma sterili tra i diversi attori organizzativi, per decidere chi dovesse « occupare » il posto;

b) la trasformazione pratica del ruolo di coordinamento:

— in un ruolo gerarchico, forse più comprensibile per un'organizzazione burocratica, ma certo meno efficace da punto di vista dell'integrazione;

— in un ruolo di facciata, privo di reali possibilità di incidenza sulla vita organizzativa.

Questa esperienza deve far riflettere, perché anche nel sistema emergenze, le responsabilità organizzative e di gestione sono di coordinamento, cioè configurano un ruolo debole dal punto di vista della struttura organizzativa (indipendentemente dal prestigio, dal ruolo e dalla professionalità di chi lo ricopre), per di più posto all'interno di un contesto fortemente gerarchizzato e irto di barriere professionali spesso molto rilevanti.

Questa funzione richiama quella del « project leader » nelle imprese che adottano configurazioni organizzative per progetto o a matrice, con la presenza però, a differenza degli enti ospedalieri, di un ruolo « forte » di alta direzione, in grado di rafforzare l'azione di questa figura.

L'attuazione di un modello organizzativo « a matrice » è una soluzione quasi « obbligata » per implementare un sistema di questa complessità, capace di concentrare in tempi brevi risorse distribuite in molte differenti unità operative su un unico risultato. La matrice organizzativa è una struttura molto complessa sul piano del funzionamento, anzitutto perché utilizza un sistema di comando duplice e contemporaneo scostandosi nettamente in questo aspetto dalla tradizionale struttura gerarchizzata.

Ciò richiede lo sforzo di elaborare « modelli di comportamento e cultura organizzativa adeguati », nonché « una adeguata serie di sistemi operativi di supporto ».

Il D.P.R. si limita, in questo ambito, ad indicare le figure alle quali fanno capo le responsabilità organizzative e ad indicare un elemento gestionale ed operativo, rappresentato dalla possibilità di una rotazione « non inferiore a sei mesi » su queste posizioni.

La dizione « responsabilità medico-organizzativa » che compare all'art. 4, fa pensare ancora una volta all'e-

sistenza di grosse difficoltà nel cogliere la separazione fra funzione specialistica e funzione gestionale e rischia di centrare troppo l'attenzione sulla parte specialistica, quando il « nodo » per il funzionamento efficiente ed efficace del sistema è nel campo delle emergenze più che in altri, quello della funzione gestionale-organizzativa.

Sarà dunque responsabilità delle singole organizzazioni individuare le priorità e far sì che vengano create le condizioni per la realizzazione di risposte efficaci sul piano organizzativo.

Il D.P.R. in quanto strumento normativo non può e non deve spingersi nella descrizione di soluzioni specifiche e dettagliate. La responsabilità si sposta, quindi, dal legislatore ai dirigenti delle singole organizzazioni; ad essi spetta il compito di individuare le azioni prioritarie atte a far sì che si determinino le condizioni che permettono la realizzazione di soluzioni organizzative efficaci.

Possono esistere più « formule organizzative » efficaci ma esistono alcuni denominatori comuni da tenere in considerazione per costruire tutte le molteplici soluzioni.

Il primo di questi punti chiave è l'utilizzo di sistemi di integrazione a basso contenuto di informalità; sembrerebbe troppo rischioso infatti, gestire sistemi complessi attraverso l'esclusivo utilizzo di relazioni interpersonali come unico strumento di definizione dell'identità organizzativa.

I problemi organizzativi posti da un sistema caratterizzato dalla presenza di un alto grado di complessità (es. la definizione degli spazi di azione degli attori, con fini inter e intra organizzativi, la risoluzione dei conflitti, ecc.) esigono il ricorso a soluzioni organizzative forti e ad alta visibilità.

Ci si limita a segnalare la necessità, in base alle esperienze italiane

ed estere, di definire i protocolli operativi in modo esplicito e di formalizzare a più livelli i ruoli di coordinamento strategico e operativo di vertici e intermedi.

L'utilizzo dei protocolli operativi implica per altro anche l'individuazione dei punti di responsabilità organizzativa sulla progettazione, manutenzione e revisione dei protocolli stessi.

Il secondo fattore comune di progettazione è rappresentato dall'individuazione delle risorse di coordinamento quale punto chiave per il funzionamento del sistema.

Infatti le risorse di coordinamento e quelle professionali specialistiche sono entrambe necessarie per un corretto funzionamento del sistema; è però più decisiva ai fini operativi e per lo sviluppo del sistema, una maggior ricchezza di ruoli di coordinamento.

In presenza di una scelta quantitativamente vincolata è perciò opportuno garantirsi risorse atte a coprire ruoli di coordinamento anche qualificando diversamente le risorse specialistiche già disponibili.

La necessità di definire la configurazione organizzativa del sistema delle emergenze, porta le diverse organizzazioni sanitarie di fronte a una duplice possibilità di sviluppo: affrontare la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi; riportare anche il sistema delle emergenze all'interno dei giochi di potere fra i diversi professionisti e gruppi di professionisti.

Sarà soprattutto l'atteggiamento dei dirigenti ad influenzare il modo in cui verrà giocata la partita, ma è chiaro sin dall'inizio che la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi enfatizzerà la crescita complessiva dei sistemi sanitari, mentre l'aumento dei giochi di potere interno non farà che appesantire e rallentare lo sviluppo delle organizzazioni.

Un altro importante nodo posto dal D.P.R. nella parte relativa all'emergenza extra-ospedaliera è quello del rapporto pubblico-privato.

Il D.P.R. al comma 2, art. 5, sancisce che « l'attività di soccorso sanitario costituisce competenza esclusiva del S.S.n. » e, al comma 3, che « il rapporto convenzionale con associazioni pubbliche e private verrà regolamentato da apposito schema di convenzione che dovrà essere definito dalla conferenza Stato/Regioni su proposta del Ministro della sanità ».

Tale disposizione, parzialmente innovativa rispetto a quelle precedenti, pone due punti fermi: da un lato ribadisce la centralità del servizio pubblico nel governo di queste attività determinando un obbligo del S.s.n. ed un diritto del cittadino all'erogazione di prestazioni, dall'altro individua gli strumenti operativi (schema unico convenzionale che dovrà essere definito dalla conferenza Stato/Regioni su proposta del Ministero della sanità) per disciplinare l'integrazione di realtà istituzionali con orientamenti culturali ed organizzativi fortemente differenziati.

Non v'è dubbio che, al momento della stesura dello schema tipo di convenzione da applicare su tutto il territorio nazionale, occorrerà, anche alla luce della legge quadro sul volontariato dell'11 agosto 1991, n. 266 (che stabilisce i principi cui gli enti pubblici devono attenersi nell'instaurare i rapporti con le organizzazioni di volontariato sociale) e delle disposizioni della legge n. 412 del 30 dicembre 1991 (che consente sperimentazioni gestionali di vario genere con istituzioni ed enti privati) fare chiarezza su alcuni aspetti prevedendo:

— ruoli definiti sia in fase programmatica che istituzionale (es., che rappresentanza attribuire a questi soggetti negli organi di dipartimento);

— ambiti di intervento delle singole associazioni che, pur nel rispetto del modello organizzativo, potrebbero preferenzialmente operare in quelle realtà dove storicamente sono intervenute, azione che potrebbe eliminare o ridurre sprechi ed irrazionalità della fase operativa.

Va comunque segnalato al riguardo che questo sforzo complessivo di « pluralizzare » il sistema pubblico in effetti sta coinvolgendo tutti i sistemi sanitari, da quello più tradizionalmente privatistico degli U.s.a. in cui si tenta di rafforzare il sistema pubblico, a quello inglese in cui è inserito un aspetto nuovo di competizione « dentro strutture pubblicistiche », ed è caratterizzato da una ripartizione sempre più forte fra funzione di programmazione (che spetta al governo e agli enti pubblici) e gestione (che può essere anche ampiamente delegata ad enti privati).

In questo « mix » pubblico e privato, l'ente pubblico non può dunque riservare ai consorzi, alle società di servizi, alle organizzazioni di volontariato coinvolte spazi di collaborazione solo residuali o integrativi nella vecchia logica ripartitoria di acquisizione di beni di servizio, ma deve instaurare relazioni in un'ottica di « cogestione », che favorisca la confluenza all'interno del sistema dei valori civili e culturali di cui questi enti sono espressione nel conseguimento delle finalità a cui l'organizzazione è preposta.

D'altronde sotto l'aspetto sostanziale, la presenza di personale dipende da vari enti e di volontari nella medesima organizzazione e va accolto favorevolmente in quanto può indurre:

1) arricchimento sul piano delle motivazioni e della gamma di risposte del S.s.n. ai bisogni dei cittadini;

2) miglioramento dell'assistenza erogata dovuto all'introduzione di un fattore in qualche modo concorren-

ziale, in grado di stimolare la competizione vicendevole.

Naturalmente in conseguenza a quanto espresso dall'art. 3 del D.P.R. e dalla normativa citata le operazioni di convenzionamento saranno quanto meno facilitate e meno soggette a variabili localistiche.

Anche per quanto riguarda il rapporto tra pubblico e privato, il D.P.R. non definisce uno scenario concreto.

Le scelte dei dirigenti quindi saranno ancora decisive in merito alla qualità del gioco interdipendente tra pubblico e privato nel Sistema sanitario nazionale.

I dirigenti scioglieranno nel modo più opportuno i nodi critici:

a) il grado di coinvolgimento del volontariato, nei confronti delle diverse associazioni private potrà assumere atteggiamenti di maggiore o minore apertura;

b) nell'ipotesi di scelta di convenzionamento, la scelta di quali posizioni potrà delegare e quali le funzioni decentrate (es., delega totale, delega della sola produzione, divisione, ecc.);

c) la reale capacità dell'ente pubblico di svolgere in modo convincente la funzione di leadership che il decreto le affida nei confronti di volontariato e settore privato.

Da una inefficiente o insufficiente capacità di sciogliere questi nodi, deriva il rischio di una cattiva integrazione tra pubblico e privato, con conseguente spreco di risorse, possibile aumento della conflittualità ed eventuale crescita di sistemi paralleli non comunicati (tutto ciò a scapito dell'utenza).

Spetta ai dirigenti la scelta di sfruttare le sinergie o fare affidamento solo sulle proprie risorse.

Le soluzioni esistenti indicano, come preferibile, l'integrazione che porta vantaggi in termini di sinergie sulle risorse e maggiore flessibilità operativa; ciò pone come prioritaria l'esi-

genza di risolvere i problemi di integrazione delle tecnologie e delle persone che fanno capo ai diversi enti pubblici e privati.

Infatti coagulare le risorse e le culture organizzative dei diversi enti e delle diverse professionalità in un sistema così complesso caratterizzato da forte interdipendenza (dall'ospedale, dal territorio e dagli enti che compongono il sistema) presenta diversi nodi critici che vanno affrontati in sede di rapporto convenzionale: ci si limita a segnalare quello dei rapporti organizzativi fra i gruppi.

Difatti le figure professionali che confluiscono nel sistema (medici, infermieri professionali, autisti...), tendono spesso ad identificarsi più con la loro professione o con le finalità dell'ente di provenienza che con l'istituzione nella quale prestano servizio.

Ciò è all'origine di tutta una serie di oggettive difficoltà gestionali.

È dunque, in un sistema di tal genere, in cui esistono queste difficoltà di equilibrio e di coordinamento degli interessi dei vari attori organizzativi, per gestire e ridurre i conflitti occorre andare ad un processo di omogeneizzazione culturale che può derivare solo da:

— una forte immagine dell'istituzione tale da rendere gratificante l'appartenenza;

— un forte coinvolgimento delle diverse professionalità attraverso la chiarezza delle funzioni, delle mansioni, dei compiti e la definizione di comuni percorsi formativi;

— la standardizzazione delle procedure di lavoro (tramite stesura di protocolli operativi).

Da tenere presente che nodo cruciale attorno cui ruota tutto l'impianto organizzativo del settore è l'informazione che deve essere velocissima e dunque non può seguire i sistemi burocratizzati che non consentono l'indispensabile ed elevatissimo

grado di circolazione delle informazioni tra le unità organizzative.

Di qui, ancora una volta, la necessità di disegnare le strutture organizzative con una configurazione « policentrica », « a matrice ».

Oltre a questi problemi d'ordine generale vi sono problemi specifici riferibili all'organizzazione del sistema di allarme sanitario (prima parte del decreto) ed ai problemi dell'emergenza ospedaliera (seconda parte del decreto).

Fase extra-ospedaliera

Relativamente alla fase extra-ospedaliera del soccorso in emergenza, l'aspetto più notevole è l'individuazione, quale perno dell'intero sistema della centrale operativa cui affluiscono tramite il numero unico 118 tutte le richieste e gli interventi extra-ospedalieri.

Questa struttura, delegata al coordinamento delle emergenze interfacciata con le strutture operative che dispongono delle risorse necessarie ad affrontare direttamente le stesse, svolge un ruolo di regolatore nei confronti della movimentazione e del corretto indirizzo dei pazienti.

Questo modello organizzativo-gestionale, in effetti modulato sulle esperienze più avanzate presenti nel panorama italiano del sistema di emergenza, coglie di fatto aspetti organizzativi già esistenti anche se il D.P.R. introduce alcuni elementi innovativi che sono:

— la provincializzazione del bacino d'utenza;

— la definizione delle tecnologie.

1) Questo provvedimento risolve infatti uno dei principali problemi che si impone nella definizione di modelli operativi per l'emergenza o l'individuazione del bacino d'utenza della centrale operativa.

Il D.P.R. ha individuato, anche alla luce di quanto stabilito dalla re-

cente riforma delle autonomie locali con legge n. 142 del 1990 (che affida alla Provincia la competenza specifica di coordinamento delle varie competenze fra cui quelle sanitarie) quale bacino ottimale dove raccogliere ed elaborare le informazioni quello provinciale.

Questa scelta, oltre ad evitare la parcellizzazione delle risorse e rispondere ad esigenze istituzionali (necessità di far coincidere quanto più possibile le competenze territoriali di allarme sanitario con quelle di altri servizi di emergenza sanitaria con cui è necessario un costante collegamento operativo: prefettura, vigili del fuoco, questura, protezione civile...) e gestionali (l'ambito provinciale è sufficientemente limitato da non porre problemi di conoscenza del territorio da parte degli operatori) può garantire la qualità della risposta.

Infatti la risposta specializzata in emergenza, pur essendo l'attività più rilevante da un punto di vista professionale e prioritaria per criticità, è tuttavia marginale dal punto di vista quantitativo, poiché rappresenta in media solo il 5% delle urgenze e l'1% dei servizi complessivamente erogati.

Conseguentemente per raggiungere una risposta qualificata e specializzata (quantificabile in circa 60 chiamate/anno per operatore di centrale) occorre intervenire su un territorio con non meno 1,5 milioni di abitanti.

La Provincia dovrebbe consentire di cogliere questi aspetti obiettivi.

2) Il D.P.R., disponendo dell'art. 3, comma 3 « il superamento dei numeri di emergenza sanitaria di enti, associazioni e servizi mediante il convogliamento automatico delle chiamate sulla centrale operativa del n. 118 » compie un'operazione di grande rilevanza sotto vari aspetti:

a) organizzativo, in quanto evita la duplicazione di interventi, per effetto di chiamate rivolto da perso-

ne diverse ad istituzioni diverse, relativi alla stessa emergenza;

b) tecnologico, in quanto andando al superamento dei numerosi e differenziati micro sistemi di telecomunicazioni, rende possibile collegamenti in grado di garantire forti economie di scala ed uno sviluppo qualitativamente alto di « reti di assistenza »;

c) dell'immagine, in quanto gioca un ruolo importante come elemento di coesione fra le varie componenti che derivano il loro potere da fonti diverse.

Il D.P.R. non risolve invece un altro nodo legato al funzionamento delle centrali operative: l'ottimizzazione del rapporto costi-benefici del servizio.

Le centrali operative sono infatti strutture che richiedono un grande impiego di tecnologie e personale.

Per ottimizzare l'utilizzo delle risorse che non si esaurisce nell'attività di emergenza « vera », occorre individuare modalità creative ed alternative di funzionamento, cioè creare un mix di servizi articolato.

Le esperienze attuate indicano, a questo proposito, almeno due punti che occorre presidiare:

— utilizzare alcune risorse operative e tecnologie altamente specializzate (ambulanze di rianimazione, elicotteri sanitari) in ambiti sopraprovinciali, soprattutto per le zone critiche;

— implementare l'attività del servizio orientandola verso forme trasversali di attività tipo « service of service ».

Già in molte realtà le centrali, sorte come coordinamento trasporti infermi routinario ed in emergenza, si sono poste come naturale momento di coordinamento di molte altre attività complesse (autoparco, telecomunicazioni, reperibilità...).

Questa trasformazione può avere una grossa ricaduta sull'intero sistema intra ex extra-ospedaliero ed es-

sere l'elemento cruciale per decisioni a carattere strategico quali il riordino della rete ospedaliera (secondo quanto indicato dalla legge n. 109 e dalla n. 595 dell'85), la centralizzazione dei servizi comuni, ecc....

Difatti, con la creazione di una rete provinciale di emergenza basata su:

— una zonizzazione degli interventi tale da assicurare un'assistenza idonea e qualificata ed una consistente riduzione del « therapy-free interval »;

— un potenziamento delle attività di collegamento (per trasporto materiale e trasmissione dati) fra i presidi ospedalieri, sarà possibile, anche in previsione della riterritorializzazione delle U.s.l. prevista dalla legge di riforma all'esame del Parlamento, addivenire ad un nuovo assetto della rete ospedaliera con la conseguente riconversione dei piccoli presidi e la concentrazione dei servizi (es. laboratori, radiologia, ecc.) e delle funzioni ad alta ed altissima specializzazione in un numero inferiore di presidi, con un dimensionamento più simile agli standards europei.

La fase intra-ospedaliera

Pur essendo chiaro che solo un sistema razionale di trasporti, qualitativamente trasformati in « momento terapeutico », potrà ridurre la mortalità osservata nei locali del pronto soccorso ed aumentare la percentuale di successo degli interventi intra-moenia, tuttavia per assicurare la globalità dell'intervento, occorre agire anche su un'altra direttrice essenziale: il sistema di soccorso intra-moenia, tuttavia per assicurare la globalità dell'intervento, occorre agire anche su di un'altra direttrice essenziale: il sistema di soccorso intra-ospedaliero.

Ciò soprattutto alla luce della di-

screpanza tuttora esistente ed amplificata dagli organi di stampa tra la celerità del soccorso extra-ospedaliero e le difficoltà dell'accettazione e/o dell'iter diagnostico e terapeutico al momento dell'ingresso del paziente in ospedale.

Questi due aspetti (intra ex extra-ospedaliero) sono tra loro strettamente correlati ed è indispensabile realizzare una perfetta efficienza nell'allineamento delle due fasi, essendo ben noto che il fattore tempo è spesso l'elemento discriminante per il successo dell'intervento.

L'ospedale, dunque, secondo quanto dettato dal D.P.R., deve essere in grado di rispondere direttamente o attraverso l'immediata disponibilità di altri presidi con i quali è funzionalmente collegato a qualsiasi tipo di emergenza.

Nodo critico di questo settore risulta dunque il coordinamento che si deve esplicitare in due fasi:

— intraospedaliero (a carattere dipartimentale) finalizzato all'utilizzo di una serie di professionalità multidisciplinari e di strumentazioni diagnostiche e terapeutiche;

— interospedaliero (a dimensione sovradipartimentale) che, tramite una gerarchizzazione delle strutture ospedaliere ed un « continuo monitoraggio dinamico » dello stato del sistema, consente in tempi brevi il trasferimento ed il trattamento di patologie ad elevata severità presso la sede più idonea.

Questo modello organizzativo della risposta ospedaliera, appena abbozzato dal D.P.R., stabilisce tuttavia criteri generali che fanno intravedere la necessità/opportunità di:

1) una razionalizzazione (anche se grossolana) della rete ospedaliera per cui ogni ospedale avrà una sua competenza territoriale ed una funzione specifica e definita.

Certo è che il D.P.R. non prevede livelli differenziati di assistenza, e dunque non pone mano né all'orga-

nizzazione né alla determinazione dei strutture a più elevata specializzazione (quali il « trauma center ») che, come risulta dall'analisi delle realtà italiane in cui queste esperienze sono già state realizzate, presentano elevati costi di gestione, ma possono essere ugualmente attivati attraverso l'organizzazione ed il coordinamento di strutture diverse.

Questo sistema di tipo modulare, sorretto da un'efficiente rete di comunicazione e trasporto, può evitare la costruzione ex-novo o la duplicazione di strutture così costose.

2) una razionalizzazione della risposta ospedaliera; certo è che questo intero sistema, rappresenta la vera interfaccia tra l'ospedale ed il territorio e le scelte organizzative e funzionali che riguardano questi servizi sono in grado di influire sia sulla continuità sia sul funzionamento degli altri servizi interni all'ospedale.

Il D.P.R. tuttavia non risolve a tal proposito alcuno dei problemi aperti, ed evidenzia, proprio in questo contesto, il limite di questa legislazione a stralcio che rinvia la soluzione al Piano sanitario nazionale.

Un ultimo elemento del D.P.R., di grande rilievo, dal punto di vista organizzativo, è la valorizzazione che esso prevede delle professionalità, in particolare di quelle infermieristiche.

Il D.P.R., sulla falsa riga del modello tedesco, rafforza per l'infermiere, l'autonomia professionale già esistente nel sistema sanitario cogliendo anche in questo delicato settore un'esigenza di valorizzazione intrinsecamente connessa ai modelli operativi del sistema che richiedono (soprattutto per gli operatori di centrale), oltre alle specifiche conoscenze tecnico-sanitarie anche competenze tecnico-organizzative che non appartengono ancora al processo formativo di questa figura.

All'infermiere professionale, di fatto a parziale modifica e ad integrazione del D.P.R. 14 marzo 1974, n.

225, « è consentito applicare flebo e praticare iniezioni endovenose nei veicoli di soccorso e presso il domicilio degli assistiti nel quadro di programmi stabiliti da norme nazionali e regionali e coordinati da personale medico ».

Dunque la presenza di medici sul luogo del primo soccorso non è ritenuta sempre indispensabile, in quanto la condotta del personale, là dove l'evento lo richieda, viene in genere guidata via radio da sanitari che risiedono nella struttura ospedaliera.

Questa attribuzione, se lasciata a se stante, può indurre un ulteriore elemento destabilizzante tra gli operatori inseriti in questa organizzazione e l'intero sistema, creando livelli di autonomia potenzialmente conflittuali rispetto agli attuali livelli organizzativi del sistema ospedaliero.

Sempre all'infermiere professionale viene poi, al comma 2, art. 4, deputata tutta la parte operativa della gestione di centrale.

Tale ruolo richiede diverse capacità individuali e conoscenze fra cui:

— una perfetta conoscenza approfondita dell'organizzazione e del sistema;

— il sapersi rapportare con l'utenza e saper gestire i conflitti;

— la capacità di imporre l'autorevolezza del sistema di coordinamento sugli operatori periferici, indipendentemente dalla loro qualifica.

Da ciò si evince con chiarezza la complessità della struttura e delle mansioni, che richiedono da un lato l'introduzione di professionalità con orientamento organizzativo a tutt'oggi scarsamente presenti sul mercato del lavoro e dall'altro la costante necessità di aggiornamento delle professionalità già esistenti.

Da ciò scaturisce la necessità di porre in primo piano la formazione del personale.

Altre figure legittimate dal D.P.R. ad operare all'interno del sistema di

emergenza in stretto rapporto di dipendenza dalla centrale operativa sono i medici del servizio di guardia medica di cui all'art. 22 dell'accordo nazionale.

L'utilizzazione, sperimentale avviata in diverse realtà italiane, di tali professionisti adeguatamente acculturati nel settore dell'emergenza va riconosciuto come elemento positivo (anche se ipoteticamente foriero di situazioni conflittuali essendo tali professionisti con altro rapporto economico) perché in grado, oltre che di integrare l'intervento ospedaliero con quello territoriale, di rafforzare l'efficienza del servizio creando quell'anello di congiunzione mancante fra emergenza-urgenza e medicina di base.

Anche in questo caso il D.P.R. apre una prospettiva riguardante le professionalità creando l'opportunità per le singole organizzazioni di sviluppare le risorse in modo efficace.

Le diverse organizzazioni (scuole infermieristiche, ospedali, ecc.) si devono attivare per offrire l'opportunità di una formazione adeguata a quella richiesta dalle nuove responsabilità delineate all'interno del D.P.R.

La crescita delle professionalità, che diventano ad alto profilo della conoscenza come tecnologia, impone la necessità di mantenere le nuove professionalità ad un livello adeguato e nel contempo un ancor maggiore esigenza di certificazione delle abilità.

In conclusione, il D.P.R. sull'emergenza al di là di alcune rigidità

e di qualche indirizzo forse già « vecchio » rispetto alle realtà più avanzate, propone un disegno istituzionale del sistema emergenze in linea con le esigenze del settore e con la media delle tendenze europee in materia.

Da questo punto di vista, le indicazioni sulle tecnologie e la valorizzazione delle professionalità infermieristiche hanno indubbiamente grande rilievo.

Comunque il D.P.R. che pone le condizioni per chiudere una fase del sistema emergenza ed avviarne una nuova, può essere visto come contemporaneamente un punto di avvio ed un punto di partenza.

È un punto di avvio per ciò che riguarda l'assetto generale e le linee guida del sistema emergenze, un punto di partenza per le organizzazioni che devono trovare il modo per dare concreta ed efficace attuazione a queste indicazioni. Alle singole organizzazioni spetta il compito di rendere le « idee » « servizi » fruibili dai cittadini, ed in questo caso servizi efficienti e di alta qualità, vista l'importanza dell'obiettivo che si vuol raggiungere.

Ancora una volta urge però sottolineare il ruolo chiave della dirigenza delle diverse organizzazioni, nonché dei gruppi e delle associazioni professionali ai quali fanno riferimento i professionisti sollecitati alla realizzazione dalle indicazioni del D.P.R..

L'atteggiamento di questi attori — e di conseguenza il successo nella realizzazione di un sistema emergenze

conforme alle premesse ed alle aspettative — sarà evidenziato dalle pratiche risposte che daranno ad alcune domande chiave:

1) quale sarà considerata, dai diversi attori, il problema prioritario;

2) in quale veste affronteranno le questioni lasciate incerte dal D.P.R.;

3) dove avverranno gli investimenti — in tecnologie e persone — più rilevanti.

Il ventaglio delle risposte possibili è così ampio da rendere impossibile ogni tentativo di previsione.

Certo è però che non tutte le possibilità sono ugualmente efficaci ai fini dello sviluppo del sistema: porre prioritariamente il problema di chi « deve » essere il capo, come « quelle » fra professionisti medici (chirurghi contro anestesisti contro medici di p.s.) con una veste di rivendicazione sindacale aggressiva, dando per scontato che la parte intraspedaliera è il punto centrale di investimento, non sembrerebbe favorire lo sviluppo di una cultura e di soluzioni organizzative adeguate.

Ed è questo l'aspetto più importante del D.P.R., per dirigenti e professionisti: l'implicita sfida a dimostrare praticamente la capacità di modificare la propria cultura (professionale ed organizzativa) adattandola alle esigenze poste dalla realizzazione di un sistema così complesso, così da saper imporre una leadership efficace rispetto al nuovo, senza cercare invece di controllare il nuovo riportandolo all'interno della cultura preesistente.

MECOSAN

Cosa è?

È una nuova rivista; meglio: è la rivista trimestrale di saggi e ricerche, documenti e commenti per il governo manageriale della sanità, fondata da Luigi D'Elia, con direttore scientifico Elio Borgonovi ed edita sotto gli auspici del Ministero della sanità.

L'attività editoriale di *Mecosan* è supportata da un comitato scientifico al quale partecipano: Emidio Di Giambattista (coordinatore), Luca Anselmi, Sabino Cassese, Siro Lombardini, Antonio Pedone, Fabio Roversi Monaco.

Quali gli obiettivi?

Mecosan si propone di contribuire a diffondere la cultura manageriale e la logica economica nella gestione dei sistemi sanitari.

Mecosan indica modelli di analisi e di interpretazione della realtà, e prospetta soluzioni di intervento che siano coerenti con la natura dei problemi, grazie alla profonda esperienza maturata dagli autori dei contributi pubblicati.

Mecosan si presenta con un forte collegamento all'attualità e con una spiccata attitudine a fornire modelli culturali in cui i dirigenti del Servizio sanitario nazionale, a tutti i livelli, possano inquadrare le proprie problematiche.

Mecosan si rivolge da un lato a tutti coloro che hanno responsabilità direzionali nell'ambito del Servizio sanitario nazionale o di strutture sanitarie private, e d'altro lato agli studiosi e agli istituti di ricerca che si interessano dei problemi economici e manageriali della sanità.

Destinatari

Gli interlocutori privilegiati nel S.s.n. sono:

- **Dirigenti** degli Assessorati regionali alla sanità, del Ministero della sanità, dell'Istituto superiore di sanità e di altri organi dello Stato coinvolti nel governo o nel controllo del Servizio sanitario nazionale.
- **Amministratori** straordinari e futuri direttori generali delle Unità sanitarie locali (aziende di servizi sanitari e aziende ospedaliere).
- **Direttori** sanitari e amministrativi del S.s.n. / • **Primari** e altri responsabili di unità operative.
- **Responsabili** funzionali dei servizi delle U.s.l. / • **Componenti** il collegio dei revisori delle U.s.l.

Argomenti

Mecosan concilia l'intento divulgativo con le esigenze di approfondimento scientifico attraverso un'articolazione dei contenuti in sei sezioni:

- Sez. 1^a - **Saggi e ricerche**: argomentazioni originali di studiosi del settore e resoconti di ricerche sugli aspetti economici e manageriali della sanità.
 - Sez. 2^a - **Documenti e commenti**: dibattiti a più voci su temi di attualità e testi commentati di leggi o di altri documenti.
 - Sez. 3^a - **Esperienze innovative**: politici, manager e professionisti indicano vincoli e opportunità per una gestione manageriale del Servizio sanitario nazionale attraverso la propria esperienza diretta.
 - Sez. 4^a - **Notizie dal mondo**: articoli sui sistemi sanitari di altri paesi, scritti da autori italiani o degli stessi paesi stranieri.
 - Sez. 5^a - **Sanità e impresa**: opportunità di recupero di efficacia ed efficienza attraverso un rinnovato rapporto tra S.s.n. e mondo imprenditoriale.
 - Sez. 6^a - **Biblioteca**: segnalazione di novità bibliografiche, di articoli, di tesi di laurea e indicazione di bibliografie monotematiche.
-

Esperienze innovative

Sezione 3^a

L'ASSISTENZA DOMICILIARE NELLE U.S.L.: IL MODELLO SPERIMENTALE DELLA REGIONE LAZIO

di Maria Carla Claudi *
e Elda Melaragno **

L'allungamento della vita media, l'invecchiamento progressivo e costante della popolazione, hanno messo in primo piano la necessità di affrontare la « questione anziani » in un'ottica nuova, adeguata alla complessità del fenomeno, che coinvolge problemi di ordine socio-assistenziale, sanitario, previdenziale e politico.

Tale complessità richiede che la soluzione dei problemi dell'anziano, in termini di politiche sociali e di messa a disposizione di servizi, vada ricercata in un modello integrato di risposta socio-sanitaria di assistenza geriatrica. Questo orientamento è ormai ben codificato dall'O.m.s. (Health of the Elderly. Who technical Report, Series 779, 1989) e pienamente recepito nel progetto-obiettivo anziani del Piano sanitario nazionale e nella relazione conclusiva della commissione parlamentare d'inchiesta sulla dignità e condizione sociale dell'anziano.

Riportiamo, in sintesi, la filosofia e il modello organizzativo dell'assistenza geriatrica, entro cui si colloca l'assistenza domiciliare agli anziani, e, più in generale, alle persone disabili.

Gli obiettivi fondamentali dell'as-

sistenza geriatrica si possono individuare in tre punti, tra loro interdipendenti:

1) promuovere e sostenere il più possibile una vita indipendente nella comunità e, quindi, nella propria abitazione;

2) mantenere ad un livello minimo il numero e la durata di ogni episodio necessario di ricovero ospedaliero;

3) assicurare la migliore qualità di vita possibile agli anziani non autosufficienti, indipendentemente dalla loro ubicazione, cioè, sia che si trovino nella propria abitazione, sia ospedale o in strutture residenziali.

Per altro verso, l'assistenza geriatrica si basa su quattro fondamentali principi: continuità dell'intervento; integrazione dei servizi; approccio multidisciplinare; disponibilità di operatori specifici con un'adeguata formazione professionale (fig. 1).

Per rispondere agli obiettivi ed ai principi dell'assistenza geriatrica, si è concretizzato, negli anni, un modello assistenziale, basato, fondamentalmente, sulle seguenti strutture:

— divisione ospedaliera di geriatria: strutturata in modo tale da offrire tutte le risposte assistenziali spe-

cifiche all'anziano, per patologie acute di non autosufficienza, in termini di personale, strutture e modalità operative;

— day-hospital geriatrico: servizio parzialmente riabilitativo diretto ad offrire prestazioni intermedie tra la spedalizzazione e l'assistenza ambulatoriale, che non necessitano di ricovero per tutto l'arco della giornata, diretta a favorire il recupero o il mantenimento dell'autosufficienza;

— ospedalizzazione a domicilio: forma di intervento ad alto contenuto assistenziale basato sull'impegno diretto della struttura ospedaliera, mediante utilizzazione dello stesso personale della divisione geriatrica, indirizzato prevalentemente a pazienti con gravi compromissioni dello stato di salute per riacutizzazione

* **Maria Carla Claudi**, è Dirigente del Settore problemi istituzionali del S.s.n. dell'Assessorato alla sanità della regione Lazio; docente della Scuola di pubblica amministrazione di Lucca.

** **Elda Melaragno**, è Dirigente dell'Ufficio organizzazione amministrativa e istituzionale delle U.s.l. Assessorato alla sanità regione Lazio, presidente Ipab Protettorato S. Giuseppe.

di patologie croniche, necessità di controlli specifici, postumi gravi da interventi mutilanti;

— assistenza domiciliare: servizio integrato per l'erogazione a domicilio di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali, finalizzate al mantenimento della persona anziana totalmente, parzialmente o a rischio di non autosufficienza nel proprio ambiente abituale di vita, con coinvolgimento e impegno diretto del « medico di famiglia »;

— residenza sanitaria assistenziale (R.s.a.): forma di risposta alle situazioni di bisogno sanitario e socio-assistenziale di persone anziane non autosufficienti o a grave rischio di non autosufficienza, non assistibili a domicilio. Tale servizio deve col-

locarsi ed integrarsi nel più ampio complesso dei servizi territoriali, sia sanitari (ambulatoriali specialistici, centri di riabilitazione, ecc.) che socio-assistenziali (case di riposo, centri diurni, comunità-alloggio, case-albergo, segretariato sociale, ecc.).

Il fulcro del modello descritto è costituito dall'Unità valutativa geriatrica (U.v.g.), strumento essenziale per realizzare l'integrazione tra i diversi servizi, da collocarsi, a nostro avviso, preferibilmente a livello territoriale, costituita da un'equipe multidisciplinare formata da operatori con diverse competenze professionali. L'U.v.g., ispirandosi ai principi della valutazione funzionale multidimensionale, sperimentata con successo all'estero, provvede alla presa

in carico, alla valutazione, alla predisposizione del piano di intervento, al coordinamento e alla verifica degli interventi (fig. 2). Essa opera secondo un metodo di lavoro basato sul principio della cooperazione: « perché un gruppo multidisciplinare risulti efficace, tutti i membri devono accettare che nessuno ha tutte le risposte per tutte le domande, dato che tutti, in qualche modo, dipendono dalla cultura e dalla competenza degli altri. Tutto quel che si ricava dall'insieme è più grande della semplice somma tra le parti » (Workshop on the Multidisciplinary assessment of the Elderly, Goteborg, 1987).

Gli anziani nel Lazio

a) Elementi demografici

La popolazione del Lazio rappresenta circa il 9% dell'intera popolazione italiana e presenta caratteristiche particolari, in relazione ai fenomeni interessati all'evoluzione temporale della popolazione. Essa, secondo stime e proiezioni basate sull'incidenza dei fattori di natalità, mortalità e saldo migratorio, dovrebbe passare da 5.001.684 nel 1981 a 5.594.370 nel 2007 con un incremento medio annuo di circa il 4 per mille, in armonia con l'analogo incremento del periodo 1981/1987.

Nel decennio 1988/1997 la popolazione degli anziani nella Regione dovrebbe passare da 677.408 a 853.846 con un incremento del 26,03%.

Il numero degli anziani qui calcolato, anche se ragguardevole, è da considerarsi una soglia minima che sarà quasi certamente superata nella realtà.

Per meglio valutare il fenomeno sotto il profilo delle classi di età, si rinvia alla fig. 3.

Per quanto riguarda lo stato di salute della popolazione anziana nel

PRINCIPI CARDINE DELL'ASSISTENZA GERIATRICA

Continuità dell'intervento:	offerta di interventi socio-sanitari preventivi, curativi e riabilitativi per contrastare la non autosufficienza o per affrontarla con interventi specifici e adeguati nelle diverse fasi del processo di insorgenza delle patologie cronico-degenerative.
Integrazione tra i servizi:	coordinamento e raccordo tra componenti sociali e sanitarie dei servizi e all'interno dei vari servizi coinvolti nell'assistenza geriatrica (ospedali; day-hospital; assistenza domiciliare; residenze sanitarie assistenziali; servizi socio-assistenziali, culturali, ricreativi; iniziative di volontariato; ecc.).
Approccio multidisciplinare:	metodologie atte a garantire, nelle fasi di accertamento ed intervento, la scelta delle soluzioni più efficaci per il singolo caso, utilizzando équipes interdisciplinari con la presenza di tutte le indispensabili competenze (sanitarie; statistico-demografiche; sociali ed economiche; psicologiche; ecc.).
Formazione professionale specifica:	promozione negli operatori (medici; terapisti; infermieri; psicologi; assistenti sociali; assistenti domiciliari; ecc.) di una coscienza e di una motivazione comuni sui problemi dell'invecchiamento, sul valore della vita e, quindi, sul ruolo, sulla dignità e sul rispetto dell'anziano.

Figura 1

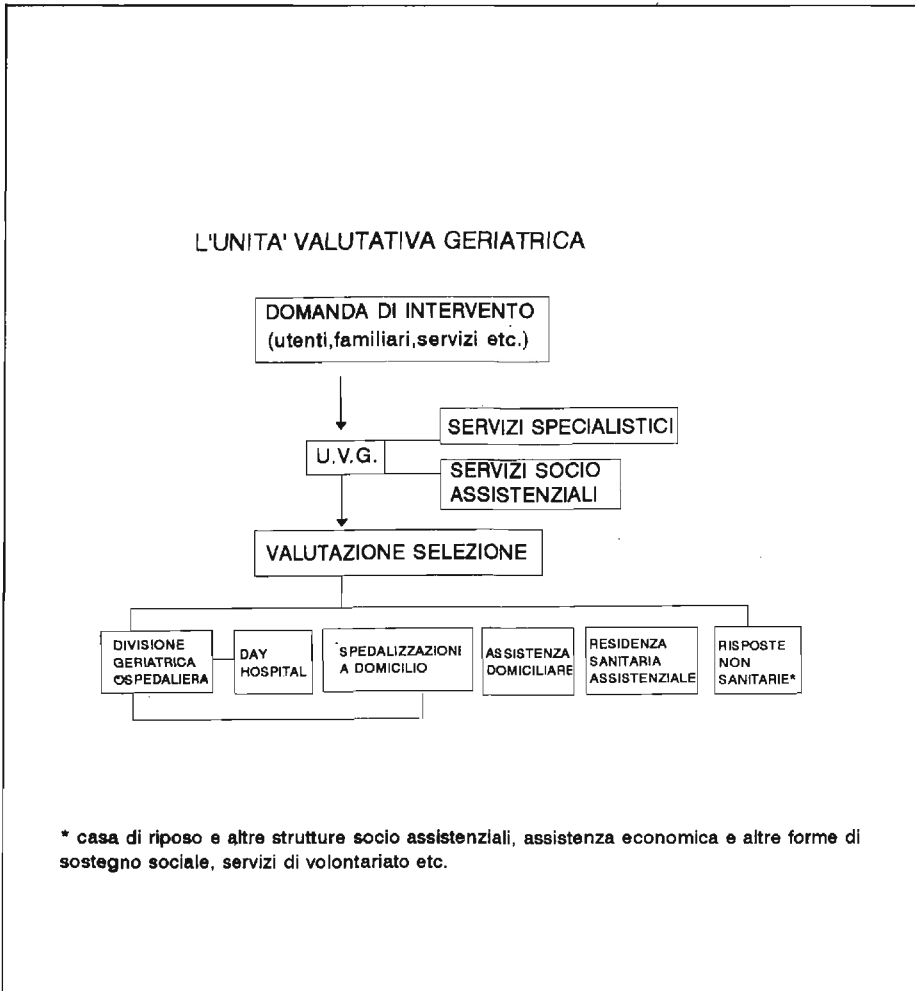


Figura 2

Lazio, emerge che circa il 36% degli anziani ultra65enni denuncia « un non buono stato di salute », come si evince dalla fig. 4.

Per quanto riguarda il numero dei ricoveri e la durata della degenza, risulta che, nel Lazio, il tasso di ospedalizzazione, secondo una instagine Istat del 1980, è del 16,2% per anziani di età compresa tra i 65 anni e i 74 anni e del 22% per gli ultra74enni mentre, a livello nazionale, la percentuale è, rispettivamente, del 15,86% e del 17,7%.

b) Stato dei servizi

La regione Lazio non ha ancora

emanato il Piano sanitario regionale (1), né la cosiddetta legge di riordino dei servizi socio-assistenziali, servizi che sono attualmente gestiti dai singoli Comuni, senza che sia stata realizzata alcuna forma di attribuzione di competenze in materia sociale alle Unità sanitarie locali, come previsto dalla vigente legislazione regionale (2) e come effettuato da molte altre Regioni, anche se con soluzioni istituzionali e organizzative diverse.

In relazione a ciò, nel Lazio, è ancora radicata una concezione della risposta ai bisogni delle persone anziane in termini prevalentemente

di istituzionalizzazione e di ospedalizzazione, corretta, solo recentemente, con la codificazione e strutturazione dell'assistenza domiciliare. Infatti, gli anziani, nel Lazio, ricevono risposta assistenziale prevalentemente:

— nella case di riposo (circa 10.500 posti letto, di cui 7.470 a Roma) ove è stata registrata un'alta percentuale di ospiti non autosufficienti che non possono ricevere cure sanitarie adeguate;

— nelle strutture di ricovero e cura per lungodegenti (n. 5.464 posti letto in case di cura private convenzionate a 83 posti letto in strutture pubbliche) che erogano un'assistenza di tipo essenzialmente ospedaliero e probabilmente non idonea a mantenere o recuperare l'autosufficienza;

— nelle divisioni di medicina generale degli ospedali che risentono pesantemente, in termini organizzativi, di tale forma di ricovero improprio.

A fronte di ciò, in tutto il Lazio, esistono soltanto 535 posti letto in reparti di geriatria, di cui 20 in strutture private ed un numero irrilevante di day-hospital geriatrici, mentre, fino al 1989, vi era una notevolissima carenza di servizi territoriali: solo 12 su 51 U.s.l. avevano attivato esperienze, oltretutto non sistematiche, di assistenza domiciliare.

Genesi del progetto

Per invertire questa linea di tendenza, la regione Lazio si è attivata attraverso una serie di iniziative sul piano normativo e programmatico che anticipano, sostanzialmente, i contenuti del Piano sanitario nazionale:

— legge regionale 2 dicembre 1988, n. 80, concernente norme per l'assistenza domiciliare;

— deliberazione del Consiglio regionale n. 1108 del 25 gennaio 1990,

concernente il programma triennale e pluriennale di investimenti edilizi di cui all'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 per la realizzazione, tra l'altro, delle residenze sanitarie assistenziali;

— progetto-obiettivo anziani nell'ambito della proposta di Piano sanitario regionale (triennio 1991/93);

— proposta di legge di iniziativa della Giunta regionale per l'istituzione e il funzionamento delle residenze sanitarie assistenziali.

Tali iniziative, pur contenute in atti normativi diversi e a diverso stato di avanzamento, sono collegate tra loro da un unico filo conduttore e si ispirano alla filosofia e al richiamato modello organizzativo dell'assistenza geriatrica, ormai consolidato culturalmente, come abbiamo detto, non solo a livello nazionale ma anche internazionale.

L'assistenza domiciliare di cui alla legge regionale n. 80 del 1988 — nata per volontà di tutte le forze politiche, sindacali e sociali, nell'intento di fornire risposte concrete a specifiche istanze dell'utenza ed ormai in avanzata fase di attuazione — è stata ideata quale progetto sperimentale per promuovere, in tutto il territorio regionale, la realizzazione di un sistema integrato di interventi domiciliari a carattere sanitario prevalentemente per la tutela degli anziani, ma anche dei disabili e dei pazienti con malattie croniche, al fine di consentire alle persone parzialmente, temporaneamente o totalmente non autosufficienti di rimanere il più possibile nel proprio ambiente abituale di vita e di contrastare il fenomeno del ricorso improprio alla ospedalizzazione.

Tale servizio è stato finalizzato a garantire, in relazione ai bisogni dell'utente, specifiche prestazioni di natura medica, infermieristica, di riabilitazione e di recupero psico-fisico, integrate anche da tutte quelle altre

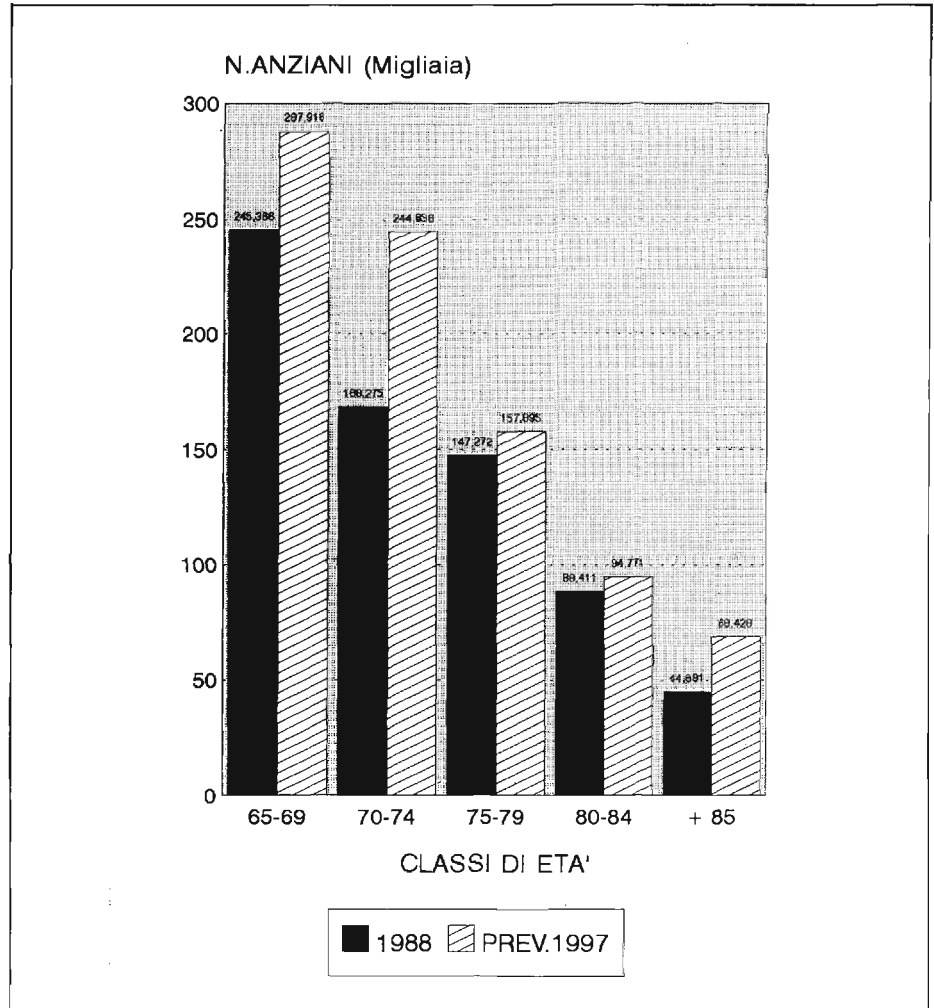


Figura 3

SALUTE DEGLI ANZIANI NELLA REGIONE LAZIO - ANNO 1987 *				
Stato di salute	Buono (%)	Non buono (%)	Non indicato (%)	Totali
MASCHI				
da 65 a 74 anni	419 (66.7)	195 (31.1)	14 (2.2)	628
75 anni e più	194 (60.6)	115 (35.9)	11 (3.4)	320
totali	613 (64.7)	310 (32.7)	25 (2.6)	948
FEMMINE				
da 65 a 74 anni	403 (62.4)	221 (34.2)	22 (3.4)	646
75 anni e più	236 (58.4)	156 (39.6)	22 (3.0)	404
totali	639 (60.9)	377 (35.9)	34 (3.2)	1.050
TOTALI	1.252 (34.4)	687 (34.4)	59 (3.0)	1.998

(*) Elaborazione Regione Lazio su rilevazione Istat: soggetti intervistati a campione n. 17.434 di cui 1989 > 65 anni - pop. cens. 1981 : 5.001.684 ab.

Figura 4

prestazioni che concorrono strettamente al recupero sanitario del soggetto utente del servizio domiciliare.

La legge n. 80 del 1988 prevede che le prestazioni sanitarie domiciliari siano erogate dalle Unità sanitarie locali in forma integrata con i servizi sociali di competenza dei Comuni. In questa logica, l'assistenza domiciliare si pone come strumento privilegiato per facilitare un'inversione di tendenza nell'erogazione dei servizi, non più settorialmente strutturati in relazione a singoli fattori (sanitari, sociali, psicologici, economici) che incidono negativamente sui soggetti, ma considerando tali fattori come complessivamente interagenti e determinanti lo stato di bisogno e di disagio delle persone.

Il rispetto di tale principio ha comportato la collocazione dell'assistenza domiciliare in una rete polifunzionale e multidisciplinare di servizi integrati (sanitari, socio-assistenziali ed economici), offerti e calibrati a seconda delle esigenze della persona, con programmi operativi individuali, flessibili e ridefinibili dopo attenta verifica. È stato stabilito, infatti, che l'azione congiunta e coordinata dei servizi sanitari e sociali debba principalmente tendere:

- alla programmazione congiunta degli interventi;
- ad un utilizzo razionale di tutte le risorse;
- ad evitare un uso improprio della struttura ospedaliera;
- alla creazione o potenziamento, in prospettiva, di strutture semiresidenziali e residenziali, qualora l'assistenza domiciliare risulti inadeguata a soddisfare particolari bisogni.

Il progetto sperimentale in questione — formalizzato in una deliberazione del Consiglio regionale (3), pensato ed elaborato con la collaborazione di alcuni operatori delle U.s.l., di diversa professionalità e di diverso livello di responsabilità e dibattuto in un fattivo confronto con le organizzazio-

ni sindacali — ha voluto introdurre un modello organizzativo flessibile, supportato da strumenti operativi e indicazioni metodologiche, suscettibile di essere rimodellato « a regime » sulla base delle risultanze di una più puntuale e diretta rilevazione delle esigenze di assistenza nelle diverse realtà territoriali nonché della verifica della sperimentazione. Proprio per questo motivo la « valutazione » è stata individuata quale strumento portante ed essenziale per la strutturazione definitiva del servizio.

Contenuti organizzativi e metodologici

Il progetto sperimentale ha individuato i soggetti destinatari dell'assistenza domiciliare (a.d.), le aree assistenziali di intervento, la tipologia delle prestazioni, i contenuti organizzativi, gli strumenti operativi nonché gli standard di personale, strutturali e delle attrezzature.

a) Soggetti destinatari dell'a.d.

I destinatari dell'a.d. sono stati individuati nelle persone totalmente e permanentemente non autosufficienti, nelle persone temporaneamente non autosufficienti, nelle persone parzialmente e permanentemente non auto-

sufficienti. Particolare attenzione è stata riservata ai « cronici non autosufficienti ».

b) Aree assistenziali di intervento

Le aree assistenziali di intervento dell'a.d. sono state identificate in corrispondenza di altrettante aree problematiche e progettuali: area della senescenza; area della disabilità, ivi compreso il disagio mentale; area dell'età evolutiva e giovanile.

c) Tipologia delle prestazioni

È stato previsto che attraverso l'a.d. vengano assicurate al domicilio dell'utente (considerato tale anche la casa di riposo) prestazioni di medicina generale, specialistiche, infermieristiche, riabilitative e di recupero psico-fisico, altre prestazioni sanitarie (ad es. assistenza podologica e dietologica) prestazioni socio-assistenziali (pulizia personale e dell'abitazione, preparazione pasti, compagnia ed accompagnamento, aiuto ad alimentarsi, segretario sociale, ecc.).

d) Organizzazione degli interventi

È stata prevista l'istituzione presso ciascuna U.s.l. di un Centro di assistenza domiciliare (C.a.d.) inserito nel servizio per l'assistenza sanitaria extra-ospedaliera (figg. 5 e 6).

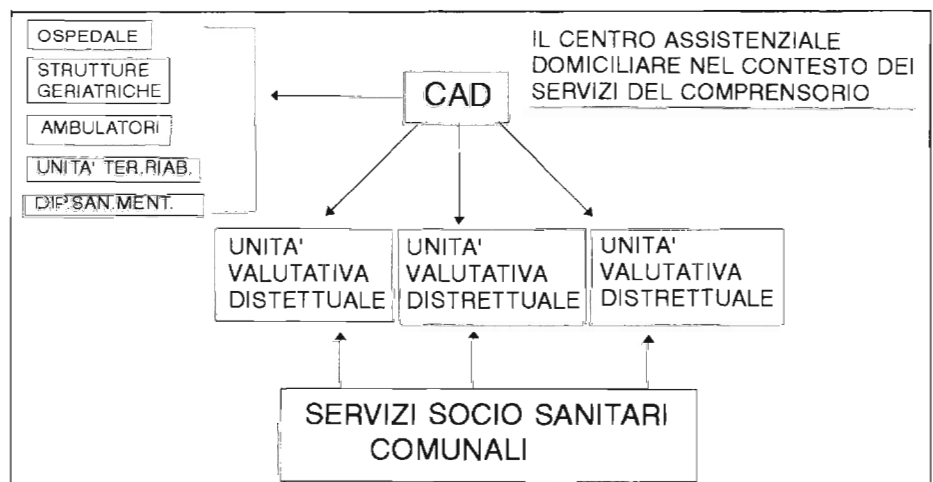


Figura 5

A livello di U.s.l. il C.a.d. svolge le funzioni tipiche del livello di governo, mediante una equipe multi disciplinare che deve disporre di un adeguato supporto amministrativo.

A livello di distretto il C.a.d. assicura le attività di carattere propriamente operativo, attraverso equipe valutative (E.v.d.) di cui fa parte anche il « medico di famiglia » dell'assistito, integrate, se necessario, da specialisti e da equipe di assistenza (E.a.d.) formate da operatori dell'E.v.d. e integrate da altri operatori del territorio.

Nelle U.s.l. dove non sono stati attivati i distretti socio-sanitari di base, il C.a.d. svolge tutte le funzioni a livello di U.s.l., adottando, però, soluzioni organizzative per favorire il decentramento operativo delle attività.

Il C.a.d., nel sistema organizzativo della U.s.l., svolge una funzione complementare e di supporto e non sostitutiva delle specifiche funzioni di assistenza sanitaria demandate alle altre strutture. Il C.a.d. opera, pertanto:

— sulla base di appositi protocolli operativi, in collegamento funzionale con gli ospedali, gli ambulatori specialistici, le strutture di geriatria, le unità territoriali di riabilitazione, il servizio dipartimentale di salute mentale, ecc.;

— il C.a.d. inoltre, mediante appositi protocolli di intesa tra le U.s.l. e i Comuni del relativo comprensorio, opera in rapporto di stretta integrazione e coordinamento con i servizi socio-assistenziali del territorio.

Nello svolgimento delle proprie attività, il C.a.d. promuove anche il coinvolgimento e la corresponsabilizzazione della famiglia nonché la collaborazione delle forze di volontariato.

e) *Modalità e strumenti operativi*

Nel progetto sperimentale sono sta-

te individuate le modalità di accesso al servizio e di erogazione delle prestazioni, articolate nelle seguenti fasi:

- accoglienza della domanda o della segnalazione;
- valutazione del caso;
- formazione del piano di interven-

to individuale;

— controllo dell'andamento dell'a.d.;

— verifica dei risultati.

Sono stati anche predisposti i facsimile degli strumenti operativi consistenti in:

CENTRO DI ASSISTENZA DOMICILIARE							
LE FUNZIONI	A livello di U.s.l.:		A livello di distretto:				
	<ul style="list-style-type: none"> — coordinamento delle attività in collegamento funzionale con gli altri servizi; — programmazione delle attività e gestione del sistema informativo; — coordinamento con le altre risorse del territorio: sociali, culturali, educative; — valutazione dell'attività di a.d. e controllo dei livelli di efficienza ed efficacia raggiunti; — vigilanza sulle attività svolte dai servizi di base e gestione diretta o in convenzione (cooperative e associazioni di volontariato); — rilevazione dei bisogni di formazione permanente degli operatori. 		<ul style="list-style-type: none"> — raccolta e valutazione delle richieste e delle segnalazioni comunque pervenute; — organizzazione degli interventi e costruzione dei piani di intervento individuale; — presa in carico e dimissione dei casi; — erogazione delle prestazioni di a.d.; — tenuta e aggiornamento dello schedario dei casi; — redazione di relazioni periodiche sull'andamento delle attività. 				
GLI OPERATORI	EQUIPE USL	<ul style="list-style-type: none"> — medico coordinatore del C.a.d.; — assistente sociale; — assistente sanitario visitatore o caposala. 	<table border="1"> <tr> <td>Equipe valutativa distrettuale:</td> <td>Equipe operativa distrettuale:</td> </tr> <tr> <td>medico; operatore professionale di 1ª categoria (preferibilmente a.s.v. o caposala); assistente sociale; medico di famiglia dell'assistito; eventuali specialisti.</td> <td>medico; medici specialisti; assistente sociale; terapisti riabilitazione; psicologi; educatori professionali; infermieri; amministrativi; altri.</td> </tr> </table>	Equipe valutativa distrettuale:	Equipe operativa distrettuale:	medico; operatore professionale di 1ª categoria (preferibilmente a.s.v. o caposala); assistente sociale; medico di famiglia dell'assistito; eventuali specialisti.	medico; medici specialisti; assistente sociale; terapisti riabilitazione; psicologi; educatori professionali; infermieri; amministrativi; altri.
	Equipe valutativa distrettuale:	Equipe operativa distrettuale:					
medico; operatore professionale di 1ª categoria (preferibilmente a.s.v. o caposala); assistente sociale; medico di famiglia dell'assistito; eventuali specialisti.	medico; medici specialisti; assistente sociale; terapisti riabilitazione; psicologi; educatori professionali; infermieri; amministrativi; altri.						
EQUIPE SERV. SOC. COMUNALE	<ul style="list-style-type: none"> — funzionario addetto ai servizi sociali; — assistente sociale. 	assistente sociale.	<table border="1"> <tr> <td>assistenti sociali; assistenti domiciliari; educatori professionali; amministrativi; altri.</td> </tr> </table>	assistenti sociali; assistenti domiciliari; educatori professionali; amministrativi; altri.			
assistenti sociali; assistenti domiciliari; educatori professionali; amministrativi; altri.							
* L'E.o.d. comprende anche gli operatori dell'E.v.d.							

Figura 6

- schema di protocollo di intesa tra U.s.l. e ente locale (Comune);
- modulo di richiesta di a.d. per i medici di medicina generale e per i pediatri di libera scelta;
- cartella del paziente comprendente diverse sezioni per l'anamnesi, l'esame obiettivo, le scale di valutazione del disagio sociale e dell'infermità, basata su punteggi diretti alla valutazione della gravità del caso, rilevazione delle prestazioni sanitarie e sociali precedentemente usufruite, piano individuale di intervento (fig. 7);

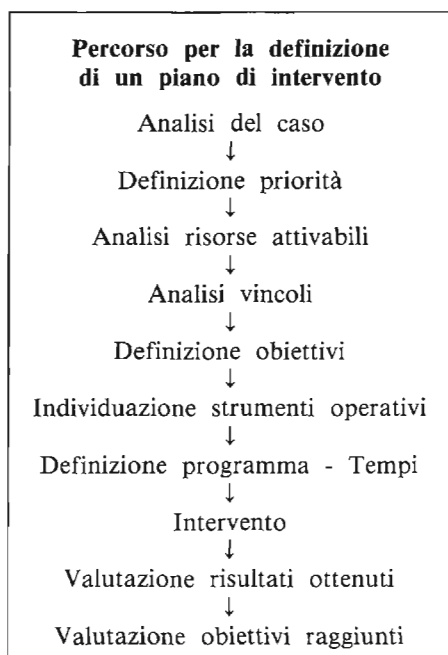


Fig. 7

- scala di valutazione dell'autonomia (Geronte) sulla base della scala di G. Attali e altri (Francia, 1980) basata su punteggi numerici calcolabili per le diverse funzioni (attività mentali, sensoriali, corporali, di spostamento e sociali), opportunamente riadattata;
- diarie e fogli di presenza degli operatori sanitari e degli operatori di aiuto sociale e domestico;
- schema tipo di convenzione tra la U.s.l. e le cooperative o le associazioni di volontariato.

f) *Personale*

Il progetto ha individuato modalità di reperimento del personale atte ad utilizzare il più possibile le risorse esistenti. In tal senso, nell'a.d., è stato previsto che siano impiegati:

- quale direttore del C.a.d., uno dei medici dell'area di prevenzione e sanità pubblica, già in servizio;
- il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta convenzionato dell'utente;
- medici specialisti dipendenti in regime di lavoro straordinario o di plus-orario nell'ambito dell'istituto dell'incentivazione alla produttività;
- medici specialisti ambulatoriali interni convenzionati, anche mediante riconversione del monte ore relativo a turni di specialità sottoutilizzate;

— infermieri professionali e terapisti a rapporto di lavoro dipendente.

Per il primo anno di sperimentazione è stata prevista l'attivazione di complessive 87 equipe (da due a tre per ciascuna U.s.l. del comune di Roma ed una per le U.s.l. del territorio extra-romano della provincia di Roma e delle altre Province), formate, di norma, da un terapeuta della riabilitazione e quattro infermieri professionali, affiancati da altri operatori, reperiti come si è detto. Solo in caso di assoluta necessità, il personale infermieristico, di riabilitazione o specialista avrebbe potuto essere temporaneamente garantito mediante convenzioni con cooperative o associazioni di volontariato.

g) *Standard strutturali e delle attrezzature - Finanziamenti*

Il progetto sperimentale ha individuato gli standard minimi strutturali del C.a.d. e delle dotazioni strumentali e di materiale di cui deve disporre un centro operativo di a.d. e sono stati individuati i finanziamenti necessari per l'attivazione del

servizio, in parte, sul Fondo sanitario regionale (fondo di parte corrente, a destinazione vincolata) e, in parte, sullo stanziamento di un apposito capitolo integrativo previsto nel bilancio regionale.

Fase di progettazione

Il lavoro svolto nella fase di progettazione, sia livello regionale che, successivamente, a livello locale, è stato indirizzato a precisare gli obiettivi specifici della sperimentazione, in rapporto agli obiettivi generali indicati dalla legge.

a) *Il livello regionale*

A livello regionale è stata sviluppata la progettazione del modello sperimentale di assistenza domiciliare attraverso una serie di « azioni » ispirate ai seguenti obiettivi specifici:

— flessibilità dell'organizzazione e degli interventi;

— sperimentazione dei percorsi formativi diretti agli operatori del C.a.d.;

— sperimentazione del servizio basata sull'analisi del contesto sociale, sulla individuazione delle priorità, sul raccordo intervento-risorse, sulla multidimensionalità della valutazione, sulla interdisciplinarietà degli interventi, sui livelli differenziati di responsabilità, sul decentramento delle attività, sulla valutazione sistematica del servizio e sulla autovalutazione degli operatori;

— sperimentazione di un sistema integrato degli interventi sanitari e socio-assistenziali, a livello di governo e a livello operativo;

— sperimentazione ed informatizzazione dei dati e delle informazioni individuando, a tal fine, cinque U.s.l.-pilota;

— messa a regime del modello organizzativo, mediante opportune integrazioni e modifiche a quello ori-

ginario, in rapporto ai risultati, in termini di funzionalità, rispondenza e efficienza del servizio, a conclusione della fase di sperimentazione.

Per quanto riguarda le « azioni », sono stati, innanzitutto, predisposti gli indirizzi generali e le direttive alle U.s.l., per l'organizzazione e l'attuazione dell'assistenza domiciliare (4) impegnando, a tal fine, i necessari finanziamenti, per complessivi 10 miliardi (5) ripartiti tra le U.s.l., in proporzione alla popolazione anziana ultra65enne, residente nel comprensorio socio-sanitario di riferimento.

Con una successiva apposita circolare esplicativa, sono stati giustificati, oltre alle finalità, i contenuti organizzativi, metodologici ed operativi del modello sperimentale, individuando, altresì, il termine per la presentazione del progetto di intervento da parte delle U.s.l. (60 giorni). Il termine per la presentazione del progetto è stato oggetto di successive proroghe.

Per l'individuazione degli indicatori di input e di processo è stata costituita una apposita commissione tecnica di esperti, anche con funzioni di consulenza alle strutture regionali.

Nella fase di progettazione, la Regione, mediante l'assessorato alla sanità, ha inoltre curato una serie di iniziative per sostenere le U.s.l. nella predisposizione dei propri progetti e in particolare, quelle individuate come centri pilota, per:

- la sperimentazione del sistema informativo « Geriatrix », in vista dell'applicazione del sistema di valutazione dell'autonomia dei pazienti;
- la sperimentazione degli indicatori per la valutazione del sistema di assistenza domiciliare;
- la verifica dell'idoneità del modello organizzativo e dei relativi strumenti operativi.

Successivamente, sono state emanate direttive integrative e sono stati

organizzati una serie di incontri, anche con le rappresentanze dei medici di medicina generale di libera scelta, per il coordinamento dell'assistenza domiciliare di cui alla L.R. n. 80 del 1988 con l'assistenza domiciliare programmata prevista dall'accordo unico nazionale di categoria.

In collaborazione con l'assessorato regionale alla formazione professionale e con la consulenza del comitato tecnico, è stato predisposto il programma di massima di un corso di base per gli operatori del C.a.d., con la finalità precipua di creare condizioni favorevoli al lavoro di gruppo, presupposto, questo, essenziale per la realizzazione in concreto della « filosofia » sottesa dalla sperimentazione in questione che privilegia, si ripete, l'interazione tra professionalità diverse, tra diversi servizi e tra questi e gli stessi utenti, in rapporto agli obiettivi comuni di perseguire un maggiore benessere, una migliore qualità degli interventi e una maggiore efficienza dei servizi.

Si è poi proceduto alla valutazione dei progetti di intervento presentati dalle singole U.s.l., con particolare riferimento ai seguenti elementi:

- completezza e coerenza del progetto rispetto alle direttive regionali;
- rilevanza del progetto rispetto ai problemi da affrontare;
- adeguatezza della formulazione del progetto (in molti casi raggiunta con successive stesure e a seguito di interventi di consulenza della competente struttura regionale);
- costo del progetto;
- motivazione, impegno, livello ed intensità del processo di integrazione con i Comuni per gli interventi socio-assistenziali.

Al 31 dicembre 1991 risultavano approvati e finanziati dalla Giunta regionale i progetti di intervento di 50 U.s.l. su 51, per alcuni dei quali la Giunta regionale ha indicato specifiche prescrizioni e condizioni da osservare in sede attuativa.

È da notare che, nella fase di progettazione, è stato particolarmente curato l'aspetto dell'informazione, mediante la distribuzione a livello locale di un consistente numero delle direttive regionali, nonché della modulistica necessaria per la prima fase di attivazione del servizio, oltretutto il coinvolgimento di tutti i servizi delle Unità sanitarie locali e delle strutture di ricovero e cura esistenti nel territorio regionale, ivi comprese le università, gli istituti a carattere scientifico, gli ospedali classificati e le case di cura private (7).

Per sollecitare un maggiore impegno anche da parte degli operatori regionali utilizzati nel progetto sperimentale, è stato anche attivato un apposito progetto-obiettivo nell'ambito dell'istituto dell'incentivazione alla produttività previsto dal contratto di lavoro del personale della Regione.

b) Il livello locale

In rapporto agli obiettivi generali indicati dalla normativa regionale, agli obiettivi specifici individuati e alle « azioni » intraprese, i progetti di intervento delle U.s.l. per la realizzazione dell'assistenza domiciliare sono stati impostati sulla base dei seguenti contenuti:

- descrizione delle principali caratteristiche strutturali e socio-culturali del comprensorio socio-sanitario;
- eventuali ulteriori sub-obiettivi specifici;
- organizzazione del servizio a livello di U.s.l. e di distretto, anche in relazione all'integrazione con i servizi socio-assistenziali dei Comuni;
- modalità di espletamento del servizio;
- operatori da impegnare nel servizio, con l'indicazione delle relative modalità di reperimento e utilizzazione;
- eventuale utilizzazione di coo-

perative e di associazioni di volontariato, nei limiti e con le modalità previste nelle linee di indirizzo e direttive regionali, con precisazione del numero e della professionalità degli operatori da impiegare;

— attrezzature eventualmente occorrenti;

— numero presuntivo delle persone da assistere in relazione ai dati rilevati nonché dei pazienti assistibili in relazione al dimensionamento del servizio;

— spesa complessiva, sia di parte corrente, che in conto capitale, prevista per la realizzazione del servizio, con specificazione delle singole voci di spesa, evidenziando, distintamente, per le spese correnti:

1) le spese già sostenute e finanziate con la quota del Fondo sanitario regionale (ad esempio spese di personale già in servizio);

2) le spese per cui occorrevano finanziamenti aggiuntivi;

3) le spese per interventi socio-assistenziali che avrebbero dovuto gravare sugli enti locali competenti per territorio.

I progetti delle U.s.l. sono stati adottati con provvedimenti dell'organo di gestione (8) che ha individuato, nella maggior parte dei casi, il responsabile del C.a.d. e gli operatori dell'equipe valutativa e ha quantificato la richiesta e l'entità del finanziamento necessario per l'avvio del servizio o per la continuità degli interventi e attività domiciliari eventualmente già in atto.

La predisposizione del progetto ha richiesto alle Unità sanitarie locali un impegno finalizzato, soprattutto, alla conoscenza e analisi delle variabili demografiche, socio-culturali ed economiche dei gruppi sociali (anziani-disabili), delle istanze ed esigenze espresse dagli anziani e delle risorse, anche in termini di solidarietà, disponibili nel territorio. Essenziale è stata, tra l'altro, l'analisi e la rilevazione della domanda e del-

l'offerta nonché, nelle U.s.l. che avevano già in precedenza attivato interventi di assistenza domiciliare, la valutazione dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi stessi nonché l'analisi delle eventuali cause del successo-insuccesso dell'intervento.

Le Unità sanitarie locali si sono attivate con incontri e forme diverse di integrazione con i Comuni facenti parte del comprensorio, ai fini delle previste intese per la programmazione e gestione integrata delle attività sanitarie con quelle socio-assistenziali, sia a livello di governo che operativo: solo in pochi comprensori, tuttavia, le intese sono state formalmente definite. Al riguardo, particolari difficoltà sono state registrate soprattutto nel comune di Roma dove, nonostante il recepimento da parte del Consiglio comunale delle direttive e delle indicazioni formulate dalla Regione per la sperimentazione di cui trattasi, la formalizzazione dell'intesa è stata, nei fatti, fortemente condizionata da divergenze a livello politico tra assessorato comunale ai servizi sociali e circoscrizioni comunali.

In un numero significativo di U.s.l., infine, la fase di progettazione è stata caratterizzata da un coinvolgimento diretto e sistematico delle organizzazioni sindacali, delle formazioni sociali e delle associazioni di categoria, che hanno contribuito efficacemente, con la loro costante presenza, alla individuazione delle scelte sulle priorità e sulle possibili soluzioni operative.

Avvio della sperimentazione

La Regione, nella fase di avvio della sperimentazione ha puntato essenzialmente sulle seguenti « azioni »:

— prosecuzione del rapporto dialettico e di supporto tecnico nei confronti delle U.s.l., realizzato attraverso diretti contatti con gli ammi-

nistratori straordinari, fin dall'atto del loro insediamento, e con i responsabili del C.a.d. nonché con singoli operatori, soprattutto delle équipes valutative;

— erogazione alle U.s.l. di ulteriori somme (complessivamente lire 8 miliardi e 820 milioni) sul Fondo sanitario regionale, parte corrente, a destinazione vincolata, esercizio finanziario 1991, sia a copertura dei costi effettivi del progetto attivato, anche in funzione della presenza, sul territorio, di case di riposo, sia a titolo di incentivazione per quei comprensori in cui risultava essere stata realizzata l'integrazione con i servizi sociali;

— informazione sistematica nei confronti dei sindacati e delle forze sociali sull'andamento della sperimentazione, promuovendo, da parte degli stessi, interventi specifici per rimuovere ostacoli e difficoltà riscontrate a livello attuativo sia in sede regionale che locale;

— predisposizione e definizione del programma operativo di corsi di aggiornamento (il cui inizio è stato fissato al 5 luglio 1992) del personale dei C.a.d. incentrato sui seguenti obiettivi:

— favorire la piena realizzazione di tutti gli operatori che lavorano in seno al C.a.d., permettendo loro di sviluppare le rispettive competenze, le attitudini, le capacità ad intervenire per progetti e ad adattarsi al cambiamento;

— favorire la valorizzazione ed il confronto delle esperienze professionali dei partecipanti, attraverso un confronto dialettico, per condurre gli stessi a maturare le capacità di ascoltare le idee altrui, l'attitudine al lavoro di gruppo, l'abitudine a « costruirsi » le scelte con il contributo degli altri;

— fare acquisire una buona conoscenza dell'organizzazione del C.a.d., al fine di meglio individuare gli obiettivi, il ruolo e le funzio-

ni, nell'ambito del sistema complessivo dei servizi della U.s.l.;

— sviluppare la capacità di analisi delle condizioni del territorio, anche attraverso l'approccio professionale ai singoli casi e l'attitudine alla ricerca mirata;

— individuare le modalità operative della valutazione multidimensionale e della progettazione degli interventi terapeutici e riabilitativi;

— sviluppare le capacità di intervento all'interno dei servizi residenziali, cogliendo le differenze con l'intervento a domicilio dell'utente;

— sviluppare la capacità di verifica, sia ai fini dell'adattamento dei piani individuali che della promozione dei conseguenti elementi innovativi all'interno del proprio ambiente di lavoro.

Per quanto riguarda, in particolare, le iniziative di formazione permanente, ritenute l'asse portante della sperimentazione, particolare attenzione è stata posta alla metodologia didattica, tesa a privilegiare l'apprendimento attivo e l'acquisizione degli strumenti tecnici e gestionali necessari.

L'obiettivo è stato quello di mobilitare al massimo le risorse individuali, coinvolgendo i partecipanti in modo diretto nell'apprendimento e limitando i momenti di ricezione passiva dei contenuti formativi.

Ciò, soprattutto, prendendo le mosse della esperienza quotidiana degli operatori coinvolti nella iniziativa formativa, favorendo, in tal modo, il confronto collettivo a livello di gruppo e integrando le lezioni teoriche con i metodi didattici attivi, (presentazione di casi, esercitazioni, simulazioni, analisi di gruppo, discussione).

Ciascun modulo formativo è stato dimensionato su 30 persone provenienti da 4 U.s.l. (comprendenti di una U.s.l.-pilota e di una U.s.l. con precedenti esperienze di assistenza domiciliare) e caratterizzato dalla presenza di tutti gli operatori stabili del C.a.d.. Sono stati ritenuti essenziali,

per la riuscita del corso, la residenzialità in luogo non coincidente con quello di lavoro, nell'intento di favorire la massima concentrazione dei partecipanti e lo sviluppo di processi di interazione tra gli stessi.

Per una migliore conoscenza dell'avvio della sperimentazione sul territorio regionale è stato predisposto, infine, un questionario finalizzato a rilevare, in particolare:

— lo stato di attivazione dei servizi;

— il livello di integrazione con i servizi socio-assistenziali comunali;

— la consistenza dell'utenza assistita, di quella in lista di attesa e di quella in assistenza programmata a norma del D.P.R. n. 314 del 1990, erogata dal solo « medico di famiglia ».

A circa sei mesi dall'invio del questionario, sono pervenute le risposte di 26 U.s.l. su 51, nonostante le reiterate sollecitazioni anche informali, effettuate dalla Regione.

Le risultanze di tale indagine sostanzialmente hanno messo in evidenza (fig. 8):

— una significativa risposta ai questionari delle U.s.l. ubicate nel comune di Roma (8 su 10), anche in termini di completezza dei dati forniti;

— una insufficiente risposta in termini numerici e di completezza dell'informazione da parte delle U.s.l. ubicate nel territorio extra-romano della provincia di Roma e nelle altre Province (hanno restituito i questionari: per la provincia di Roma 5 U.s.l. su 15; per la provincia di Frosinone 3 U.s.l. su 10; per la provincia di Latina 4 U.s.l. su 6; per la provincia di Rieti 2 U.s.l. su 3; per la provincia di Viterbo 4 U.s.l. su 5); va però tenuto conto che alcune Unità sanitarie locali, pur avendo attivato il servizio, hanno fornito, con diverse modalità, dati parziali e difficilmente comparabili, tali, comunque, da non poter essere presi in considerazione. Molte U.s.l. inoltre, non hanno fornito dati circa l'utenza assistita;

— un complessivo ritardo delle U.s.l. del territorio extra-romano nell'attivazione dell'assistenza domiciliare;

— una scarsa rispondenza dei Comuni a realizzare l'integrazione dei servizi socio-assistenziali con quelli sanitari;

— una prevalenza, per quanto riguarda l'erogazione delle prestazioni di natura infermieristica e riabilitativa, del ricorso alle convenzioni con cooperative o associazioni di volontariato.

Considerazioni sulla sperimentazione

In linea generale, in relazione ai contatti direttamente intervenuti con le U.s.l. e ai dati riportati nei questionari, è stato registrato un complessivo ritardo nell'attuazione del progetto sperimentale di assistenza domiciliare nella Regione, le cui cause vanno ricercate in una serie di fattori di diversa natura, alcuni dei quali esterni ed altri interni al sistema organizzativo delle singole Unità sanitarie locali.

a) Fattori esterni al sistema organizzativo delle U.s.l.

I principali fattori esterni al sistema organizzativo delle U.s.l. che hanno contrastato l'attuazione dell'assistenza domiciliare sono stati, presumibilmente, i seguenti:

— le intervenute modificazioni del quadro istituzionale introdotte dalla legge 4 aprile 1991, n. 111 che, nel sopprimere i Comitati di gestione delle U.s.l., hanno istituito, nelle more del riordino più complessivo del Servizio sanitario nazionale, la figura dell'amministratore straordinario;

— una scarsa sensibilità culturale, soprattutto degli amministratori, sullo sviluppo dei servizi territoriali e, più in generale, sulle politiche degli anziani;

Figura 1

PRIMA VERIFICA DEL PROGETTO

U.S.L.	POPOLAZIONE cens. 1981-1988		FINANZIAMENTI			UBICAZIONE CAD		ÉQUIPE VALUTATIVA		ÉQUIPE DISTRETTUALI			
	Residente	Anziana > 65	Costo progetto	Fsn P.O. Anziani in milioni	Contributi regionali in milioni	Ospedale	Presidio	Completa	Incom- pleta	n. infermieri		n. terapisti riab.	
										dip.	conv.	dip.	conv.
RM1	161.678	32.120	530	—	530		X	X		4		7	
RM2	446.156	71.773	1673	493	1180		X	X		1	31		8
RM4	357.508	51.217	924	84	840		X	X			20		5
RM6	157.391	20.772	500	160	340		X	X			8		4
RM7	96.936	7.145	320	200	120		X		X	1	8	1	2
RM8	194.935	14.956	750	500	250		X	X		21		2	
RM10	175.627	21.683	360	—	360	X			X	8			
RM11	244.517	37.233	977	367	610		X	X		14		5	
RM22	50.791	4.996	234	154	80		X		X	1		1	
RM25	76.596	7.103	207	87	120		X		X		1		1
RM32	63.121	4.770	91	11	80		X*	X		5		1	
RM33	40.100	1.963	125	95	30		X*	X		1			
RM34	74.273	6.847	240	130	110		X	X		3		3	
FR4	83.562	8.999	150	—	150		X		X	3		2	
FR7	83.235	11.772	230	40	190		X*		X				
FR8	20.658	4.358	175	105	70		X*	X		2		1	
LT2	39.606	3.026	266	206	60		X*	X		4		1	
LT3	103.635	8.184	730	600	130		X*		X		12		3
LT4	73.589	7.930	1.039	909	130		X	X		12		13	
LT5	86.262	8.687	210	70	140		X	X		4		1	
RI1	92.225	15.571	260	—	260		X*	X		5		1	
RI2	37.557	6.313	100	—	100		X*		X	9			2
VT1	56.967	10.496	440	270	170		X*	X		31		7	
VT3	73.879	9.797	176	16	160		X		X	6		2	
VT4	45.451	6.975	160	50	110		X*		X	4			
VT5	52.737	6.990	181	71	110		X*		X	15		2	
Totale U.s.l. consid.	2.988.992	391.670	11.018	4.618	6.430	1	25	15	11	154	80	50	25
Totale regionale	5.121.781	609.418	18.390	8.390	10.000	—	—	—	—	—	—	—	—

(*) CAD di recente istituzione.

ASSISTENZA DOMICILIARE NEL LAZIO (26 U.S.L. SU 51)

INTESE CON ATTREZZATURE COMUNI CAD				UTENZA ASSISTITA						UTENTI IN LISTA DI ATTESA			UTENTI IN ASSISTENZA PROGRAMMATA (DPR 314)		
Si	No	Complete	Incomplete	Utenti in trattam. al 30-10-91			Utenti già assistiti al 1-1-91			Anziani	Disabili	Altri	Anziani	Disabili	Altri
				Anziani	Disabili	Altri	Anziani	Disabili	Altri						
	X		X	67	1	4	120	2	6	25	—	—	91	8	—
	X		X	612	—	—	720	—	—	15	—	—	249	10	53
	X		X	170	3	12	480	2	—	35	—	—	117	—	21
	X		X	125	—	—	N.C.	N.C.	N.C.	70	—	—	83	—	—
	X		X	110	50	3	100	40	—	360	160	—	52	26	2
	X		X	134	40	—	223	99	—	50	—	—	167	—	—
	X		X	3	—	37	30	—	180	—	—	—	30	—	25
	X	X		177	10	—	30	—	—	40	—	—	307	—	—
	X		X	129	14	2	—	—	—	N.Q.	N.Q.	N.Q.	129	14	2
X			X	42	—	—	31	—	—	8	—	—	187	—	—
	X	X								110	30		64	—	—
X			X												
X			X	19	—	—	—	—	—	113	10	—	224	10	—
X			X	19	1	4	83	—	—	18	—	—	73	—	—
	X		X												
	X		X							346			8		
	X		X										55	3	—
	X		X										338	3	10
X		X		274	16	—	935	9	—	36	15	—	87	1	—
X		X		—	—	—	56	2	—	57	5	—	56	2	—
X			X							52					
X			X										271	16	5
	X		X							327	—	—	382	23	29
	X		X	30	—	1	131	—	1	3	—	—	220	—	—
X		X								67	2		327	5	49
10	16	4	22	1.911	135	63	2.939	154	187	1.732	222	—	3.517	121	196

— una complessiva difficoltà delle Unità sanitarie locali ad affrontare le diverse problematiche in termini progettuali, di programmazione e di sistematica verifica dei risultati;

— l'inadeguatezza delle procedure regionali per l'adozione dei diversi provvedimenti che hanno richiesto tempi sensibilmente più lunghi del previsto, soprattutto per quanto riguarda l'assunzione delle scelte da parte degli organi statutari (Consiglio e Giunta regionali);

— difficoltà dell'integrazione tra strutture regionali a diverso titolo coinvolte nella progettazione (assessorato ai servizi sociali e assessorato alla formazione professionale);

— il ritardo della Regione, per i motivi suesposti, nell'avvio delle iniziative formative;

— mancanza di una normativa regionale per l'integrazione tra i servizi sanitari e quelli socio-assistenziali di competenza dei Comuni.

b) *Fattori interni al sistema organizzativo delle U.s.l.*

I principali fattori interni al sistema organizzativo delle U.s.l. che hanno inciso negativamente sullo sviluppo della progettazione sono da ritenersi, invece, i seguenti:

— carenza di personale e difficoltà a realizzare la mobilità interna degli operatori;

— limitazioni alla possibilità di far ricorso al lavoro straordinario introdotto dalle leggi di contenimento della spesa sanitaria (9);

— la scarsità del numero di infermieri professionali disponibili sul mercato del lavoro, rispetto alle reali esigenze dei servizi;

— la scarsa attitudine del personale ai processi di integrazione;

— la difficoltà a superare gli schemi organizzativi preesistenti;

— le procedure complesse richieste dalla vigente legislazione per l'acquisizione del personale e delle attrezza-

ture nonché per la stipula delle convenzioni.

Prospettive dell'a.d. nel Lazio

A conclusione della prima fase di rilevazione e in relazione alle relative risultanze che, come abbiamo accennato, hanno messo in luce una serie di difficoltà e ritardi, è emersa la necessità di individuare ulteriori idonee forme di stimolo nei confronti delle Unità sanitarie locali nonché di accelerare, sia le attività formative del personale, sia quelle di acquisizione ed attivazione degli strumenti informatici da utilizzare, non solo a livello regionale, ma anche a livello di U.s.l., impegnando maggiormente quelle individuate quali centri pilota.

Contemporaneamente, anche con il supporto dell'apposita commissione tecnica di esperti, sarà indispensabile codificare indicatori più puntuali e dettagliati sullo stato dei servizi e sui bisogni dell'utenza, quali strumenti essenziali per la valutazione dell'andamento della sperimentazione e della programmazione « a regime » del servizio, indicatori che, nella prima fase, non si era ritenuto opportuno introdurre, anche tenuto conto delle circostanze che sono state dianzi illustrate.

Solo nel momento in cui saranno a disposizione elementi di valutazione attendibili e completi sulla sperimentazione in atto e sulle reali, effettive esigenze dell'utenza, sarà possibile procedere a definire il dimensionamento e la strutturazione « a regime » del servizio, del quale dovranno essere individuati, in particolare, gli standard di personale e di attività. Il modello definitivo dovrà, comunque, essere, nel tempo, ripensato e riadattato, di pari passo con l'avvio delle altre iniziative intraprese dalla Regione per il completamento del sistema dei servizi a favore degli anziani e dei disabili, con particolare riguardo alla

realizzazione delle R.s.a. e al potenziamento delle strutture extra-ospedaliere di geriatria.

A fronte di ciò, permane, in ogni caso, l'incognita derivante dalla attuazione dei provvedimenti riorganizzativi e di riconversione della spesa sanitaria previsti dalla legge 30 dicembre 1991, n. 412, contenente gli aspetti normativi della manovra finanziaria per il 1992, provvedimenti questi, in notevole ritardo, sia a livello nazionale che di Regione, anche se, probabilmente, l'assistenza domiciliare e, in generale, i servizi alternativi territoriali a favore dell'anziano, potrebbero costituire uno dei punti cardine per la riduzione dei posti letto ospedalieri, soprattutto di lungodegenza, presenti nel Lazio in misura eccedente agli standard fissati dalla stessa legge n. 412 del 1992 e al reale fabbisogno, ed utilizzati, oltretutto, spesso in maniera impropria.

(1) Approvato soltanto dalla Giunta regionale con delibera n. 654 del 5 gennaio 1991.

(2) Vedi L.R. 6 dicembre 1979, n. 93 e L.R. 7 gennaio 1987, n. 5.

(3) D.C.R. n. 1020 del 29 novembre 1989 concernente « indirizzi e direttive alle U.s.l. per l'organizzazione e l'attuazione dell'assistenza domiciliare di cui alla L.R. 2 dicembre 1989, n. 80 ».

(4) Deliberazione Consiglio regionale n. 1020 del 1989 cit.

(5) Deliberazione Giunta regionale n. 11529 del 19 dicembre 1989.

(6) Circolare n. 6 del 18 gennaio 1990, indirizzata ai presidenti delle assemblee delle associazioni intercomunali e dai Comitati di gestione, ai sindaci dei Comuni, all'assessorato al coordinamento U.s.l. del comune di Roma e, per conoscenza, ai colleghi dei revisori.

(7) Note dell'assessorato sanità n. 17572 e n. 17573 dell'1 marzo 1991.

(8) Comitato di gestione e, a seguito dell'entrata in vigore della legge 4 aprile 1991, n. 111, amministratore straordinario.

(9) Legge 29 dicembre 1990, n. 407 e legge 30 dicembre 1991, n. 412.

ASSISTENZA A DOMICILIO TRE ESPERIENZE A CONFRONTO

di Francesco Longo *

SOMMARIO: Una rete di agenzie sanitarie private per l'assistenza a domicilio - Un'esperienza di assistenza medico-specialistica a domicilio in una U.s.l. di medie dimensioni - Un caso di forte resistenza istituzionale a livello di sistema: la nutrizione artificiale a domicilio - Conclusioni.

L'Homecare è da tempo al centro del dibattito sulle possibili forme di assistenza sanitaria. È proposto sia per rispondere alle esigenze di contenimento della spesa, sia per soddisfare le istanze di umanizzazione dell'intervento sanitario.

Per certi tipi di patologie, soprattutto quelle foriere di ricoveri che non necessitano di una vera e propria assistenza medico-specialistica intensiva (pensiamo ad esempio a molti interventi geriatrici), l'Homecare è senza dubbio efficace in una politica di contenimento dei costi. Per altri tipi di malattie, invece, l'assistenza a domicilio comporta con molta probabilità un aumento dei costi in termini assoluti, controbilanciato da un aumento qualitativo dell'assistenza; ciò significa che in un'ottica di valutazione costo-efficacia, a parità di standard qualitativi, l'Homecare può rivelarsi economicamente più efficiente. Pensiamo, ad esempio, alle analisi diagnostiche a domicilio, anche con l'eventuale uso di tecnologie mobili, oppure alla riabilitazione o alla dialisi, effettuate a casa del malato.

Dal punto di vista dell'umanizzazione dell'intervento sanitario, la possibilità di rimanere vicino ai propri affetti, in un contesto ambientale fa-

miliare, è senza dubbio incomparabile con l'ospedalizzazione, soprattutto se si riesce a offrire ugualmente la sensazione di essere affidati alla responsabilità diretta di personale medico, sensazione di parziale rassicurazione che di solito consegue al ricovero.

Per il S.s.n. italiano l'Homecare è per il momento ancora un tema di frontiera, potenziale, cui si guarda però con sempre maggiore interesse. Culturalmente e scientificamente è auspicato, ma molte sono le difficoltà per riuscire a implementare strutture e programmi per un progetto che in buona parte dovrebbe poggiare su strutture operative decentrate, quali i distretti socio-sanitari di base, che sono stati attivati efficacemente in poche realtà. Inoltre, il cambiamento organizzativo che l'istituzione dell'Homecare comporta, si scontra con le difficoltà complessive del S.s.n., soprattutto in questa fase di transizione dell'assetto istituzionale.

Oggetto di questo articolo non è la discussione teorica sui costi e i benefici dell'assistenza a domicilio e sulla sua implementabilità, ma la presentazione di tre casi concreti, che da poco stanno operando, uno su iniziativa di investitori privati, uno come pro-

gramma specifico avviato da una U.s.l. di medie dimensioni e il terzo come esperienza vissuta su tutto il territorio nazionale in un rapporto di negoziazione/conflitto col S.s.n.

Una rete di agenzie sanitarie private per l'assistenza a domicilio

Nei primi mesi del 1992 è stata avviata una iniziativa che ha l'obiettivo di garantire assistenza medico-specialistica e infermieristica a domicilio, con un'offerta molto diversificata sia in termini di servizi che in termini di target potenziale di utenti. Il servizio viene offerto nella prima fase nelle principali città italiane (a cominciare da Roma e Milano), per poi estendersi, secondo i programmi annunciati, a tutto il territorio nazionale, e magari oltre.

L'iniziativa nasce da investitori privati che hanno creato una società per azioni che vorrebbe fungere da holding nazionale per l'Homecare. Dal punto di vista organizzativo, in

* **Francesco Longo** è ricercatore presso il CeRGAS, Centro di ricerca sulla gestione dell'assistenza sanitaria dell'Università di Bologna.

ogni città in cui verrà erogato il servizio, verrà costituita una società (la denominazione sarà S.i.c.a.d., società italiana cura e assistenza domiciliare), che farà riferimento alla holding nazionale.

Le singole società locali otterranno dalla holding gli indirizzi generali e, soprattutto, il sostegno finanziario per gli investimenti assieme alla consulenza medico-scientifica necessaria. Le S.i.c.a.d. costituite nelle diverse città utilizzeranno in parte fattori produttivi propri, ma soprattutto acquisiranno servizi da società medico-infermieristiche già esistenti. Il numero di società coinvolte per una città come Milano è nell'ordine di grandezza di cinquanta. L'utente si rapporterà però esclusivamente con le S.i.c.a.d., che non fungeranno quindi da semplici intermediari, ma da veri e propri centri di coordinamento di network assistenziali privati locali. Per garantirsi la necessaria qualità vi sarà una preventiva selezione delle società ammesse al network locale, mentre per assicurarsi continuità e corresponsabilità nel rapporto di collaborazione, alle società di servizio verrà richiesta una partecipazione azionaria (seppur modesta) nella S.i.c.a.d.. La « business idea » che ispira il progetto ha già riscosso un notevole successo dal lato dell'offerta, con numerosissime richieste di adesione da parte di società medico-infermieristiche. Il motivo può essere agilmente compreso pensando alle economie di scala che si creeranno dal lato del marketing e del prestigio medico-scientifico.

L'assistenza a domicilio che verrà offerta inizialmente sarà soprattutto di tipo medico-specialistico, con l'integrazione di servizi infermieristici, che nel medio-lungo periodo, come è facile prevedere, probabilmente prenderanno il sopravvento, soprattutto a causa della ingente domanda proveniente da anziani. Le specialità mediche che verranno offerte sono

ancora in via di definizione, ma si prevede di effettuare anche ingenti investimenti in tecnologie biomediche, arrivando fin all'uso di strumenti tecnico-diagnostici a domicilio. Essendo questa comunque un'iniziativa imprenditoriale, naturalmente la selezione delle specialità e dei conseguenti investimenti verrà anche fatta in base a naturali criteri di redditività. Comunque non vi sono pregiudiziali a favore o contro alcun tipo di servizio medico e sarà la domanda e la possibilità di rispondervi economicamente a definire lo spettro dei prodotti che verranno offerti. Le S.i.c.a.d. erogheranno quindi servizi a domicilio che potranno spaziare dalle diagnosi con biotecnologie fino alla riabilitazione e, sul lato infermieristico, dal telesoccorso fino ai pasti a domicilio.

Anche il target di utenti è potenzialmente illimitato, comprendendo oltre ai malati fisici, gli anziani, i portatori di handicap mentali e/o fisici, fino a eventuali problemi di tossicodipendenza.

Il controllo di qualità è garantito da un comitato scientifico, costituitosi in associazione non profit, di cui fanno parte prestigiosi nomi della medicina italiana, che è del tutto indipendente dalla agenzia operativa, la quale invece, come già detto, lavora in termini imprenditoriali. Il comitato scientifico definirà gli obiettivi e controllerà la qualità del prodotto offerto. In questo modo non esiste sovrapposizione di ruoli tra azionisti e comitato scientifico e l'iniziativa dovrebbe perciò caratterizzarsi con standard qualitativi controllati: il comitato scientifico garantisce la qualità rischiando altrimenti il proprio prestigio, gli azionisti invece corrono il rischio imprenditoriale.

Il rapporto con gli utenti sarà esclusivamente privatistico, di tipo assicurativo. Elemento fondamentale della « business idea » sottostante

il progetto è infatti non già la vendita diretta del prodotto assistenziale agli utenti, ma una copertura dei costi attraverso schemi assicurativi che pagheranno direttamente le S.i.c.a.d., senza alcun rapporto monetario diretto fra paziente e società medica, particolarmente inopportuno nell'acquisizione di prestazioni sanitarie. Le assicurazioni private esistenti attualmente sul mercato italiano si basano prevalentemente sulla procedura del rimborso (pensiamo ad esempio alla assicurazione obbligatoria per i dirigenti), quindi non sono ritenute opportune, perché non evitano il passaggio di denaro tra paziente e società medica. Sono pertanto in via di definizione accordi tra le S.i.c.a.d. e alcune compagnie assicurative nazionali, le quali provvederanno direttamente al pagamento delle spese sostenute per questa assistenza a domicilio privata. L'utente pertanto si assicurerà e, se necessiterà delle prestazioni delle S.i.c.a.d., non dovrà sborsare direttamente nulla.

Il progetto non prevede di instaurare alcun rapporto, né di integrazione né di convenzione, con il S.s.n..

L'iniziativa, volendo coprire tutto il territorio nazionale, nasce con l'intento di divenire il leader nazionale dell'Homecare privato, in un mercato che dà segnali di grande potenzialità, ma nel quale nessuno si è ancora avventurato massicciamente. Per comprendere le dimensioni del progetto si noti che le S.i.c.a.d. hanno un piano finanziario nell'ordine delle decine di miliardi, per quanto riguarda gli investimenti.

Come si sarà evinto, siamo di fronte a un progetto che offre un servizio completamente alternativo all'uso del S.s.n. o, se preferiamo, un prodotto complementare al S.s.n. in un settore, come quello dell'Homecare, dove l'operatore pubblico ha un'offerta ancora inconsistente. Anche la logica finanziaria è completamente diversa da quella del S.s.n.,

cioè quella dell'assicurazione privata che paga direttamente le prestazioni a una agenzia sanitaria privata. Si prospetta una vera e propria opportunità di « exit » dal S.s.n. per il cittadino; anche se si avrebbe solo un'uscita parziale, trattandosi di servizi sanitari integrativi.

Un'esperienza di assistenza medico-specialistica a domicilio in una U.s.l. di medie dimensioni

La U.s.l. n. 67 di Garbagnate Milanese (MI) ha costituito nel 1991 l'unità di terapia del dolore e cure palliative all'interno del servizio di anestesia e rianimazione, esplicitando organizzativamente un'esperienza avviata dal 1979. L'unità di terapia del dolore e cure palliative ha avviato un programma di assistenza a domicilio per i pazienti neoplastici inguaribili offrendo tutte le cure medico-specialistiche necessarie. Questo progetto di Homecare si è concretizzato negli ultimi mesi, dopo un lungo periodo di preparazione organizzativa. Attualmente l'unità operativa è costituita da due medici e due infermieri, integrata dall'assistenza sociale dell'ospedale che collabora part-time. Il territorio di intervento è quello dell'intera U.s.l., che si estende per 54 kmq e comprende una popolazione di 150.000 abitanti ed è dotata di cinque presidi ospedalieri di diversa natura e dimensione. Anche in quest'area il cancro è una delle prime cause di morte e provoca annualmente 300 decessi.

Questi sono i pazienti a cui si rivolge il progetto di Homecare, cercando di evitarne l'ospedalizzazione e permettendogli di passare gli ultimi delicatissimi momenti di vita tra i propri familiari. Nei casi in cui è necessario, la terapia del dolore viene impostata ambulatoriamente o tramite ricovero, ma poi viene proseguita a domicilio. I medici fanno le

necessarie visite periodiche e garantiscono comunque l'intervento d'urgenza. Il timing delle visite periodiche differisce naturalmente da caso a caso: vi sono situazioni in cui è richiesto l'intervento giornaliero del medico e altre in cui è sufficiente una visita settimanale. L'urgenza può richiedere un ripetuto soccorso nell'arco della stessa giornata, soprattutto nelle fasi terminali della malattia.

La struttura organizzativa è completata dalla collaborazione degli infermieri dei distretti socio-sanitari di base, ognuno per la propria competenza territoriale. Questo servizio di Homecare, infatti, difficilmente sarebbe potuto partire se la U.s.l. di Garbagnate Milanese non avesse da tempo istituito gli attuali 7 distretti, in cui operano in tutto cinquanta infermieri. Si sta anche progettando di integrare il servizio con le strutture di assistenza domiciliare dei diversi Comuni facenti parte della U.s.l. e con un'organizzazione di volontari.

Dopo questa presentazione sintetica e complessiva del progetto, vediamo ora i dettagli analitici di maggior interesse.

L'organizzazione

Il nucleo operativo terapia del dolore e cure palliative (due medici e due infermieri) aggiunge all'attività ordinaria di ambulatorio il lavoro di Homecare e garantisce le urgenze. Un grosso problema non ancora risolto sono le urgenze che capitano nei giorni festivi.

Si spostano presso il domicilio del paziente il medico, accompagnato, quando necessario, da una infermiera del nucleo oppure da quella del distretto. Quest'ultima esegue poi tutte le prestazioni routinarie di natura infermieristica. Il coordinatore del distretto socio sanitario viene infor-

mato ed egli deve avvallare la presa in carico da parte delle infermiere operanti sul territorio. Anche al medico di base viene immediatamente notificato l'inizio dell'assistenza a domicilio di un suo paziente.

Per i problemi sociali e/o economici delle famiglie, funge da consulente l'assistente sociale dell'ospedale, che collabora part-time.

Ogni settimana vi è una riunione di tutte le persone coinvolte nel progetto Homecare, per discutere i problemi generali e la situazione dei singoli pazienti.

Un grosso problema è costituito dai tempi di trasporto necessari per spostarsi presso il domicilio dei malati. Questo dipende dall'estensione della U.s.l. (54 kmq) in una zona ad alta densità di traffico, che comporta dei tempi di percorrenza molto lunghi (nei punti più distanti fino a 60 minuti, fra andata e ritorno). Il personale usa i propri mezzi di trasporto e viene successivamente rimborsato (solo alcuni distretti hanno mezzi propri).

Il progetto di Homecare ha ottenuto un budget per l'acquisto di ausili assistenziali (sollevamalati, materassi antidecupito, ecc.) da prestare ai pazienti assistiti, fino a quando necessitati (sono stati messi a disposizione 60 milioni circa). La pronta disponibilità di questi ausili si rende necessaria in un progetto di Homecare per poter inviare immediatamente alla famiglia tutto quanto occorre per l'assistenza. I tempi di attesa richiesti dalle procedure usualmente seguite per fornire ausili (alcuni giorni o settimane) sarebbero eccessivamente lunghi per pazienti che hanno un bisogno urgente e aspettative di vita assai ridotte.

Il nucleo di Homecare ha anche la facoltà di prescrivere direttamente farmaci e presidi (pannoloni, traverse, ecc.), evitando anche in questo caso di seguire la procedura usuale, eccessivamente lunga nel caso di

malati neoplastici inguaribili. I costi dei presidi e dei farmaci vengono contabilizzati nelle spese del servizio di anestesia e rianimazione, di cui fa parte, appunto, il nucleo di terapia del dolore.

Questo è senz'altro un procedimento corretto che può permettere di ricostruire i costi complessivi del programma di Homecare e di ogni singolo caso trattato. Nel caso in cui invece i farmaci e i presidi fossero prescritti con la procedura usuale, cioè dal medico di base, i costi verrebbero contabilizzati tra le spese di medicina di base e difficilmente si riuscirebbe a ricostruire la spesa per l'Homecare.

L'accesso al progetto di Homecare avviene su richiesta del paziente. Finora non vi è stata nessuna azione di pubblicizzazione, ma la conoscenza dell'esistenza del programma di Homecare si sta diffondendo e il numero di utenti programmato è sempre stato coperto con le richieste che sono affluite da sole, spesso in numero maggiore alle possibilità di intervento.

Il vero nodo organizzativo è costituito dai casi che, a un certo punto, richiedono comunque il ricovero, o per interventi chirurgici, o per mutate condizioni patologiche o perché la famiglia o il paziente a un certo punto preferiscono il ricovero. L'unità di terapia del dolore e di cure palliative non è dotata di posti letto e i pazienti vengono ricoverati in altri reparti, che prendendo in cura il malato, ne diventano responsabili per la diagnosi e la cura, sostituendosi ai medici della unità di terapia del dolore, che avevano impostato l'assistenza a domicilio. La continuità terapeutica viene per ora garantita da rapporti di collaborazione e fiducia personale tra i medici dei singoli reparti e i responsabili dell'Homecare.

La fase attuale e le prospettive del progetto: l'analisi dei costi

I decessi per neoplasie nella Unità sanitaria locale di riferimento sono 300 all'anno e questi sono i potenziali utenti del servizio di Homecare. In questa prima fase del progetto, avendo a disposizione due medici e due infermieri, l'obiettivo programmato è quello di assistere cento persone all'anno.

Considerando che le aspettative di vita media dei pazienti sono di circa due mesi, e spesso anche più brevi, in ogni momento l'unità di terapia del dolore assiste a domicilio un numero compreso tra gli 8 e i 10 malati. A regime, cioè rivolgendosi a tutti i 300 potenziali utenti, si dovrebbero assistere a domicilio 30 pazienti, ma questo non è pensabile con le attuali risorse organizzative a disposizione.

Per prevedere un'espansione futura del progetto, sia per numero di assistiti che per quantità di fattori produttivi, sarebbe importante poter disporre di dati epidemiologici sulla popolazione della Unità sanitaria locale e di costo per caso trattato, per poter calcolare l'economicità del progetto. I dati necessari sono:

- il numero di ricoveri dei malati neoplastici in fase terminale, in assenza del progetto di Homecare;
- la lunghezza di tali ricoveri;
- il costo giornaliero di questi ricoveri;
- il costo del programma di Homecare per caso trattato.

Questi dati non sono stati rilevati. Dei dati necessari, probabilmente solo l'ultimo potrebbe essere calcolato, disponendo dei costi per i farmaci, per i presidi (contabilizzati sulla rianimazione e non sulla medicina di base), potendo conteggiare il prestito degli ausili (calcolando i relativi ammortamenti) e calcolando la percentuale di tempo investito da-

gli operatori dell'unità di terapia del dolore e i relativi costi nel progetto di Homecare. I primi tre dati sono invece di difficile estrapolazione, in un contesto di contabilità pubblica tradizionale e senza poter disporre di indagini epidemiologiche. Come riferimento per il costo della degenza si potrebbe prendere il costo medio giornaliero dell'ospedale principale della Unità sanitaria locale in questione.

Ma i dati sul numero dei ricoveri per neoplasie verificatesi in assenza di Homecare non sono disponibili e difficilmente estrappolabili, considerata anche la dispersione nella scelta del presidio di cura tra i numerosi ospedali della zona (Milano è molto vicina a Garbagnate). Occorrerebbe quindi fare una non difficile indagine ad hoc.

In questa fase non è quindi possibile fare alcuna considerazione sull'aumento o la diminuzione della spesa indotta dal progetto di Homecare. Quindi, l'eventuale decisione di confermare, smantellare o potenziare il progetto non può essere fatta con criteri di razionalità economica, né in termini strettamente di costi, né tanto meno in termini di analisi costi efficacia, per valutare la preferenza di progetti alternativi.

I desideri del responsabile del progetto prevedono l'istituzione di alcuni posti letto per l'unità di terapia del dolore, fino all'eventuale creazione di un vero e proprio « hospis », per poter ricoverare, quando necessario, i pazienti sotto la responsabilità della stessa équipe che ha assistito a domicilio. Non essendoci i dati dei costi del progetto specifico e mancando la programmazione sanitaria regionale, le considerazioni di commento che si possono fare sul proposito di ampliamento di questo progetto, si riducono esclusivamente all'aspetto medico, in cui rientrano riflessioni sull'opportunità di dotare di posti letto le unità di tera-

pia del dolore fino a trasformarle in delle vere e proprie specialità, ma questo esce dalle competenze di chi scrive.

Nel suo disegno il progetto vorrebbe completarsi riuscendo a costituire anche una associazione di volontari, che integrino l'attività del nucleo, soprattutto per gli aspetti di vicinanza umana al malato e alla famiglia, così necessaria in una circostanza drammatica come quella della neoplasia inguaribile.

Le resistenze istituzionali

Il progetto di Homecare è stato pensato e implementato sostanzialmente grazie al volontarismo del suo responsabile, affiancato dai collaboratori dell'equipe. La lunga gestazione (11 anni) che ha portato alla delibera istitutiva dell'unità di terapia del dolore è un segno evidente della difficoltà di concretare, anche in questo caso, progetti innovativi, che sono resi possibili solo grazie al volontarismo di singoli. D'altra parte, l'assenza del piano sanitario regionale impedisce una chiara definizione degli sviluppi strategici che le Unità sanitarie locali devono assumere.

È facilmente immaginabile come le resistenze più forti siano venute dal servizio nel cui seno la sottounità organizzativa è cresciuta, si è legittimata e da cui ha tentato di emanciparsi. Questo tipo di conflittualità è anche comprensibile e rientra nella casistica delle tensioni interne, fisiologiche in qualsiasi tipo di organizzazione, quando una unità organizzativa tenta di rendersi autonoma dal settore di appartenenza.

Anche per la Unità sanitaria locale può essere difficile mediare questi conflitti e prendere una decisione strategica in assenza delle necessarie direttive regionali (da qui i tempi lunghi per la decisione di istituire

l'unità di terapia del dolore e poi il progetto di Homecare), anche se più difficilmente può essere accettata l'assenza, da parte della direzione della Unità sanitaria locale, di attenzione per arrivare ad una valutazione oggettiva degli effetti sulla spesa, rilevando ed elaborando i dati di cui abbiamo discusso più sopra.

Il rapporto con i distretti e con i medici di base

In questo progetto di Homecare è molto interessante osservare i rapporti che intercorrono tra l'equipe operativa e i distretti socio-sanitari e i medici di base. L'interesse nasce anche dal fatto che questa esperienza avviene in una delle non diffuse realtà in cui gli organismi del decentramento sanitario sono stati implementati (vi sono 7 distretti con 50 infermieri in tutto).

Inizialmente vi era stata una certa diffidenza da parte degli infermieri dei distretti rispetto al progetto, anche perché venivano reinseriti, per una parte della propria attività, in un progetto organizzato, con precise gerarchie, dopo aver goduto di autonomia professionale sostanzialmente assoluta. Inoltre non è stato previsto alcun incentivo economico. A qualche mese dall'inizio il clima è diventato invece decisamente favorevole, perché gli infermieri percepiscono nel progetto un rilancio e una rilegittimazione del loro ruolo di operatori sanitari del territorio, trovano un forte coinvolgimento emotivo sia rispetto ai malati neoplastici che verso le famiglie e ricevono una gratificazione simbolica aggiuntiva in quello che stanno facendo.

Tutto il nursing dei distretti ha partecipato a un corso di formazione per prepararsi all'Homecare, e questa è stata un'opportunità, giustamente sfruttata dalla U.s.l., per

un aggiornamento professionale degli infermieri dei servizi territoriali. Infatti sono spesso i progetti innovativi che possono creare l'occasione per il rilancio professionale degli operatori e così è avvenuto anche in questa esperienza. Il corso di preparazione al progetto di assistenza a domicilio ha contribuito notevolmente a creare un clima di favore e soddisfazione negli infermieri coinvolti. Questi non mancano poi mai di partecipare alle riunioni settimanali in cui vengono analizzati, tra l'altro, i singoli casi dei pazienti in cura. Anche il rapporto con i coordinatori dei distretti è giudicato soddisfacente.

I medici di base sono stati informati del progetto complessivo e vengono avvisati non appena un loro paziente viene preso in cura. Il loro atteggiamento è riassumibile nella condivisione dell'idea dell'assistenza a domicilio per i malati neoplastici inguaribili, però rimanendo essi stessi estranei dall'intervenire. Sono eccezioni i casi in cui il medico di famiglia partecipa attivamente al progetto: i casi registrati si riferiscono a medici giovani che vengono da esperienze personali, anche di volontariato, nel campo della neoplasia.

La comunicazione con tutti i medici di base della Unità sanitaria locale è stata fatta prima via lettera e successivamente invitandoli a un incontro che però è andato sostanzialmente deserto. A un successivo incontro organizzato da uno dei distretti per i propri medici di base si è registrata invece una partecipazione massiccia. Questa positiva esperienza non è stata replicata negli altri distretti per l'eccessivo carico di lavoro che, anche per questa iniziativa, pesa tutto sull'equipe del progetto Homecare.

Sostanzialmente per i medici di base possiamo parlare di accettazione passiva dell'iniziativa.

La gestione del personale

L'equipe dell'unità di terapia del dolore e cure palliative è cresciuta insieme al progetto dell'unità e dell'assistenza a domicilio ed ha quindi maturato nel tempo uno stile operativo consono. L'elemento che deve caratterizzare l'intervento di Homecare è un forte orientamento all'utente, dovendo abbandonare totalmente tutta la logica, purtroppo consolidata, di mera erogazione di un servizio, rispetto al quale è la domanda che si deve adattare. L'Homecare richiede una offerta molto flessibile, orientata all'utente, quasi per antonomasia. Questo atteggiamento è maturato nel tempo assieme al consolidamento del gruppo, e la differenza di stile operativo emerge nelle occasioni di contatto con soggetti esterni all'equipe, ad esempio in occasione di sostituzioni.

Un problema che rimane per ora di difficile soluzione sono le prestazioni che legalmente devono essere effettuate dal medico (ad esempio le iniezioni endovena), ma che in ambiente ospedaliero vengono abitualmente somministrate dal personale infermieristico, seppur sotto la responsabilità del medico, per evitare un altrimenti prevedibile collasso organizzativo. Nell'assistenza a domicilio, invece, i coordinatori di distretto non possono autorizzare le infermiere a effettuare tale tipo di mansioni e quindi i medici dell'unità di terapia del dolore si vedono costretti ad andare al domicilio del paziente per operazioni usualmente considerate di tipo assistenziale. A questo problema per ora non c'è soluzione e vi si supplisce cercando, ove possibile, di ricorrere a soluzioni alternative, e altrimenti con l'operosità dei medici.

I carichi di lavoro, soprattutto per i medici sono notevoli, con moltissime ore di straordinari, e questo è tipico per tutte le esperienze innova-

tive che nascono su una forte spinta volontaristica, dove i fronti rispetto a cui occorre muoversi sono tantissimi: i pazienti, le famiglie, il personale, l'istituzione, i propri dirigenti, i distretti, i medici di base, occupandosi di problemi medici, organizzativi e di negoziazione intraistituzionale.

Questa esperienza dimostra però, che dal punto di vista della gestione del personale, muoversi sulla frontiera dell'innovazione, può davvero facilitare la crescita delle capacità professionali e delle motivazioni degli operatori, sentendosi essi stessi coinvolti in una progettualità di cui immediatamente colgono la significatività.

Un caso di forte resistenza istituzionale a livello di sistema: la nutrizione artificiale a domicilio

Due sono i tipi di nutrizione artificiale: quella enterale e quella parenterale. La nutrizione enterale consiste in una alimentazione artificiale per mezzo di una sonda che permette di nutrire tutti coloro che per diversi motivi (anoressia, stenosi o fistole digestive, difetti di deglutizione, ecc.), non lo possono fare in maniera adeguata per le vie fisiologiche. Vengono utilizzate miscele nutritive che possono soddisfare totalmente i fabbisogni metabolici dell'organismo. Tale nutrizione è da considerarsi fisiologica, molto ben tollerabile, facilmente gestibile a domicilio anche da personale non sanitario. Il costo giornaliero delle sostanze nutritive è indicativamente di 60.000 lire.

La nutrizione parenterale consiste invece nella somministrazione direttamente in vena di preparati approssimabili alle sostanze che l'organismo assume nel sangue grazie ai processi digestivi e di assorbimento durante il suo normale metabolismo.

La nutrizione parenterale è somministrata a persone che hanno subito, per diverse ragioni, gravissimi danni all'intestino. Le sostanze utilizzate permettono di soddisfare totalmente i bisogni del metabolismo, anche se nel medio-lungo periodo (dopo alcuni anni) gli esami dei pazienti iniziano a registrare alcune lacune, a cui la scienza non riesce ancora a provvedere, perché non si conosce ancora perfettamente il contenuto chimico degli esiti del processo digestivo e di assorbimento nel sangue. Pure la nutrizione parenterale può essere somministrata a domicilio da parte di personale non sanitario, anche se richiede degli accorgimenti maggiori rispetto alla enterale, dovendo iniettare in endovena e quindi con la necessità di operare in un ambiente sterile. Un training di una quindicina di giorni, per il paziente e per i familiari, è però ritenuto sufficiente per apprendere la corretta procedura di somministrazione.

Il costo giornaliero della sostanza necessaria per la nutrizione artificiale è indicativamente di 200.000 lire.

L'elevato costo nasce anche dalla posizione di monopolio dell'unica ditta fornitrice di tale sostanza, per la cui eventuale produzione in seno a strutture del S.s.n. non mancherebbe il necessario know-how, potendo provocare così un probabile contenimento dei costi, o perlomeno l'introduzione di elementi di competizione.

Il paziente che necessita la nutrizione artificiale, sia essa parenterale o enterale, una volta stabilizzata la propria patologia e predisposto il canale per il nuovo tipo di alimentazione, non ha alcuna ragione per continuare a rimanere ricoverato in ospedale. Abbiamo già riferito, come i medici ritengano alquanto semplice proseguire la nutrizione enterale a domicilio e come ciò sia possibile anche per la parenterale, seppur con qualche accorgimento in più.

In termini di umanizzazione dell'intervento sanitario l'uscita dall'ospedale per la persona che necessita la nutrizione artificiale, e che quindi si trova già in condizioni di particolare disagio psicologico, è davvero auspicabile, soprattutto quando non vi è alcuna ragione medica che giustifichi il prolungamento del ricovero. Sarebbe assurdo dover continuare a vivere in un ambiente ospedaliero, e nel caso parenterale probabilmente per tutta la vita, solo per essere nutriti artificialmente, quando questa operazione può essere fatta anche presso il proprio domicilio.

Dal punto di vista dei costi vi è inoltre un risparmio assoluto: si contiene la spesa della degenza, con minimo costo aggiuntivo, perché la nutrizione artificiale non richiede nessuna struttura organizzativa di Homecare in quanto viene effettuata dai familiari o dal paziente stesso.

La normativa sanitaria nazionale invece, non disciplinando il problema della nutrizione artificiale a domicilio, di fatto la impedisce, non essendoci una procedura per il finanziamento dell'acquisto fuori dell'ambiente ospedaliero delle sostanze necessarie. Il paziente che volesse quindi interrompere il ricovero e proseguire la cura a domicilio si vedrebbe costretto ad acquistare privatamente quanto gli occorre, con costi molti elevati.

La situazione diventa quindi paradossale: in questo tipo di patologie l'Homecare migliora la qualità

di vita del paziente, comporta un notevole contenimento di costi ma non è prevista dal Servizio sanitario nazionale.

Tutte le situazioni vengono così di fatto risolte con soluzioni contingenti, pensate ad hoc per ogni caso. Il malato di solito negozia più o meno conflittualmente il finanziamento che necessita per la nutrizione artificiale con la direzione della propria U.s.l.. Dopo tempi più o meno lunghi, in cui il paziente è costretto a vivere in ospedale, inducendo così ancora costi superiori al necessario, di solito riesce a ottenere la delibera che approva il finanziamento per i nutrienti. In alcuni casi si è arrivati a dei veri e propri scontri legali, con ricorsi al T.A.R.. Solo due Regioni, le Marche e il Piemonte, hanno di recente provveduto a emanare leggi regionali che disciplinano la materia.

L'assenza di una procedura precisa che favorisca il più presto possibile il ritorno a casa delle persone è spiegabile con il numero relativamente esiguo di pazienti (alcune migliaia per la enterale e alcune centinaia per la parenterale) che necessitano di queste cure, che non riescono quindi a costituire un gruppo di pressione sufficientemente forte sulla direzione del S.s.n. Emerge però, anche a questo proposito, l'assenza di una sistematica verifica dei costi e della qualità dell'assistenza da parte delle Regioni e delle U.s.l., che in questo caso, semplice dal punto di vista analitico, non può che

portare a una immediata programmazione in direzione dell'Homecare. Ci troviamo così di fronte a resistenze istituzionali, che vanno nella direzione opposta a quella degli interessi (finanziari e di ruolo) delle istituzioni stesse e dei pazienti.

Conclusioni

Nei tre casi illustrati abbiamo cercato di descrivere scenari il più possibile eterogenei tra loro, per poter valutare situazioni che presentano problemi molto diversi.

Quello che senza dubbio emerge è l'enorme potenzialità insita nell'assistenza a domicilio sia per contenere i costi che per migliorare la qualità dell'assistenza. Nel contesto pubblico paiono ancora predominanti le resistenze istituzionali e le viscosità organizzative, cui per ora si oppone solo il volontarismo dei singoli, tanto da aprire un ampio mercato per il settore privato che ha letto una grande domanda potenziale di Homecare, che potrebbe però avviare un effetto di « exit » dal S.s.n.

Ci sarebbe piaciuto poter concludere questo scritto con riflessioni sulla convenienza economica dell'assistenza a domicilio, invece ci siamo trovati di fronte, un'altra volta, a un contesto dove l'operatore pubblico non ha svolto le necessarie analisi di ordine finanziario ed economico, impedendo così una riflessione di maggiore significatività.

MECOSAN

*La rivista trimestrale
di saggi e ricerche, documenti e commenti
per il governo manageriale della sanità*
edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Le pagine di Mecosan sono aperte al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi devono essere originali e avere contenuto innovativo, ma soprattutto devono essere in grado di favorire la diffusione della cultura economica e manageriale nella sanità italiana, migliorando le capacità gestionali di coloro che operano sul campo e offrendo nuove indicazioni per le attività di ricerca e sperimentazione.

Gli autori sono tenuti a rispettare le seguenti norme editoriali nella preparazione e nell'invio dei contributi:

A) Per la sezione SAGGI E RICERCHE: *sono previsti articoli di lunghezza variabile tra 15 e 30 cartelle. Deve essere allegato un abstract in lingua inglese, di lunghezza non superiore a 200 parole, che illustri i principali contenuti dell'articolo e ne anticipi le conclusioni.*

L'autore deve indicare almeno tre e non più di cinque parole chiare per la classificazione del proprio contributo.

I resoconti di indagini e ricerche devono essere articolati secondo la scansione tradizionale: obiettivi, dati e metodologia, risultati, conclusioni.

B) Per le sezioni ESPERIENZE INNOVATIVE, NOTIZIE DAL MONDO, SANITÀ E IMPRESA: *sono previsti articoli di lunghezza non superiore a 20 cartelle (non superiore a 15 per la sezione sanità e impresa).*

Gli articoli devono essere spezzati a intervalli di 2-3 cartelle con un richiamo evidenziante il tema delle cartelle seguenti (massimo tre parole, come il titolo di un paragrafo).

I riferimenti bibliografici, se presenti, devono essere limitati a 10 per articolo.

C) Per tutte le sezioni: *si sollecita l'uso di schemi, rappresentazioni grafiche e tabelle. Questi devono essere richiamati nel corso dell'articolo con riferimenti puntuali, e devono essere corredati di una didascalia analitica che permetta di comprenderne il significato senza ricorrere alla lettura del testo.*

I richiami bibliografici si devono effettuare con il sistema autore-data (non con numeri progressivi). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo secondo le modalità descritte nell'esempio che segue:

per i testi [Clerico, 1984] G. Clerico: Economia della salute. Franco Angeli 1984.

per gli articoli [Volpato, 1990] O. Volpato: la privatizzazione dei servizi pubblici. Azienda pubblica 1990; 2:243-252.

I testi devono possibilmente essere scritti con un word processor e consegnati su disco magnetico. In alternativa possono essere consegnati dattiloscritti.

Le cartelle si considerano di 30 righe e 60 battute per riga.

I contributi devono essere consegnati in tre copie (oppure su un singolo disco magnetico), e preceduti da una prima pagina che indichi: nome e cognome di tutti gli autori (il primo sarà l'autore principale); istituzioni di appartenenza; indirizzo completo, numero di telefono e di telefax dell'autore principale; titolo suggerito; notizie sugli autori da riportare in nota; sezione per la quale si intende proporre il contributo.

Seguirà, per la sezione Saggi e Ricerche, una seconda pagina contenente l'abstract in lingua inglese.

I contributi devono essere inviati all'attenzione di Franco Sassi, presso la redazione di Mecosan, al seguente indirizzo: Franco Sassi, redazione Mecosan, via Balilla, 18 - 20136 Milano - tel. 02/5836.3132-3136 - fax 02/89404523.

Tutti gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio della redazione e di eventuali referenti esterni accreditati.

Qualora risultasse mancante alcuno degli elementi descritti in queste istruzioni il contributo potrà essere scartato oppure integrato dalla redazione senza richiesta di consenso all'autore.

Notizie dal mondo

Sezione 4^a

LA CREAZIONE DEI "TRUST" COME VARIABILE CHIAVE DI CAMBIAMENTO PER IL NATIONAL HEALTH SERVICE BRITANNICO

di Marco Meneguzzo

SOMMARIO: Working for patient e la creazione dei Trusts - Criteri per l'istituzione e funzione assegnate ai Trusts - La gestione finanziaria dei Trusts - La realizzazione dei Trusts: il caso dell'Oxfordshire - I Trusts: autonomia ospedaliera o istituzioni.

Il dibattito e le proposte contenute nel disegno di legge di riforma volte a garantire maggiore autonomia operativa e gestionale agli ospedali pubblici « scorporandoli » dalle U.s.l., possono trovare indicazioni per possibili interventi e un interessante riscontro nel processo di creazione dei Trust all'interno del Sistema sanitario nazionale del Regno Unito.

Il progetto di riforma del Servizio sanitario nazionale prevede infatti l'istituzione delle aziende ospedaliere con personalità giuridica e con struttura organizzativa ed amministrativa analoga a quella prevista per le U.s.l.; la facoltà di trasformazione in aziende ospedaliere è concessa agli ospedali regionali, agli ospedali clinicizzati e agli ospedali ad alta specializzazione.

Per le aziende ospedaliere vengono poi previste modalità di finanziamento basate su indicatori di attività per costi standard, organi di amministrazione e gestione differenziati, con un largo coinvolgimento del personale medico. Non sembrano però essere state previste sostanziali modifiche su quelle che sono due innovazioni radicali previste a seguito della istituzione dei Trust ossia la maggior discrezionalità

nella gestione delle risorse umane e nella gestione finanziaria.

Non va inoltre trascurato che sono state recentemente avanzate da parte dei professionisti sanitari, proposte volte a riservare crescente autonomia gestionale, operativa e budgettaria agli ospedali, « scorporandoli » dal S.s.n.; esempio è il documento presentato nel 1992 dai clinici milanesi.

Obiettivo di questo articolo, elaborato in base ai documenti ufficiali prodotti dal N.H.S. Trusts Unit (in particolare « Self Governing Hospitals » 1989; « Self Governing Hospitals: an initial guide » 1989; N.H.S. Trusts: a working guide 1991), e a un caso concreto di realizzazione di Trusts (Distretto Sanitario dell'Oxfordshire) è presentare le linee guida che regolano l'istituzione dei Trusts le loro caratteristiche aziendali e le problematiche più generali connesse alla gestione finanziaria di queste organizzazioni.

Working for patient e la creazione dei Trusts

Le linee di guida del riassetto e della riforma del NHS sono conte-

nute nel documento « Working for patient », pubblicato nel 1989; in questa pubblicazione dopo la conferma di quelli che sono i principi di fondo del N.H.S. (accessibilità e disponibilità dei servizi per tutta la popolazione) vengono indicati i cambiamenti da introdurre nell'organizzazione del Sistema sanitario pubblico a partire dal 1991.

Punto chiave della riforma è dato dalla trasformazione delle « authorities » sanitarie locali in compratori di servizi sanitari per i loro residenti e la trasformazione degli ospedali e delle diverse unità operative in fornitori degli stessi servizi — in particolare:

— ai distretti sanitari locali compete la valutazione e l'analisi di quelli che sono i bisogni sanitari della popolazione residente e la definizione delle modalità di risposta a questi bisogni.

— Gli ospedali e le diverse unità operative assumono le responsabilità dell'offerta in base a criteri di efficacia ed efficienza, di servizi sanitari, servizi che dovranno rispondere ai bisogni identificati in precedenza dai distretti sanitari.

Alcune unità ed ospedali rimar-

ranno sotto il diretto controllo dei distretti sanitari (directly managed units); altre potranno scegliere di diventare N.H.S. Trusts, ossia organizzazioni con piena autonomia gestionale ed operativa, indipendenti dai distretti e dalle Regioni sanitarie.

— Verranno modificate le modalità di allocazione delle risorse finanziarie ai distretti; in particolare verranno trasferite risorse in funzione delle dimensioni e dei bisogni sanitari della popolazione (variabili demografiche e nosologiche). I distretti sanitari utilizzeranno queste risorse per acquistare i servizi necessari.

Un sistema a parte regolerà inve-

ce il settore dei medici di base, che diventeranno gestori di budget ed acquisteranno servizi specialistici ed ospedalieri per i loro pazienti (i general practitioners come « fund holders »).

— I centri d'acquisto/compratori (distretti sanitari e medici di base gestori di budgets) stipuleranno dei contratti con i fornitori (unità operative gestite direttamente dai distretti, Trusts ospedalieri, centri sanitari privati) in cui verranno definiti qualità, quantità e costi dei servizi richiesti.

Lo schema 1 presenta un quadro di sintesi delle innovazioni istituzio-

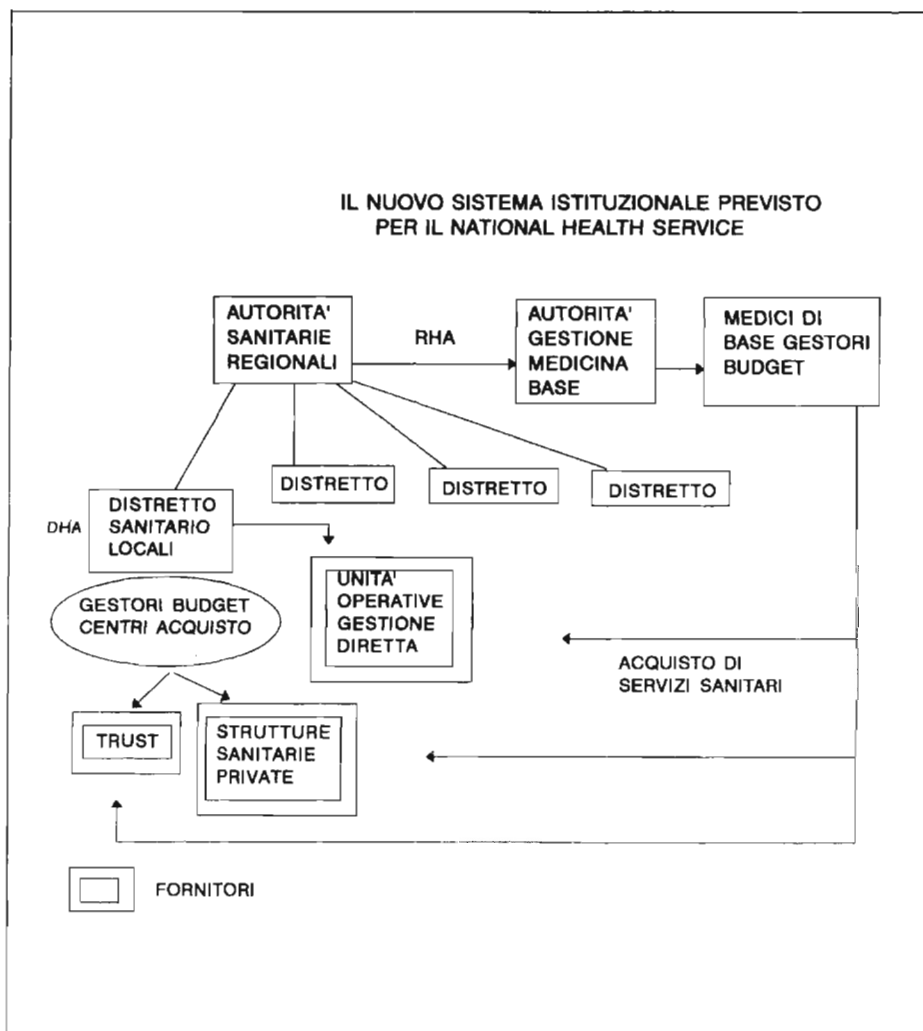
nali più sopra richiamate; è importante sottolineare che i medici di base sono direttamente collegati, attraverso delle specifiche « authorities » al livello regionale.

Tutti i cambiamenti previsti si propongono di chiarire e differenziare ruoli e responsabilità dei diversi soggetti ed organizzazioni inseriti nel N.H.S. (in particolare la distinzione tra ruolo del compratore e ruolo del fornitore) e soprattutto ricercano un costante e progressivo miglioramento della qualità dei servizi forniti; occorre ricordare a tal proposito una delle parole chiave di « Working for patient », gli utenti al primo posto, e l'introduzione della « Carta dei pazienti » da parte del governo Major nell'estate del 1991.

Le unità operative che rimarranno all'interno del N.H.S. fornendo servizi ad elevata qualità, dedicando particolare attenzione al valore delle risorse impiegate (il concetto di value for money) dovranno, sulla base di questi presupposti, veder rafforzata la loro capacità di attrazione dei clienti (i distretti) e acquisire sempre maggiori risorse.

« I fondi seguono i pazienti »; questa affermazione illustra chiaramente la nuova filosofia di gestione del N.H.S. e costituisce una radicale inversione di tendenza rispetto alle modalità consolidate in passato, che vedevano una relazione debole, se non assente, tra fondi assegnati alle diverse unità, volume di attività effettivamente svolto e livello di servizi erogati.

Nel nuovo quadro di riferimento, tracciato e disegnato dalle linee guida del governo conservatore, un fattore chiave di cambiamento è rappresentato dalla introduzione dei Trusts. Queste organizzazioni, che possono alternativamente essere ospedali od altre unità (ad es. i servizi territoriali dei distretti) hanno un proprio organo di amministrazione e direzione (Board of Directors), sono



indipendenti dalle autorità sanitarie locali e regionali e dispongono di notevoli margini di discrezionalità rispetto alle unità gestite direttamente; una spiegazione molto efficace e comprensibile del concetto di indipendenza gestionale dei Trusts è la loro possibilità di « assumere decisioni, siano esse giuste o sbagliate, senza esser soggetti a procedure burocratiche e pressioni dagli altri livelli istituzionali del sistema sanitario pubblico » [N.H.S. Trusts, 1990].

Sotto questo profilo l'innovazione istituzionale rappresentata dai Trusts appare sicuramente più convincente e soprattutto a maggiore fattibilità rispetto alla introduzione della logica compratore/fornitore e della trasformazione dei medici in gestori di budgets, di diretta derivazione, quest'ultima, dell'approccio di « consumer choice », che ha caratterizzato gli interventi sul sistema sanitario statunitense a partire dai primi anni '80 [Meneguzzo, 1982].

Diventa a questo proposito molto importante chiarire i concetti di indipendenza e di maggiori margini di manovra dei Trusts; tra i primi vantaggi che sono associati a questa nuova formula istituzionale di gestione dei servizi vanno elencati la facoltà di acquisire, e soprattutto disporre del proprio patrimonio e di decidere le più efficaci modalità di utilizzazione, nonché quella di presentare direttamente i propri programmi di investimento ai « Management Executives » del N.H.S..

A questo proposito occorre precisare che tra le recenti modifiche previste per il N.H.S., è compresa l'istituzione di Management Executives, ruoli manageriali a diretto supporto del dipartimento governativo sulla sanità, con funzione di elaborare le strategie di sviluppo del N.H.S. (la formulazione delle visioni) e soprattutto di curare i processi di messa in opera e attuazione delle politiche di intervento.

I « Management Executives » sono quindi dei facilitatori dell'innovazione e giocano il ruolo del « fixer », di colui che detta le regole del gioco nei processi di messa in opera delle politiche pubbliche, e sono assimilabili in parte alle agenzie di missione della pubblica amministrazione francese (Bardach), non hanno quindi responsabilità gerarchica diretta sui direttori delle autorità sanitarie regionali e dei distretti.

A tutt'oggi (maggio 1992) sono stati attivati 4 Management Executives, da cui dipendono 6 uffici decentrati, con uno staff di personale ridottissimo (10 persone) e con il compito di sovrintendere e monitorare l'attività delle Regioni sanitarie.

Gli altri benefici conseguibili attraverso la formula dei Trusts sono la possibilità di assumere prestiti, all'interno comunque di limiti annuali di cassa (si vedano le considerazioni successive sulla gestione finanziaria), prestiti che possono essere utilizzati per la costruzione di nuove infrastrutture e l'acquisto di tecnologia e la creazione di un proprio staff manageriale.

Notevoli sono poi i margini di manovra sulla gestione del personale; potranno essere determinati discrezionalmente la dotazione quali quantitativa del personale, l'assetto organizzativo, e soprattutto le condizioni retributive e i sistemi incentivanti.

Infine, aspetto questo di notevole rilevanza se si guarda ad una prospettiva di marketing delle organizzazioni sanitarie pubbliche, i Trusts potranno pubblicizzare i loro servizi per acquisire nuovi « clienti pubblici », anche al di fuori del proprio bacino territoriale di riferimento, all'interno ovviamente di linee guida poste da codici professionali.

Diversi e molteplici sono quindi i benefici attesi; a livello degli utenti si aspetta che i Trusts dedichino maggiore attenzione all'elevamento della qualità del sistema di gestione

dei servizi (i cosiddetti servizi accessori); ad esempio sistemi di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali, miglioramento delle condizioni di accessibilità e riduzione delle liste d'attesa, servizi specifici alberghieri e di accoglienza, per anziani e bambini.

A livello invece di comunità locali, che dovranno promuovere e sostenere la creazione e lo sviluppo dei Trusts, dovrà essere riservata particolare attenzione alla partecipazione diretta degli interessi locali, attraverso la designazione di due direttori « non esecutivi » (si veda più avanti); i Trusts si propongono inoltre di rafforzare la coesione della popolazione nei confronti delle strutture sanitarie pubbliche, arrivando a una cultura diffusa di essere « orgogliosi » del servizio pubblico locale.

Non va infine trascurato l'impatto che i Trusts possono avere sul personale che attualmente opera all'interno del N.H.S.; le maggiori responsabilità assegnate potranno rafforzare sensibilmente l'impegno degli operatori nei confronti della nuova organizzazione.

Criteri per l'istituzione e funzione assegnate ai Trusts

Lo schema 2 presenta i requisiti che dovranno essere valutati per decidere se una unità a gestione diretta potrà trasformarsi o meno in un nuovo Trust.

I requisiti sono espressi in termini generali e lasciano quindi notevoli ambiti di discrezionalità a livello locale e soprattutto a livello regionale e centrale (le recentemente introdotte Trusts Units, che devono accettare o respingere la richiesta di cambiamento istituzionale).

Tra i requisiti vanno ricordati la presenza di competenze e capacità manageriali che potranno consentire

in futuro di gestire i Trusts in modo efficace; la dimostrazione della possibilità di conseguire una migliore qualità dei servizi a seguito del cambiamento istituzionale; il diretto coinvolgimento nel processo e nella futura gestione del personale professionale (medici in primo luogo, tecnici, infermieri); la capacità della nuova struttura di svilupparsi senza squilibri finanziari.

Di particolare rilevanza è il criterio della « financial viability ». Ai Trusts è richiesto il conseguimento di condizioni di economicità, secondo la teoria aziendale classica (mentre non vengono richieste direttamente capacità reddituali), e la preparazione di un « business plan » o piano d'impresa, in cui gli estensori del progetto di trasformazione, simulano, per gli anni a venire, la dinamica economica (costi verso ricavi) e finanziaria (flussi di cassa positivi e negativi) della nuova struttura.

Una volta verificata l'esistenza di queste condizioni, l'unità, che in precedenza era parte integrante della struttura organizzativa del distretto, potrà trasformarsi in un Trust; è importante ricordare comunque che lo sviluppo dell'intero processo di cambiamento istituzionale è destinato a rimanere sotto il controllo delle autorità sanitarie locali e regionali.

Grazie al processo di istituzione dei Trusts i distretti sanitari potranno sempre più concentrarsi e focalizzarsi sul proprio ruolo di centri d'acquisto e ritirarsi progressivamente dalla gestione diretta dei servizi sanitari. Secondo le aspettative dei sostenitori della riconfigurazione del N.H.S. in base alle logiche di mercato si dovrebbe arrivare a un assetto in cui i Trusts, che sono nella fase attuale una tra le tante possibili strategie di azione per i distretti, diventano il modello organizzativo naturale per l'offerta di servizi sanitari agli utenti.

I Trusts hanno notevole discrezio-

nalità nella definizione e nell'esercizio delle proprie funzioni; queste ultime possono essere individuate, sulla base delle indicazioni contenute nel « N.H.S. and Community Care Act 1990 », in impiego e gestione del personale secondo le modalità che vengono ritenute più appropriate, possibilità di vendere e acquisire proprietà immobiliari e mobiliari, stipulare contratti con il N.H.S., condurre direttamente, o attraverso affidamento all'esterno, progetti di ricerca scientifica e applicata, definire accordi di cooperazione e collaborazione con altri organismi pubblici, acquisire donazioni dall'esterno e svolgere attività di « fundraising » (raccolta fondi).

Altre funzioni attribuite riguardano l'offerta e la realizzazione di attività di formazione e aggiornamento del personale e la possibilità di servire e curare privatamente dei pazienti, ottenendo così entrate dirette, a patto però che tale attività non interferisca e limiti l'attività istituzionale.

Guardando poi all'assetto decisio-

nale dei Trusts occorre ricordare che il comitato di direzione di queste organizzazioni è affidato a un presidente, nominato direttamente dal segretario di Stato per i servizi sanitari ed è composto da:

— fino a cinque direttori senza responsabilità esecutive in parte scelti dal livello centrale (segretario di Stato) ed in parte (fino ad un massimo di 2) indicati dall'autorità sanitaria regionale, o nel caso di presenza di istituzioni scientifiche e di ricerca, direttamente dall'università;

— fino a cinque direttori con piena responsabilità operativa e manageriale (direttore generale o « chief executive », responsabile della finanza, direttore medico e del personale infermieristico e così via).

L'organo di direzione è quindi in parte espressione dei livelli superiori di governo e in parte dell'organismo personale; compiti del comitato di direzione sono la definizione delle politiche e delle strategie di intervento del singolo Trust, la verifica delle modalità di realizzazione delle



strategie indicate, il mantenimento e la garanzia delle condizioni di « sostenibilità finanziaria » ed economicità di queste organizzazioni.

È importante ricordare in conclusione che i Trusts devono garantire la massima « visibilità » e « leggibilità » all'esterno, producendo e pubblicizzando un « business plan » annuale, un rapporto annuale di gestione sulla attività svolta e sui risultati conseguiti, rapporto da cui vengono estratte informazioni selezionate destinate ai livelli superiori di governo e ai Management Executives, e un rendiconto economico-finanziario.

La gestione finanziaria dei Trusts

Discrezionalità nella gestione del personale e libertà nell'acquisizione e nell'utilizzo delle risorse finanziarie costituiscono, come richiamato in precedenza, due elementi forti di differenziazione tra Trusts ed unità operative che rimangono in gestione diretta dei distretti; si ritiene quindi importante spiegare quali siano le principali caratteristiche della gestione finanziaria di queste organizzazioni.

In primo luogo i Trusts non ricevono direttamente risorse finanziarie dal dipartimento centrale della sanità, e devono « guadagnare » sul mercato i propri fondi; secondariamente i Trusts possono assumere prestiti per specifiche finalità (acquisto, ristrutturazione del patrimonio immobiliare e tecnologico) entro limiti prefissati. A tale proposito si ricorda che per i Trusts è stato introdotto un limite finanziario esterno (E.F.L.) sull'esempio dei « cash limits » (limiti di cassa) che hanno rappresentato una variabile forte nei processi di riqualificazione liberista della pubblica amministrazione del Regno Unito negli anni '80.

L'E.F.L. rappresenta la differenza tra flussi finanziari generati dal nuovo indebitamento dei Trusts meno il rimborso dei prestiti (capitale e interessi) e (più o meno) il saldo netto nella gestione della liquidità.

Ai Trusts è stata quindi riconosciuta la possibilità di indebitarsi sul mercato finanziario; è importante sottolineare che nel calcolo dell'E.F.L. vengono inserite anche le operazioni di leasing finanziario.

I Trusts possono reinvestire i surplus che rimangono, una volta fatto fronte ai propri impegni finanziari, sia per accendere nuovi mutui sia, soprattutto, per investimenti in conto capitale. I Trusts sono inoltre stati autorizzati a investire le giacenze temporanee di cassa sul mercato azionario, in titoli governativi o in altri settori (enti locali, imprese nazionalizzate, società immobiliari, banche).

I Trusts devono poi garantire una redditività pari ad almeno il 6% del capitale investito e un « punto di pareggio » annuale: l'obiettivo del 6% serve per regolare il livello dei prezzi nei contratti stipulati tra Trusts e distretti. Infatti un più alto obiettivo di redditività può scoraggiare i « clienti esterni » o creare serie di difficoltà ai « compratori istituzionali », difficoltà che vengono immediatamente ribaltate sugli utenti finali, riducendo la quantità di servizi forniti.

Per contro i Trusts possono decidere di alzare il livello dei prezzi praticato nei confronti dei clienti privati, direttamente paganti, per garantire il raggiungimento dell'obiettivo di redditività e per ridurre il livello dei prezzi praticato nei confronti dei distretti.

Altri due importanti elementi di differenziazione risiedono nel fatto che i Trusts sono soggetti al diritto commerciale, adottando gli schemi contabili previsti per le imprese e che sono state previste particolari moda-

lità di valorizzazione del capitale e del patrimonio conferito ai Trusts.

I Trusts possono acquisire risorse finanziarie attraverso la vendita di servizi ai distretti, ai medici di base gestori di budgets, e a pazienti privati che pagano direttamente. Vi sono poi altre fonti di entrata che consistono nell'offerta di servizi non previsti dai contratti standard, nella vendita di servizi di formazione ed aggiornamento professionale e di ricerca e nella messa sul mercato di servizi collaterali.

Ad esempio, i Trusts possono offrire alcuni loro servizi generali con capacità produttiva parzialmente utilizzata (consulenza informatica e sviluppo software applicativo, pulizia, lavanderia, manutenzione immobili) trasformandoli in vere e proprie aree di business con obiettivo di « generatori di cassa » [Meneguzzo Reborra, 1990] che finanziano l'attività sanitaria caratteristica.

Una nota ulteriore sulla gestione finanziaria dei Trusts riguarda le modalità di conferimento patrimoniale: in pratica tutte le « attività fisse » (aree, edifici, tecnologia e impianti) vengono passati dal N.H.S. ai singoli Trusts e vanno a costituire quello che è il « fondo di dotazione » iniziale.

Su questo fondo di dotazione che rappresenta in pratica un « debito di capitale » dovuto dai Trusts al Sistema sanitario nazionale, vengono applicati degli interessi sul debito e dei « dividendi di capitale »; questi ultimi sono veri e propri dividendi per i quali non viene più previsto un ammontare fisso o specifiche obbligazioni di pagamento.

Sarà il Trust stesso infatti che può decidere annualmente se pagare o meno i dividendi di capitale; i fondi saranno poi passati al N.H.S., una volta verificata una situazione di surplus di cassa, al netto ovviamente degli interessi fissi sul debito.

Il bilanciamento tra quello che è

l'ammontare degli interessi sul debito e i dividendi di capitale, viene contrattato singolarmente dai diversi Trusts con il tesoro, tenendo conto e della situazione finanziaria specifica e di quello che è l'ammontare del fondo di dotazione.

La soluzione adottata appare di estremo interesse dato che Trusts con rilevanti attività fisse associate a difficoltà nella gestione finanziaria, derivanti dalla rigidità aziendale, che limita l'imprenditorialità nei contratti con il N.H.S., possono trovarsi con minori dividendi di capitale rispetto a Trusts di limitate dimensioni e con all'opposto buone prospettive di mercato, e forti capacità contrattuali.

La realizzazione dei Trusts: il caso dell'Oxfordshire (1)

La presentazione di un caso reale di istituzione dei Trusts all'interno di un distretto sanitario consente di meglio focalizzare i problemi di gestione del cambiamento verso il nuovo assetto e di calibrare meglio i giudizi e le valutazioni su questa nuova formula istituzionale, in relazione anche all'avvio di processi volti a riconoscere maggiore autonomia gestionale e operativa agli ospedali pubblici italiani.

Il distretto sanitario dell'Oxfordshire (520.000 utenti di riferimento un budget di acquisto di servizi pari nell'anno fiscale 1990/91 a 160 milioni di sterline) si presenta come organizzazione a notevole complessità; nel distretto sono localizzati cinque ospedali, ognuno dei quali specializzato e con proprie competenze distintive e il distretto collabora con due partners scientifici di tutto rispetto, la facoltà di medicina dell'università di Oxford ed il dipartimento di studi sanitari del politecnico di Oxford.

I managers distrettuali, in accordo con le autorità sanitarie regiona-

li, hanno cercato di governare durante gli anni '80, la complessità legata all'esistenza dei diversi poli ospedalieri e di una ampia e diversificata rete di servizi territoriali; a tal fine è stato elaborato nel 1989 un piano strategico di sviluppo pluriennale (la « visione per il futuro ») che prevedeva il trasferimento di specialità mediche e chirurgiche tra i diversi poli ospedalieri e la specializzazione dei singoli poli su aree specifiche (ad esempio un ospedale sull'emergenza e sulle specialità cliniche, un secondo ospedale sulle chirurgie e sulla riabilitazione e così via). A questa strategia di focalizzazione dei diversi poli su aree di attività si accompagnano interventi di ridimensionamento delle strutture ospedaliere minori, vendita di terreni e di infrastrutture per finanziare i « poli ospedalieri in sviluppo », nuove modalità di partnership e coinvolgimento dell'università.

Alla fine del 1999 (si ricordi che il piano strategico è stato varato durante la fase di avvio della « riforma del N.H.S. » e di presentazione delle linee guida contenute in Working for patient), il distretto sanitario dell'Oxfordshire è stato investito dall'ondata di innovazioni istituzionali e gestionali, promosse dall'autorità sanitaria regionale di Oxford, che comprende 8 distretti per un bacino di utenza complessivo di 2.500.000 persone.

Tali innovazioni erano riconducibili sostanzialmente alla introduzione di budgets per i medici di base (questa innovazione è infatti affidata direttamente alla Regione) e alla creazione dei Trusts; in un primo momento era stato infatti individuato come possibile Trusts il « Nuffield Orthopaedic Center », uno dei centri ospedalieri del distretto, che si caratterizza come uno tra i cinque/sei centri superspecializzati in ortopedia a livello nazionale.

Per la rilevanza e le caratteristi-

che della struttura ospedaliera individuata, il processo di cambiamento istituzionale è stato rapidamente ed agevolmente concluso; occorre a tal proposito rammentare che l'operazione di creazione di un organismo indipendente non era in contraddizione con i principali obiettivi e contenuti della « visione strategica » del distretto.

La creazione del primo Trust era destinata a innescare un processo « a cascata » difficilmente governabile; nei primi mesi del '91 furono avanzate proposte di creazione di almeno cinque nuovi Trusts, proposte nell'area regionale dal personale medico, una delle quali riguardava un centro ospedaliero del distretto che doveva, secondo il piano strategico, essere parzialmente ridimensionato (Raddiffe Infirmary).

Il progetto di creazione di Trusts costituiva quindi lo strumento della strategia di difesa, posta in atto dal personale medico e dal management ospedaliero (l'Hospital Management Team) nei confronti della politica del management distrettuale volta alla razionalizzazione e riorganizzazione territoriale della rete dei servizi sanitari; questa proposta dava subito luogo a strategie imitative, dato che un secondo centro ospedaliero « debole » (Churphill Hospital), interessato a sua volta dagli interventi del piano strategico presentava una propria proposta di trasformazione in Trusts.

Nella nuova situazione, che metteva in seria discussione le opzioni e le fattibilità della visione strategica, il management distrettuale ha scelto come strategia di attacco, quella di sponsorizzare e promuovere un unico Trust, formato dai due ospedali interessati e del terzo ospedale che dovrà diventare, secondo le indicazioni strategiche, l'effettivo polo di riferimento del distretto, grazie anche ai rapporti di collaborazione instaurati con l'università (Raddiffe Hospital).

Nell'arco di quattro/cinque mesi sono stati quindi formulati tre « avvisi gara » per la formazione di Trusts nel distretto, due dei quali riguardano singoli ospedali mentre il terzo prevede invece la creazione di un Trusts multiplo; nella fase attuale le tre proposte, che sono evidentemente in competizione tra loro (Trusts singoli verso Trust multiplo) sono all'esame degli organi centrali. Occorre inoltre sottolineare che mentre le proposte di Trusts singoli sono di diretta espressione del personale medico interno e si raccordano all'ondata di creazione di Trusts che sta investendo dall'inizio del '92, le 27 unità a gestione diretta che dipendono dall'autorità regionale, il progetto di Trust multiplo trova largo consenso nella rete di attori e soggetti istituzionali e sociali, dall'autorità regionale, all'università, ai comitati medici locali ed alle associazioni professionali, agli enti locali e agli organi di rappresentanza (i Community Health Councils).

L'esperienza del distretto dell'Oxfordshire che, è bene ricordare, rappresenta un'esperienza pilota nell'applicazione concreta delle innovazioni riconducibili al riassetto del N.H.S., bene evidenzia due punti critici, riconducibili alla nuova formula istituzionale:

— lo strumento dei Trusts, per salvaguardare la discrezionalità operativa delle singole strutture, può nascondere inefficienze e sprechi in contrapposizione a logiche di razionalizzazione, specializzazione e diversificazione di quello che è il « gruppo pubblico sanitario locale ».

Emblematica è a tal proposito la contrapposizione tra visione strategica complessiva e proposte di singoli Trusts: facendo riferimento ad esigenze aziendali e gestionali i Trusts entrano in contraddizione con esigenze aziendali più generali del distretto e di riposizionamento strategico dell'offerta di servizi.

— L'assenza di una chiara leadership e direzione a livello locale, come appare in modo evidente nel caso analizzato in cui, solo nella fase finale, il management del distretto ha preso le redini dell'iniziativa avanzando la proposta di un Trust multiplo, può portare all'innescio di logiche di frammentazione e di « balcanizzazione » istituzionale, ridimensionando i possibili vantaggi conseguibili dal mantenimento di un assetto organizzativo unitario (si pensi ad esempio al conseguimento di vantaggi tangibili e intangibili tra le diverse unità a gestione diretta del distretto dell'Oxfordshire).

I Trusts: autonomia ospedaliera o istituzioni

Le dichiarazioni di principio volte a garantire maggiore discrezionalità ai nostri ospedali pubblici bene evidenziano, messe a confronto con l'esperienza dei Trusts, quali sono le aree critiche di cambiamento da sottoporre a estrema attenzione.

Le aziende ospedaliere vedono diminuita la portata della loro innovazione se si considera che:

— non sono state previste possibilità di intervento su quella che è la gestione delle risorse umane, lasciando che le aziende ospedaliere seguano le dinamiche istituzionali e contrattuali del S.s.n.;

— si è enfatizzato il concetto di autonomia giuridica, senza porre particolare attenzione al concreto significato di autonomia gestionale ed operativa;

— si è circoscritta l'esigenza di creazione di « aziende » ai grandi ospedali specializzati, non pensando che anche strutture extra-ospedaliere (ad esempio presidi multizonali nel campo dell'igiene ambientale o della veterinaria), ospedali di medio piccole dimensioni, « reti » di strutture sanitarie potessero candidarsi ad una

trasformazione aziendale;

— si è riservato un forte potere ai livelli istituzionali superiori nel sanificare l'aziendalizzazione, senza occuparsi delle concrete procedure per la gestione del cambiamento;

— si è fortemente sottovalutato il problema della gestione finanziaria e della possibilità di lasciare spazi di discrezionalità quanto a modalità innovative di finanziamento, all'introduzione di business plan per i nuovi servizi, alla valorizzazione economica del capitale.

Questi elementi ed altri ancora esigono che si apra, nel contesto della sanità pubblica italiana, una riflessione attenta su quelle che sono le possibili formule istituzionali, valutando caratteristiche, punti di forza e punti di debolezza di formule imprenditoriali, (s.p.a. pubbliche, aziende ospedaliere) di altre contrattuali (l'affidamento in concessione o in comodato d'uso ai privati proposto dall'A.i.o.p. nel 1987 e riproposto nel « documento dei clinici ») fino a formule redistributive, di agenzia pubblica, a cui può essere ricondotto il modello dei Trusts.

Questa riflessione può offrire suggerimenti e stimoli anche per meglio concretizzare la formula dell'istituzione, prevista dalla legge n. 142 del 1990 di riforma degli enti locali, per i « servizi sociali senza rilevanza imprenditoriale ».

L'avvio delle istituzioni per cui viene prevista specifica autonomia gestionale ed il rispetto di criteri di efficacia, efficienza ed economicità (si ricordi il criterio di financial viability dei Trusts) richiede come preliminare requisito una chiara indicazione di quelli che sono i contenuti della sua autonomia gestionale, per evitare che queste organizzazioni si trasformino, al pari delle aziende ospedaliere, in agenzie di intervento dei Comuni, che pretendono sussidi e trasferimenti finanziari.

Rapporto diretto con il mercato,

possibilità di muoversi su aree « generatrici di cassa », discrezionalità mirata nella gestione del personale, stretto collegamento con il contesto locale, revisione delle modalità di trasferimento delle risorse finanziarie, diventano quindi ambiti importanti per la progettazione e la sperimentazione di interventi, destinati ad interessare contemporaneamente il settore dei servizi socio-sanitari (ospedali autonomi dalle U.s.l., istituzioni degli enti locali) arrivando ad at-

tivare un modello specifico e peculiare di Trusts per il contesto italiano.

(1) La ricostruzione del caso dei Trusts nell'Oxfordshire è stata effettuata sulla base di una comunicazione presentata da D. Perry, Chief Executive dell'Oxfordshire Health Authority all'European Health Leadership Programme, Londra 1992.

BIBLIOGRAFIA

E. BAVOLACH, *The implementation*

game. Mit press 1977.

M. MENEGUZZO, *Concorrenzialità e sistema sanitario negli Stati Uniti*. Economia pubblica 1983, n. 7/8.

N.H.S. WORKING PAPER, a) *Self governing hospitals 1984*.

N.H.S. WORKING PAPER, b) *Self governing hospitals: an initial guide 1989*.

N.H.S. WORKING PAPER, c) *N.H.S. Trusts: a working guide 1990*.

G. REBORA, M. MENEGUZZO, *Strategia delle amministrazioni pubbliche*. Utet 1990.

LA MODERNIZZAZIONE TRAMITE IL RICORSO AI MECCANISMI DI MERCATO

IL CASO DEI NUOVI STRUMENTI DI GESTIONE OSPEDALIERA

di D. Fixari - D. Tonneau *

traduzione a cura di Alessandra Ferricchio e Attilio Gugliatti

Introduzione

Il controllo della crescita della spesa nel settore sanitario è un'esigenza sentita nei paesi sviluppati. La crescita sembra effettivamente incontenibile. Non sono mancati i tentativi di riforma dei sistemi sanitari, in particolare a livello ospedaliero. L'analisi di tali riforme, al di là della loro apparente varietà, richiama un comune quadro di riferimento per il quale si è convenuto ricorrere all'espressione « Meccanismi tipo mercato » (MTM).

Questa è la via auspicata da coloro che si presentano quali sostenitori della modernizzazione della gestione pubblica.

L'idea sottostante i « MTM » è di raggiungere l'efficacia mediante il ricorso a modelli di gestione tipici delle imprese private, e in più di ricorrere a una regolamentazione di mercato.

Ma si tratta piuttosto di un « atto di fede », poiché l'applicazione dei meccanismi indicati conduce a forme ibride, intermedie fra la gerarchia e il mercato puro, le cui proprietà devono essere fatte oggetto di analisi teoriche ed empiriche appro-

fondite. La varietà di queste forme ibride in merito ai MTM crea peraltro grande confusione, rafforzata dall'indeterminatezza semantica che caratterizza i dibattiti sulla questione.

Alla luce di queste constatazioni, l'OCSE attraverso il proprio programma di management pubblico (Puma) hanno lanciato, con il sostegno dei Paesi membri, un vasto programma di ricerca sui MTM.

Il C.g.s. (Centro di gestione scientifica dell'Ecole des Mines di Parigi), partendo da un ingente patrimonio di studi sulla gestione ospedaliera in Francia e sulle sue diverse riforme, si pone come obiettivo di estendere e generalizzare le proprie analisi, esaminando i casi di un certo numero di altri paesi: in tale ottica si è avviato lo studio della Germania e del Regno Unito.

Questo articolo illustra i risultati delle prime analisi comparative basate sulla valutazione di documenti contabili e contrattuali e su conversazioni avute con i differenti attori coinvolti nello studio, collocati a diversi livelli del sistema ospedaliero: amministrazioni e organismi finanziatori, « managers » ospedalieri, personale medico a capo dei servizi

e personale addetto alla gestione delle attrezzature mediche.

Inoltre, quanto emerso sulla Germania e sul Regno Unito, benché meno approfondito rispetto al caso francese, permette già di avviare riflessioni sui cambiamenti organizzativi, sugli ostacoli a tali cambiamenti e sugli effetti non desiderati, arricchendo così la conoscenza delle cause delle attuali « delusioni » relative al progetto MTM nell'ambito del sistema ospedaliero. Una conoscenza preliminare che è necessaria per un miglior controllo della realizzazione dei suddetti cambiamenti.

Difficoltà nel considerare la sanità come un mercato

Un rapido esame dei sistemi sanitari esistenti nei differenti paesi e della loro evoluzione permette di constatare come spesso ci si trovi di fronte a forme ibride complesse e come queste siano le uniche ad avere un futuro.

* D. Fixari e D. Tonneau, Centro di gestione scientifica dell'Ecole des Mines di Parigi.

In effetti, il mercato puro, che tende ad instaurarsi negli U.s.a., ha paradossalmente condotto a un incremento delle spese sanitarie (12,4% del P.i.l.) e la gerarchia pura del controllo statale nel Regno Unito, attualmente ancora esistente, ha condotto a una relativa « sottomedicalizzazione » (6,1% del P.i.l.) e alla creazione delle liste di attesa alle porte degli ospedali, giudicate sempre più inaccettabili, e sollevando così la necessità di nuove riforme.

Per analizzare e classificare dette forme ibride, in considerazione della difficoltà a realizzare forme pure, è utile individuare in maniera sistematica le cause che fanno del settore sanitario un mercato fuori dall'ordinario e che possono assumere forme concrete assai diverse in relazione alle differenti caratteristiche dello stesso.

1.1. Dipendenza della domanda dalla classe medica

Innanzitutto, la sanità è un campo in cui più che altrove il consumatore finale è considerato incompetente circa i propri bisogni e i prodotti necessari per il loro soddisfacimento. Da ciò, la presenza dei medici-prescrittori, specialisti « interpreti » delle esigenze della domanda finale. La natura e la portata del ruolo dei medici possono tuttavia mutare da paese a paese.

Così, nel Regno Unito il « cliente » non ha accesso all'ospedale o agli specialisti, ivi concentrati, ma deve rivolgersi in primo luogo a dei medici generici, che gli aprono le vie d'accesso alle cure ospedaliere, e successivamente scegliere l'ospedale, salvo evidentemente nei casi di urgenza. Inoltre, il cliente non è neanche totalmente libero di scegliersi il medico generico. Egli viene inserito nella lista di un medico assegnatogli che difficilmente potrà abbandonare in seguito.

In Francia, diversamente, il cliente è meno guidato nelle sue scelte: egli è libero per quanto attiene la scelta

del medico generico, può rivolgersi a un numero elevato di specialisti che operano all'esterno dell'ospedale (oppure, disponendo di posti letto privati, nell'ambito dello stesso ospedale), può recarsi all'ospedale che più gli aggrada. Un certo grado di concorrenza, basata su precedenti esperienze del paziente o collegata a quei complessi meccanismi di trasmissione «orale» di informazioni circa la reputazione del personale medico e degli ospedali, può svilupparsi tra le strutture sanitarie.

In Francia, inoltre, il paziente può esercitare la sua scelta in merito al personale medico non solo in funzione di considerazioni qualitative, ma anche finanziarie: esiste un settore medico definito « non-convenzionato », caratterizzato da tariffe superiori rispetto ad altri, dove i rimborsi vengono fissati a un livello inferiore e uniforme.

1.2. Una domanda non regolata tramite prezzi

Questo paragrafo introduce una seconda caratteristica del mercato: il pagamento effettuato dal cliente induce ad un'auto-limitazione del consumo.

Questo meccanismo regolatore non esiste né nel Regno Unito, né in Germania, dove tutto viene rimborsato.

In Francia si è diffusa la filosofia del ticket, con valenza equilibratrice, che lascia a carico del paziente, in un certo numero di casi predeterminati sulla base di complesse regole, una parte del costo. Inoltre, il paziente può scegliere fra tutta una gamma di forme assicurative « mutualistiche » che gli permettono di coprire, mediante contributi volontari, una maggiore quota-parte del costo.

1.3. Un'offerta non finanziata tramite domanda

Terza caratteristica del mercato: il finanziamento dell'offerta, e dunque il suo dimensionamento, tramite pagamento dal lato della domanda.

La questione è ancora controversa.

Nel Regno Unito il finanziamento è totalmente fiscalizzato e l'offerta si trova concentrata esclusivamente nelle mani dello Stato che decide l'ammontare di domanda da soddisfare.

In Germania il finanziamento degli investimenti è assicurato a livello regionale dai singoli Länder, mentre i budget operativi vengono approvati e finanziati dalle casse della sicurezza sociale. Si ha dunque una dualità dal punto di vista del finanziamento, ma unicità quanto al soggetto finanziatore.

In Francia si rinviene ancora una volta un sistema intermedio complesso: finanziamento-base da parte della Sécurité Sociale - assistenza sanitaria e previdenza sociale. Questo organismo, gestito pariteticamente dai part sociali e di fatto sotto tutela e arbitrato dello Stato, viene alimentato grazie a un sistema che prevede trattenu- te alla fonte sui redditi da lavoro, una forma di « quasi-imposta », che contribuisce alla determinazione, assieme alle imposte, di un indicatore globale dei « prelievi obbligatori », in base al quale si rileva il ruolo dello Stato nell'economia.

1.4. Prezzi « amministrati » di unità lavorativa e non prezzi di mercato di unità di prodotto

Il meccanismo di regolamentazione classico in base al quale domanda e offerta si equilibrano in relazione al prezzo, come si è potuto constatare, è venuto più o meno spezzandosi. I prezzi esistenti in Francia sono di fatto prezzi amministrati, funzionali alla determinazione delle basi minime di rimborso ai malati e dei pagamenti al personale medico non ospedaliero, piuttosto che alla determinazione delle dotazioni budgetarie degli istituti di cura pubblici, che invece si sta tentando di legare al livello di attività degli stessi.

Si crea peraltro un effetto indotto

che influenza altresì la redditività di un settore ospedaliero privato non trascurabile (le cliniche private).

Nel Regno Unito tale settore privato non esiste, sicché i medici risultano di fatto dei salariati.

Si fa ricorso a dei « prezzi-costo », basi delle dotazioni budgetarie degli ospedali.

In Germania, la determinazione dei costi giornalieri è il risultato di un processo di negoziazione fra l'ospedale e la cassa della S.S., in relazione ad un livello di attività predeterminato, e di un budget globale e flessibile.

In tutti e tre i paesi analizzati si presenta nella stessa misura il problema della determinazione dei costi sulla base di una logica di prodotto (servizio sanitario offerto) definito in termini di consumo finale: le patologie. In realtà essi vengono definiti sulla base di valori unitari di attività lavorativa, dedotti dalla contabilità analitica, che sono, come tutti i valori unitari di attività di lavoro, convenzionali e globalizzanti.

In Francia, tali unità possono riferirsi alla « prestazione medica », oppure al « posto letto », alla « giornata di degenza », al numero di « punti equivalenti » per reparti specialistici, come la chirurgia, la radiologia, la biochimica. Nel Regno Unito si parla di « episodi » di trattamento. Tali termini di riferimento hanno evidentemente una natura « tecnico-medica » e portano alla determinazione di indicatori di costo e di attività generici e approssimativi.

1.6. Un'offerta influenzata da elementi di natura politica

Non esiste dunque veramente libera entrata dal lato dell'offerta come in un mercato perfetto (e un orientamento degli investimenti sulla base del profitto).

Oltre a ciò, in Francia si aggiunge un meccanismo di negoziazione « oggettivo » relativo al piano sanitario

che introduce una forma di competitività di natura prevalentemente politica.

Le collettività locali e i gruppi di pressione si oppongono alle chiusure, che vengono viste come delle perdite nella qualità del servizio e di posti di lavoro.

Gli stessi ospedali possono esercitare pressioni per svilupparsi in direzioni non collegate a una domanda, effettiva o determinata statisticamente, ma valorizzante in termini di prestigio e di carriera.

A livello locale, i rappresentanti dello Stato sono intrappolati in questi giochi di negoziazione, in cui la volontà centrale risulta diluita.

Nel Regno Unito questi fenomeni sono quasi del tutto assenti ed il mercato è meno sottoposto a un'influenza così evidente.

1.7. Disequilibrio dell'offerta e gestione delle liste di attesa in caso di urgenza medica

« Piani sanitari » su base statistica e la volontà di contenere le spese attraverso decisioni prese « a monte » sulla capacità dell'offerta, possono condurre come in tutti i casi di regolamentazione fuori mercato a delle « liste di attesa », particolarmente consistenti nel Regno Unito, che occorre gestire.

Questi « colli di bottiglia » all'interno del sistema rappresentano un'ulteriore caratteristica della domanda sanitaria: la volontà di economizzare, accettabile a livello macro e impersonale, diviene culturalmente intollerabile a livello individuale e concreto: si tratta del famoso « diritto all'assistenza », che culmina nel concetto di urgenza.

Questa responsabilità individuale è di difficile assunzione e non può che ricadere sul personale medico, l'unico in grado di giudicare la supposta emergenza, criterio di selezione in caso di liste di attesa.

Se nel Regno Unito si è sottilizzato sulla ripartizione geografica della scarsità relativa all'offerta sanitaria da parte dello Stato, cionondimeno si hanno globalmente problemi di scarsità e di liste di attesa individuali di difficile gestione da parte del corpo medico.

1.8. Una Germania consensuale, un Regno Unito dirigista e una Francia liberale?

Risulta da questo quadro generale di confronto che di fronte alla difficoltà di considerare la sanità come un mercato e gli ospedali come delle imprese, la Francia, la Germania e il Regno Unito si trovano fino a tempi recenti in una situazione paradossale.

La Germania è riuscita a creare consenso attorno a negoziazioni annuali che mettono di fronte le diverse controparti nessuna delle quali in posizione di monopolio: gli ospedali negoziano singolarmente con le casse della S.S. che finanziano i loro budgets e tali casse, pur seguendo un processo uniforme con la guida di un capofila alla negoziazione, si trovano di fatto in condizioni di quasi-concorrenza. Rimane peraltro una grossa insoddisfazione quanto a strumenti disponibili nell'ambito della negoziazione.

Il Regno Unito thatcheriano ha ereditato un regime amministrativo rigido post-bellico, il « National Health Service ».

Il tentativo di contenimento del deficit pubblico e la possibilità di bloccare effettivamente gli investimenti e di fare rispettare i rigidi tetti relativi alle spese di funzionamento degli studi medici e degli ospedali, attraverso rappresentanti locali dello Stato non sottoposti ad influenza e sanzionati in caso di superamento, ha permesso di arrestare la crescita delle spese per la sanità.

Il costo politico di tale riuscita tende a crescere nel tempo, anche se sul

campo la concreta realizzazione di detto razionamento ricade sulla classe medica.

Anche se di fatto la Francia, di impronta colbertiana e giacobina, ha introdotto elementi di mercato, finanziamenti indiretti e mediati, lasciato diversi margini di manovra agli attori e agli interessi corporativi della classe medica e complessi spazi di negoziazione, ha pagato il prezzo dell'incapacità di controllare in fin dei conti le spese della sanità.

2. Strumenti di gestione grossolani

Da circa una quindicina di anni, differenti paesi europei si sono preoccupati di porre un freno alla crescita troppo rapida della loro spesa sanitaria. Ma preoccupati di mantenere un certo livello qualitativo nei servizi offerti, hanno tentato di affiancare a considerazioni di natura finanziaria, alcuni indicatori del livello dei servizi.

Una delle difficoltà nel campo della sanità sta nel fatto che è molto difficile, se non addirittura impossibile, definire criteri di valutazione di un « buon » livello delle prestazioni sanitarie e che di conseguenza si è presa l'abitudine di affrontare la questione considerando il livello delle risorse impiegate. Ne sono risultati un certo numero di effetti indesiderati (« perversi »), che hanno incrementato le spese sanitarie e che i paesi hanno tentato di « soffocare » attraverso misure a volte brutali.

Il ricorso a strumenti più raffinati ha certamente condotto a una migliore conoscenza dei fenomeni in questione ma, intorno alla metà degli anni '80, molti paesi si sono finalmente indirizzati verso una completa messa in discussione dei precedenti sistemi.

2.1. Spese complessive mal controllate

Fino al 1975 gli sforzi dei singoli sistemi sanitari hanno permesso di mettere a disposizione apparecchiature

e personale in quantità sufficiente per soddisfare l'alto e crescente livello di prestazioni richiesto dai cittadini.

La crescita economica ha permesso di finanziare la costruzione di nuove strutture, dotate di moderni mezzi di ricerca, all'avanguardia dal punto di vista tecnologico.

Per di più, man mano che si elevava il tenore di vita, in Francia e nel resto d'Europa la domanda ha continuato a crescere, innanzitutto a causa del progresso tecnologico in campo medico, e per un insieme eterogeneo di fattori: la crescente urbanizzazione, i cambiamenti nello stile di vita, una migliore copertura dell'insieme della popolazione con il sistema della Sécurité Sociale, infine l'apparire di nuove patologie (fra cui l'Aids) o di nuove possibilità di intervento (protesi per anche, dialisi renali, trapianti di organi), nonché l'invecchiamento della popolazione.

Questo periodo è terminato quando gli Stati hanno dovuto affrontare il problema della crescita eccessiva della spesa pubblica.

I loro sforzi si sono rivolti allora verso quegli strumenti idonei al contenimento delle spese e ad una migliore regolamentazione del sistema sanitario. Il grado di incidenza dei prelievi (contributi, imposte, ecc.) è parso aver raggiunto un livello massimo e sono stati introdotti i primi provvedimenti di razionalizzazione, riguardanti per esempio l'accesso alle professioni sanitarie (numero chiuso nelle facoltà di medicina) o il rimborso di alcune prestazioni, ecc.

Gli altri paesi hanno avuto gli stessi problemi nel medesimo periodo. Solamente il Regno Unito è riuscito attraverso l'applicazione di un sistema di rigidi controlli governativi sull'intero sistema sanitario a contenere le proprie spese ad un livello di gran lunga inferiore a quello dei paesi vicini, ma le conseguenze di una simile politica sono apparse inaccettabili agli altri paesi.

Era dunque necessario tentare di comprendere le profonde ragioni di dette spese alla luce di un qualche indicatore. Ma questi ultimi si sono rivelati poco consistenti in considerazione delle questioni poste.

2.2. Indicatori eccessivamente « rudimentali »

Gli indicatori disponibili riguardavano tre grandi aree:

- capacità delle strutture;
- attività delle strutture;
- costo di funzionamento delle apparecchiature.

Per ciascuna di queste aree sono rimaste in sospenso questioni considerevoli.

Per ciò che riguarda la capacità delle strutture, all'infuori degli abituali problemi statistici che si hanno quando si effettua un censimento, si può dire che il numero dei posti letto era conosciuto come anche il numero degli ambulatori medici privati in esercizio. Ma problemi sorsero già al momento in cui si trattava di censire le attrezzature di una certa rilevanza (in particolare attrezzature radiodiagnostiche, di laboratorio, blocchi operatori).

Più delicata, inoltre, era la questione di sapere se queste apparecchiature fossero in numero sufficiente o meno. È compito del piano sanitario rispondere a tale questione.

Per ciò che concerne il livello di attività delle strutture, le statistiche disponibili sono fornite essenzialmente dal sistema amministrativo e legate ai rimborsi dei pazienti o degli ospedali, effettuati da parte della Sécurité Sociale.

Si misurano dunque il numero dei ricoveri, delle giornate di degenza, delle giornate indennizzate, delle visite, delle prestazioni mediche effettuate, della durata media del ricovero e del coefficiente di occupazione dei posti letto.

Si tratta di statistiche senza un rea-

le legame con il servizio reso, poiché quest'ultimo è conosciuto attraverso il consumo delle risorse che sono state impiegate. Ma si tratta di una difficoltà comune a tutti i paesi dato che non esiste un modo per definire lo stato di salute o il risultato di un ricovero ospedaliero.

Per quanto riguarda i costi, le spese di tesoreria sono registrate dall'organo di assistenza sanitaria (Securité Sociale), mentre quelle per il funzionamento degli ospedali direttamente dagli istituti o dalle proprie amministrazioni. In certi casi, per esempio in Belgio, gli ospedali pubblici non vengono individuati all'interno dell'insieme delle spese di un settore sociale, e dunque certe informazioni non sono disponibili.

A parte il Regno Unito, dove il finanziamento totalmente pubblico degli ospedali e la gratuità totale delle cure non imponeva alcun calcolo dei costi, gli altri paesi, Germania e Francia in particolare, hanno realizzato un sistema di prezzi per calcolare il costo medio di una giornata di degenza sulla base delle spese verificate nel corso degli esercizi precedenti e approvate dalle amministrazioni. Tale sistema era leggermente meno evoluto in Germania, dove si calcolava il costo di una giornata di degenza complessivo per l'insieme dei posti letto ospedalieri, rispetto alla Francia, dove sono state calcolate diverse configurazioni di costo per i differenti reparti ospedalieri.

Ma tali indicatori non solo non permettevano un controllo della crescita delle spese, ma venivano per di più giudicati inflazionisti. Perché

2.3. Effetti « perversi » del sistema di gestione

Il sistema di calcolo del costo di una giornata di degenza è stato ampiamente criticato.

A partire dal momento in cui viene fissato effettivamente questo costo,

l'ospedale ha tutto l'interesse a massimizzare il numero delle giornate di degenza, data la larga dominanza dei costi fissi e ogni entrata aggiuntiva va di fatto a suo beneficio.

Un buon direttore d'ospedale ha in effetti l'obiettivo di massimizzare le entrate, contribuendo così all'aumento dello squilibrio degli organismi finanziari.

Ma gli altri indicatori procedono nella medesima direzione. Ad esempio, il numero dei posti letto in Francia è stato scelto per determinare il rango degli ospedali (si parla di categoria) e, di conseguenza, il ruolo gerarchico del suo direttore. Si comprende dunque che il corpo dei direttori ospedalieri sia stato poco incline a favorire una politica che, a partire dal 1980, mirasse a ridurre il numero dei posti letto disponibili.

Allo stesso modo, i pagamenti per prestazioni effettuate da medici privati e per prestazioni tecniche (per le quali si prevede il ricorso a specifiche apparecchiature) all'interno degli ospedali sono considerevolmente aumentati, peraltro probabilmente per la manifestazione di nuovi bisogni.

La dimensione delle strutture e il livello di attività rappresentano allo stesso modo degli indicatori, ma sono a propria volta causa di aumento dei costi, poiché allora sembrava normale alle amministrazioni introdurre delle risorse aggiuntive dove si presentava una domanda saturata o molto consistente. Per limitare questo stato di cose, le amministrazioni hanno iniziato a determinare anche prezzi di costo, stabilendo che fosse necessario riconoscere una maggiore retribuzione ai più attenti responsabili della gestione, sia che si trattasse di personale medico che amministrativo.

Ma nel calcolo di tale prezzo di costo, sia che fosse determinato considerando la giornata di degenza, sia la singola prestazione medica, le spese di funzionamento essenzialmente legate al personale sono « quasi-

costanti » all'aumentare dell'attività, e contribuiscono così a ridurre lo stesso prezzo di costo. Quindi, il circuito inflazionistico viene rafforzato da considerazioni economiche che necessitano di valori per la determinazione di criteri di gestione.

Tali effetti non hanno nulla di ipotetico. Gli autori hanno avuto ad esempio modo di descrivere dettagliatamente le politiche di investimento degli ospedali di Parigi. Qui si aveva ancora una forma di controllo « diretta », da parte dell'amministrazione centrale, il cui compito consisteva nel confrontare e valutare gli istituti l'uno rispetto all'altro. Questo non è il caso della Provincia, in cui gli istituti rappresentano tante unità istinte e dove il controllo viene esercitato tramite la DDASS.

Questo è il motivo per cui, in un primo tempo, le autorità amministrative hanno cercato di controllare il sistema sulla base di misure di massima e coercitive, avviando successivamente un programma di ricerca di indicatori più affinati.

In Francia, le spese ospedaliere sono state integrate con un indicatore di spesa, un indice cosiddetto direttivo, che avrebbe dovuto segnalare al DDASS l'incremento tollerabile delle spese annuali. Successivamente, sono state introdotte restrizioni severe quanto alla creazione di nuove poste nell'ambito dei budgets o per quanto riguarda l'acquisto di nuove attrezzature.

Nel Regno Unito una tale politica di « inquadramento » dei budgets ospedalieri era prevista fin dall'inizio nell'ambito del NHS: lo Stato definiva ciascun anno un tetto complessivo delle spese sanitarie poi suddiviso per Regioni.

2.4. Verso una migliore comprensione del sistema ospedaliero

Parallelamente alle suddette misure, l'inizio degli anni '80 si è caratte-

rizzato per tentativi di miglioramento della conoscenza dei fenomeni in causa.

Ampi studi epidemiologici sono stati avviati per tentare di meglio focalizzare i bisogni della popolazione; la contabilità analitica degli istituti è stata affinata, al fine di predisporre informazioni di costo più dettagliate e di caricare ciascun soggetto della quota-parte di cui è responsabile.

Ma questa nuova via non ha condotto ai risultati sperati.

Le statistiche epidemiologiche possono essere fatte oggetto di diverse interpretazioni, nella misura in cui, non svolgendo alcun ruolo nel processo di allocazione delle risorse, la raccolta dei dati non viene molto seguita. Peraltro differenti interpretazioni possono sempre aver luogo e i medici eccepiscono differenze, ai loro occhi necessarie, fra la loro attività e quella delle unità con cui ha luogo il confronto.

A ben vedere in tale campo i responsabili della gestione non hanno competenze per intervenire.

I dati statistici riguardanti l'attività non sono normalizzati e la presentazione datane nei rapporti gestionali dei vari ospedali non permette alle autorità amministrative di effettuare alcun confronto trasversale. Un tale genere di analisi si ha esclusivamente nei grandi centri metropolitani, che dispongono di un'amministrazione centrale che copre diversi istituti (Parigi, Marsiglia, Lione); ma il corpo medico adduce come argomentazione per respingere i confronti la specializzazione nell'ambito dei servizi e diffida peraltro delle analisi di lungo periodo che potrebbero essere utilizzate in un'ottica eccessivamente normativa.

Quanto al calcolo dei costi, esso lascia spazio a procedure convenzionali di calcolo, che si tratti dell'attribuzione di voci alle diverse linee di spesa, della ripartizione temporale degli ammortamenti, della distribuzione spaziale degli organici (personale), delle attrezzature o di tutti quei prodotti

consumati nell'ambito dell'ospedale. Anche con nuove e uniformi procedure contabili (nuovo piano contabile ospedaliero a partire dal 1987) non sempre è possibile effettuare confronti fra istituti senza un minimo di precauzioni.

2.5. *L'urgenza di nuovi managers e di budgets complessivi*

È verso il management che si sono indirizzate le autorità amministrative per realizzare incrementi in termini di efficacia e di produttività nella gestione degli istituti ospedalieri. Il corpo direttivo ospedaliero è stato progressivamente rinnovato, a partire dagli organici, formati presso l'École Nationale de la Santé Publique de Rennes (Scuola nazionale della pubblica sanità di Rennes) e resi così esperti di tutte le « raffinatezze » della contabilità pubblica e della gestione di grandi strutture tecniche. Ma più che auto-limitare le proprie spese essi si sono preoccupati di sviluppare l'istituto di cui erano responsabili, alleandosi con il corpo medico e cercando in accordo con quest'ultimo i migliori strumenti per ottenere crediti sufficienti allo sviluppo di nuove attività e all'estensione del loro raggio d'azione territoriale.

In Francia una prima riforma ha portato all'introduzione di un budget complessivo, generalizzato a partire dal 1985.

Si tratta di determinare per ciascun anno l'ammontare delle spese complessive autorizzate a ciascun ospedale, facendo riferimento alle spese dell'anno precedente e applicando un indice direttivo definito a livello nazionale.

In pratica i DDASS sono incaricati di applicare tale metodo, ma il loro coinvolgimento è totale a livello di dipartimento ed in virtù di questa loro posizione possono effettuare una nuova attribuzione fra gli ospedali, se lo ritengono opportuno.

Questa pratica ha effettivamente condotto ad un rallentamento della crescita delle spese, mentre gli istituti hanno manifestato la propria inquietudine verso un processo « cieco » che rischiava di metterli in grave difficoltà. Bisogna inoltre notare che suddetto meccanismo è di fatto risultato meno efficace del previsto: la crescita delle spese registrata dalle casse della Sécurité Sociale si è mantenuta più elevata di quanto non lasciasse prevedere l'indice direttivo, per tutta una serie di motivi: difficoltà di scegliere una precisa e non ambigua base budgetaria contabile cui applicare l'indice direttivo, operazioni a livello nazionale che sfuggono all'indice stesso (rilevamento dei salari del personale sanitario, nuove indennità di guardia per gli interni, provvedimenti per rendere operative le installazioni, ecc.) finanziamenti di nuove attività, creazione di voci bilancio per il corpo medico, autorizzazione per l'installazione di attrezzature di una certa portata, ecc..

Nello stesso periodo di tempo, in Germania è stato introdotto il budget flessibile. Si tratta anche in questo caso di assegnare all'ospedale un certo ammontare di risorse finanziarie, cui si affianca in aggiunta una previsione dell'attività annua.

Se ne è ricavato un costo giornaliero, come in passato, indifferenziato per i diversi reparti. Ma diversamente che in precedenza, dove le giornate di ospedalizzazione venivano rimborsate al costo giornaliero, ora si è introdotto un meccanismo regolatore: se l'ospedale realizza più giornate del previsto, ciò si ripercuote sul costo « previsto » solo per una parte minima (25%), corrispondente ai costi variabili. La parte dei costi fissi è ripartita sul volume di attività previsto.

In compenso, se si realizzano meno giornate del previsto, per l'ospedale si prevede un'attribuzione a copertura della parte dei costi fissi che esso non ha potuto fatturare.

In Belgio esiste lo stesso sistema a « doppia velocità », cui si aggiunge un meccanismo istituzionale che permette ai Comuni che hanno indirizzato una quota rilevante di malati all'ospedale di far parte di un consiglio di sorveglianza e dunque di poter interferire sulla gestione del Comune cui si ricollega l'ospedale. Senza essere un rimedio assoluto, questa disposizione ha condotto la maggior parte delle municipalità coinvolte a ridurre notevolmente il deficit dei loro ospedali pubblici.

Rimane peraltro il fatto che tutti questi provvedimenti derivano da una spiccata volontà di affermare la funzione delle amministrazioni e di imporre una forma di controllo verticale, che sembra talvolta essere lontana dalla concreta realizzazione.

L'insoddisfazione creatasi attorno a tali misure e le numerose contestazioni che ne sono risultate, se non addirittura l'impotenza constatata, hanno provocato una nuova tendenza che mira ad applicare meccanismi di mercato al settore della sanità al fine di esortare l'insieme degli attori coinvolti a ricercare una via verso una maggiore efficacia nella prestazione dei servizi e una migliore gestione delle spese.

3. Nuove regole del gioco tra operatori, ispirate ai meccanismi di mercato

Si è sottolineato come fosse avvertiva la necessità di introdurre fra gli operatori del sistema sanitario nuove regole comportamentali e di realizzare nuovi sistemi di informazione, controllo e valutazione. Ora, a quell'epoca si era appena inaugurato negli Stati Uniti un nuovo sistema informativo, basato su analisi statistiche molto avanzate e contemporaneamente su informazioni a contenuto medico-specialistico.

L'esempio degli Stati Uniti è servito come riferimento a numerosi lavoro

condotti nel contesto europeo, nonostante le differenze rinvenibili al livello delle singole realtà localizzazionali e nonostante non venissero sempre reputati molto convincenti i risultati ottenuti oltreoceano.

In definitiva, si trattava:

a) di instaurare nuovi rapporti fra gli operatori, fondati su informazioni mediche, quindi più rappresentative dell'attività degli ospedali di quanto non fossero gli indicatori adottati in passato e riferiti alla tradizionale attività degli stessi;

b) di instaurare una certa dose di concorrenza in un universo da sempre considerato eccessivamente pianificato.

3.1. Nuovi strumenti di gestione

Come gli altri paesi, gli U.S.A. non erano soliti differenziare le giornate di ricovero per reparto. Si avvertiva dunque il bisogno di ottenere delle valutazioni più precise dell'attività svolta negli ospedali. Le analisi di Fetter si sforzarono di costituire raggruppamenti di malati, individuati in base a patologie all'incirca simili e ad un analogo grado di « assorbimento » delle risorse. Esse poggiavano sull'analisi delle cartelle cliniche redatte per ogni malato dimesso e dei referti destinati alle assicurazioni. Partendo da tali analisi, Fetter giunse alla determinazione di circa 500 gruppi diversi, per la cui classificazione assumeva un ruolo determinante la durata della degenza. Successivamente egli calcolava i costi relativi a ciascun gruppo per degenza, il che presentava una duplice finalità.

In primo luogo, permetteva di paragonare i costi tra gli ospedali e di trarre un certo numero di informazioni sui servizi più efficienti; in secondo luogo, di proporre tariffe per ogni singolo gruppo, il che a sua volta permetteva alle compagnie assicurative di incentivare la concorrenza fra gli ospedali o addirittura di realizza-

re della gare di appalto per questo o quell'intervento.

Creto tenendo conto delle caratteristiche del sistema sanitario e finanziario americano, questo modello non comprende ricoveri per degenze di lunga o media durata o in reparti psichiatrici e nemmeno le prestazioni mediche. Esso presenta tuttavia l'indubbio vantaggio di affiancare un'informazione di tipo medico ad un'informazione di contabilità analitica.

È questa la via che ha scelto la Francia, realizzando un progetto, denominato Programma medico di sistema informativo (P.m.s.i.). Questo programma sperimentato dall'83 all'88 in alcuni ospedali tipo propone un procedimento in varie tappe:

— redazione per ogni malato dimesso di un riassunto standard di uscita, nel quale vengono riportati i principali dati che caratterizzano la degenza e la natura della diagnosi principale che ha portato al ricovero;

— destinazione di tale ricovero ad un gruppo omogeneo di malati (GHM oppure DRG nel contesto anglosassone) ottenuto in base ad una classificazione che tiene conto della patologia in oggetto, dell'età del paziente, delle eventuali complicazioni subentranti e della presenza o meno di un intervento chirurgico. (Si perviene così ad una classificazione molto vicina a quella di Fetter);

— raccolta di dati relativi al consumo per ricovero delle varie prestazioni ricevute (pasti, prestazioni medico-tecniche, ecc.). Si cerca per quanto possibile di registrare tali consumi effettivi, altrimenti, ci si accontenta di criteri di ripartizione convenzionali per singolo ricovero, ricorrendo a misure unitarie di attività lavorativa giudicate appropriate;

— destinazione dei costi del personale sui DRG, proporzionalmente alle giornate medie per ricovero, al fine di tenere conto del carico di lavoro indotto da ciascun gruppo di malati;

— deduzione dei consumi per DRG in termini di volume;

— calcolo dei costi per ricovero per mezzo della contabilità analitica e delle attribuzioni, imputazioni e prestazioni comuni fra i servizi;

— calcolo del costo medio per DRG.

Trattasi, come si può constatare, di un meccanismo abbastanza « grossolano » che richiama quello applicato in precedenza, in base al quale si calcolavano i costi giornalieri per ogni reparto. Si è così proceduto ad una modificazione nelle modalità di raggruppamento dei malati, sperando in tal modo di ottenere risultati più omogenei. Ma le difficoltà inerenti il meccanismo di calcolo dei costi sono rimaste, poiché sono intrinseche a questo tipo di procedura. Nonostante ciò, la Francia ha intrapreso, in modo progressivo ma uniforme per l'insieme degli ospedali, questa operazione. Ad esempio, per l'anno 1992 gli ospedali che non saranno impegnati nel processo di raccolta da parte delle RSS non potranno pretendere un parte del margine di manovra attribuito dalle DDASS al di là di quanto previsto dall'indice di rettivo.

Si prevede anche l'idea di utilizzare detto metodo per calcolare i costi delle cliniche private, il che dovrebbe risultare più semplice di quanto non sia per gli ospedali pubblici, trattandosi prevalentemente di strutture di dimensioni più contenute, con un maggior numero di casi chirurgici; dette strutture dispongono inoltre di dati più dettagliati per quanto concerne i costi.

Anche la Germania si è impegnata lungo tale via, secondo due modalità. Essa ha previsto per gli ospedali, al di là dei costi per giornata, ulteriori stanziamenti (Sonderentgelt) per alcune patologie a copertura delle spese sostenute per specifici materiali di consumo. Inoltre, ha previsto per alcune cliniche private la concessione

di un pagamento per ricovero e non più per giorni di degenza.

Il Regno Unito procede più lentamente in tale direzione, ma anch'esso, come vedremo in seguito, cerca di definire costi legati ad alcune patologie per consentire una più agevole determinazione dei budgets da ripartire.

Avviene così che nei contratti tra amministrazioni ed ospedali, che verranno discussi successivamente, si possano distinguere contratti globali, contratti costo-volume che prevedono un certo livello di attività e un costo globale per una determinata patologia, e contratti per specifici casi, in cui si determina un costo per una ben specifica patologia.

Tale meccanismo richiede considerevoli energie per poter essere realizzato e finisce con il trovare in se stesso la propria finalità. Eppure la questione del suo utilizzo rimane ferma, tanto più che l'uso che se ne vuole fare condiziona un certo numero di metodi di calcolo.

3.2. *Uso interno o esterno?*

In una tale prospettiva gli operatori temono un impiego verticistico dei propri costi. Fornendo alle amministrazioni informazioni più pertinenti e dettagliate rispetto al passato gli operatori temono di perdere parte del loro potere discrezionale per quanto attiene la spiegazione e negoziazione di detti costi. Ecco perché in Francia le autorità si sono curate di spiegare che l'obiettivo non consisteva nel voler utilizzare un tale strumento per rafforzare il controllo sugli istituti. Ma contemporaneamente molti erano quelli che pensavano il contrario, in quanto il tutto era stato concepito in un periodo in cui si mirava ad un controllo delle spese sanitarie e che il paese di origine, gli U.s.a., se ne servivano esplicitamente per determinare i prezzi di rimborso agli ospedali.

A dire il vero, il discorso è consi-

derevolmente cambiato nel corso degli anni e degli interventi, sicché entrambe le interpretazioni sono possibili. Quale potrebbe essere l'uso esterno? Consentirà di porre il problema della tariffazione: al costo medio? Oppure al costo minimo, provocando così una ristrutturazione del tessuto ospedaliero, tramite l'eliminazione dei centri meno produttivi? O al costo effettivo? Si avverte in questo caso l'importanza del contesto nazionale poiché, ad esempio, l'idea del fallimento, quindi della chiusura, di un ospedale è concepibile negli U.s.a., ma non ancora in Francia.

I costi per DRG possono anche consentire di adattare i budgets degli ospedali alle attività effettive e quindi di correggere differenze troppo evidenti nelle situazioni ereditate dal passato. Ma quale norma definire? E quale affidabilità attribuire a complessi calcoli fatti sulla base di una moltitudine di interventi che non prevedono un comune modo di procedere? Infine, come instaurare un controllo affidabile delle prestazioni degli istituti in un contesto così complesso?

In altri termini, la vera questione che rimane aperta è: supponendo che tutti i costi per DRG siano conosciuti e che si preveda per questi un uso esterno per la determinazione dei budgets o dei costi, quali azioni potrebbero essere intraprese dalle amministrazioni? Quali analisi potrebbero essere effettuate e quali conclusioni trarre? Da studi previsionali si è potuto dedurre che risulta estremamente difficile paragonare il costo di un dato DRG fra due distinti ospedali e anche nell'ambito di uno stesso, qualora si tenti un confronto intertemporale da un anno all'altro.

Infatti, l'incidenza delle procedure convenzionali di attribuzione e di imputazione è molto elevata; una modifica nei criteri di ripartizione si ripercuote sulla configurazione di costo ottenuta altrettanto intensamente quanto le stesse modifiche indotte da cam-

biamenti nelle pratiche mediche. Inoltre, il notevole numero di DRG preso in considerazione fa sì che la maggioranza dei gruppi non siano formati che da pochi individui e che siano di conseguenza molto sensibili alle specifiche caratteristiche dei singoli, registrando così cambiamenti da un anno all'altro. Questi fenomeni sono inoltre rafforzati dal fatto di voler calcolare costi complessivi che includono buona parte delle spese generali, non imputabili ai servizi di cura e rendono abbastanza difficili confronti fra diversi ospedali.

L'obiettivo è pervenire ad un impiego più flessibile delle informazioni di costo per DRG, che serva da base alla negoziazione budgetaria, facendone un uso simile a quello interno, mediante la determinazione di configurazioni di costo parziali e permettendo di assegnare a ciascun soggetto la quota parte di cui è effettivamente responsabile. Tale utilizzo consentirebbe inoltre di risalire alle vere cause all'origine delle diversità fra gli istituti e di comprendere il perché una certa attività goda di costi minori oppure veda le proprie spese aumentare più che proporzionalmente rispetto ad altri ospedali.

Si giungerebbe in tal modo ad una base di confronto per le negoziazioni fra corpo medico e amministrazioni più ricca di informazioni che nel passato. L'obiettivo è quello di introdurre nuovi rapporti fondati sulla nozione di « partnerariato contrattuale », il che permetterebbe un avvicinamento ai meccanismi di mercato.

3.2. Rapporti contrattuali fra gli operatori

Fino ad ora, i rapporti tra ospedali e DDASS in Francia sono stati focalizzati sull'allocazione delle risorse finanziarie. Si negoziava su questioni inerenti il costo per giornata di ospedalizzazione, e successivamente sul budget globale, sulle attività eccedenti

l'indice direttivo, sul margine di manovra nell'ambito del dipartimento consentito all'ospedale. Queste negoziazioni erano essenzialmente fondate, da un lato, su considerazioni di natura contabile, dall'altro, su indicatori antiquati, ricordati in precedenza. Esse erano motivo di grandi incomprensioni: l'ospedale non riusciva a convincere l'amministrazione della fondatezza delle proprie richieste quando non si vedeva attribuite risorse reputate necessarie per la sopravvivenza o per il proprio sviluppo. D'altro canto la DDASS, chiamata a confrontare un elevato numero di richieste analoghe, incontrava gravi difficoltà nel dare un ordine prioritario alle stesse e nel fare accettare ai propri interlocutori la necessità di nuove attribuzioni, ritenute indispensabili a livello dipartimentale.

Con il P.m.s.i., la DDASS potrà presumibilmente disporre di una base di dati più idonea, resa più chiara dall'intervento del personale medico, e infine più consona a creare rapporti di collaborazione fra gli ospedali alla luce dei progetti di insediamento territoriale. Questa base di dati potrà servire inoltre a favorire le relazioni fra le casse della Sécurité Sociale e gli stessi ospedali: per il momento, le casse si limitano a versare mensilmente agli ospedali la dotazione finanziaria approvata dalle DDASS. Queste ultime hanno tuttavia il potere di redigere un rapporto sui singoli progetti di budget e, benché tale facoltà venga effettivamente utilizzata, essa ha avuto solo raramente delle implicazioni sugli ospedali.

Al contrario, in Germania l'ospedale negozia il proprio budget con l'ente erogatore. L'insieme delle casse della sicurezza sociale, che indirizzano i malati all'ospedale (le casse sono locali in Germania), scelgono un rappresentante, generalmente il maggiore portatore di interessi, che condurrà a termine per conto di tutte le negoziazioni con l'ospedale. Si tratta

di approvare tanto il prezzo per giornata di ospedalizzazione, quanto il volume previsto di attività. Queste negoziazioni si svolgono sulla base di documenti standard e durano per lo più mezza giornata. Nei rari casi in cui l'accordo non venga definito, la divergenza viene portata dinanzi ad un tribunale di esperti (« giudici sociali ») aventi in merito potere decisionale. Durante tale intervallo temporale continua a valere il prezzo determinato in precedenza. La negoziazione viene condotta anche sulla base di analisi statistiche, che permettono di effettuare un confronto fra l'ospedale ed un gruppo di ospedali giudicati simili (per dimensioni e composizione di reparti).

Il Regno Unito è il paese che sembra aver maggiormente sviluppato l'idea del « partnerariato contrattuale ». La recente riforma del NHS ha difatti avuto come effetto di scindere il controllo da parte delle autorità amministrative locali (controllo a livello distrettuale) dall'ospedale. Mentre prima ogni distretto riceveva un budget che gli consentiva di far funzionare i propri ospedali, ora esso riceve un finanziamento in proporzione alla popolazione servita (volume e caratteristiche socio-economiche della domanda), con l'incarico di stipulare contratti con gli istituti ospedalieri del proprio o di altri distretti, in funzione della qualità dei servizi sanitari e dei costi che gli vengono proposti. L'idea è che gli ospedali dovranno ora mettersi sul mercato e attirare la clientela del proprio distretto o di quelli vicini. Da ciò si attende una migliore qualità dei servizi prestati.

Di fatto, i responsabili dell'ospedale e dei distretti si riuniscono e fissano annualmente le modalità del contratto. Si potranno così avere contratti globali: il distretto concede all'ospedale un certo finanziamento per il trattamento complessivo dei malati; o contratti costo-volume: il distretto indica una ripartizione dei malati per

patologia e il volume di attività che ciascuna di esse comporta; infine, contratti per casi specifici: il distretto e l'ospedale stabiliscono una tariffa differenziata per ogni categoria di malati e la fatturazione avviene in maniera proporzionale al volume. In realtà le tre modalità possono essere concomitanti: il primo tipo di contratto si applica per esempio al pronto soccorso, il secondo alle patologie ricorrenti ed il terzo alle procedure più rare o più costose (protesi, trapianti, ecc.). Questi contratti non vertono soltanto su costi e volumi, ma anche su criteri di qualità, come ad esempio sui tempi medi di attesa o sul tasso di « riospedalizzazione » (percentuale di rinnovato ricovero).

L'NHS intende inoltre pervenire, anche se in modo ancora marginale, ad una maggiore autonomia degli istituti ospedalieri rispetto alle amministrazioni distrettuali. Alla luce di questo obiettivo, ad alcuni ospedali è stato applicato lo statuto di Trust, che conferisce loro il diritto di procedere direttamente alle assunzioni o di attuare una propria politica salariale. Ne risulta, in alcuni casi, una dinamica di mercato sia nei rapporti tra distretti e ospedali, sia all'interno degli ospedali, ove il concetto « cliente-fornitore » si estende alle relazioni tra reparti clinici, che dispongono di propri budgets per gli accertamenti sui pazienti, e servizi medico-tecnici (radiologia, laboratori, ecc.), che devono dimostrare il loro apporto in termini di diagnosi e terapia. Una nuova logica si sta così progressivamente instaurando.

Ci si avvia verso meccanismi che lasciano maggior spazio ai rapporti contrattuali e alla valutazione dell'attività e dei servizi resi di quanto non accadesse in passato. Forme di controllo o tutela sono comunque presenti. Quali conseguenze potrà presentare un tale sistema?

3.4. Quali incentivi, quali margini di

manovra, quali strategie?

È evidente che tutti questi meccanismi mirano a meglio circoscrivere i costi del sistema ospedaliero ed in particolare a collegare questi costi al livello delle attività. Si prevede, dunque, una duplice linea di interventi negli attuali progetti: da un lato, il miglioramento delle procedure contabili per giungere ad una contabilità analitica affidabile e realistica, dall'altro, la ricerca di indicatori appropriati dell'output ospedaliero, sostituendo ai vecchi indicatori « amministrativi » informazioni a carattere più strettamente medico.

Ma supponendo che questi tentativi giungano in porto, come impiegare i risultati? Si può immaginare in Europa il fallimento e la conseguente chiusura di un ospedale? Gli interessi locali non sono di natura tale da impedire la radicale applicazione dei meccanismi di mercato?

Il Regno Unito, che si è notevolmente spinto in questa direzione, prevedendo nuovi rapporti « distretto-ospedale », mostra che il primo effetto di questa riforma ha condotto ad un notevole accrescimento del personale amministrativo ad ogni livello: nei reparti, al fine di aiutare i medici a gestire le informazioni che sono loro richieste; nelle amministrazioni ospedaliere, per l'elaborazione e la realizzazione di strategie e per i contratti con gli acquirenti; infine, nei distretti, per il trattamento dei problemi inerenti la qualità dei servizi. Non è affatto escluso che tutto ciò porti ad un aumento massiccio delle risorse concesse al NHS, poiché gli ospedali tentano di responsabilizzare i distretti e di dimostrare che la qualità richiede necessariamente un aumento massiccio della propria attività e delle risorse necessarie.

In un secondo momento, la riforma dovrebbe prevedere l'aumento del numero degli istituti ospedalieri autonomi (Trust Hospitals) e contem-

poraneamente ottenere per quelli rimasti ancora sotto il controllo delle amministrazioni una maggiore indipendenza.

In Germania e in Francia la situazione è diversa, poiché continua ad esistere una forma di controllo amministrativo (DDASS in Francia, e Casse dell'assistenza e previdenza sociale in Germania). Tuttavia la definizione e l'approvazione dei budgets avvengono sulla base di parametri che non potranno essere applicati ancora a lungo. In tali paesi si ricercano, di conseguenza, indicatori a maggior contenuto medico-specialistico, il che potrebbe, peraltro, condurre a continue controversie. Si è quasi tentati di pensare che, di fatto, le amministrazioni facciano un discorso di circostanza, mascherando così in realtà la loro incapacità di analizzare e giudicare le prestazioni degli ospedali di cui sono responsabili. Ma il rafforzamento delle basi informative tramite il ricorso al P.m.s.i., per la Francia, o ad informazioni-costo, per la Germania, non finirà col provocare difficoltà anziché semplificare le scelte? Le amministrazioni lo hanno intuito ed è probabilmente per questo che esse conservano meccanismi piuttosto grossolani di regolamentazione: negoziazione del costo giornaliero di ospedalizzazione comune per tutti i reparti dell'ospedale in Germania; costituzione di gruppi-campione per confronti fra diversi istituti ospedalieri a prescindere dalle specializzazioni mediche degli stessi, in Germania ed in Belgio; incentivi finanziari nel rispetto di alcuni obiettivi nazionali in Francia.

Rimane il fatto che dovunque, in un contesto di crescente specializzazione degli ospedali per specialità medica, gli istituti si pongono in termini di complementarietà, talvolta di concorrenza, in cui ciascuno mira ad allargare il proprio raggio di azione richiamando pazienti da ospedali di maggiori dimensioni o assorbendo parte degli utenti di quelli minori. Sco-

po delle amministrazioni è di cercare di utilizzare queste logiche locali di sviluppo per convergere verso un sistema globalmente più efficace.

Ora, l'utilizzo parallelo delle due logiche, medica ed economica, non avviene senza difficoltà, come recenti casi dimostrano, e il ricorso ai meccanismi di mercato porta con sé rischi di distorsioni a discapito della sicurezza sociale. Quale equilibrio trovare?

Conclusioni

Fra un settore sanitario totalmente pianificato e il libero mercato, qual'è l'equilibrio possibile? È il quesito che tutte le amministrazioni interessate si pongono.

Il ricorso esclusivo ai meccanismi di mercato è raramente realizzabile. Persino gli U.s.a. hanno dovuto realizzare programmi governativi di assistenza agli anziani o agli indigenti di cui recentemente si è annunciato un rafforzamento. La sanità non è un mercato come gli altri e le società odierne non accettano di buon grado eccessive sperequazioni nell'accesso alle cure mediche. Per contro, la pianificazione totale è stata sperimentata nel Regno Unito (e in Italia), ma è tuttora contestata da un Governo che rimprovera al suo sistema sanitario (NHS) di essere al contempo costoso e poco efficace.

La pianificazione parziale, che prevale in Francia, Belgio e Germania, tenta di trovare una forma di compromesso fra i due estremi, prevedendo gli ammontari di spesa dei diversi attori del sistema sanitario, e di esercitare così su di essi un qualche controllo. Ma i loro strumenti, piano sanitario per la determinazione dei bisogni e controllo dei finanziamenti per la gestione delle spese, risultano insufficienti per la realizzazione dei suddetti obiettivi.

Le amministrazioni si rivolgono,

quindi, alla ricerca di indicatori più idonei e affidabili in considerazione della natura dell'attività medica. La Francia (ed il Portogallo) è attualmente orientata alla ricerca di configurazioni medie di costo per GHM (DRG), che implica il ricorso a meccanismi estremamente complessi. Cosa ne conseguirà?

Il rischio è di ricreare in forme nuove un certo numero di effetti « perversi » già riscontrati nei precedenti sistemi (i procedimenti di contabilità analitica, passibili di molteplici manipolazioni, hanno sempre una componente arbitraria), come *l'aumento della massa di informazioni disponibili*, senza essere poi peraltro in grado di effettuare alcuna disaggregazione nell'ambito della stessa, e soprattutto *un ulteriore sviluppo della burocratizzazione*.

Esiste peraltro la possibilità di favorire, grazie a informazioni sempre più appropriate e a una maggiore conoscenza in materia, più agevoli flussi di comunicazione fra gli attori del sistema sanitario.

Rimane il fatto che, pur partendo da differenti obiettivi (qualità ed efficacia dell'assistenza sanitaria nel Regno Unito; controllo delle spese sanitarie in Francia e in Belgio; miglioramento delle contrattazioni fra soggetti finanziatori e beneficiari in Germania) si perviene, il che potrebbe apparire paradossale, a una medesima conclusione, che rinvia alle peculiarità del mercato sanitario: l'incapacità di determinare una chiara misura dell'output.

BIBLIOGRAFIA

J.M. BOIGNE, J.C. MOISDON, D. TONNEAU, (1986/87), *Gérer ou comprendre? Perplexités à propos d'une intervention en milieu hospitalier*, in « Annales des Mines, Gérer et comprendre », nn. 5 e 6, dicembre 1986 e marzo 1987.
F. BREYER, D. PAFFRATH, W. PREUSS, R. SCHMIDT, (1987), *Die*

Krankenhauskostenfunktion, AOK-Verlag GmbH.
F. ENGELS, J.C. MOIDSON, D. TONNEAU, (1990), *Contrainte affichée ou contrainte réelle? Analyse de la régulation du système hospitalier public français*, Sciences sociales et Santé, vol. VII, n. 2, giugno 1990.
F. ENGEL, J.C. MOIDSON, M. NAKHLA, Groupe IMAGE, (1989), *Des couts par GHM: pourquoi faire?*, Pub. Ecole Nationale de la Santé Publique.
F. FERLIER, L. CAIRNCROSS, A. PETTIGREW, (1991), *Introducing market-type Mechanisms in Healthcare: the Case of the British National Health Service*, Pub. University of Warwick.
D. FIXARI, J.C. MOIDSON, F. PALLEZ, (1991), *Gestion de la modernité publique, aspects managériaux des mécanismes de type marché*, Rapport Ocede.
H. GLENNESTER, (1991), *Market-type Mechanisms: the UK*, Rapport Ocede.
H. GLENNESTER, OWENS, M. MATSAGANIS, (1991), *A preliminary Report on the Instruction of GP Fundholding*, Pub. London School of Economics.
A. HATCHUEL, J.C. MOIDSON, H. MOLET, (1988), *Budget global et couts par type de malades*, in « La regulation des Systèmes de santé en France et en Allemagne », Edizioni Maison des Sciences de l'Homme.
M. MOUGEOT, (1986), *Le système de santé*, Ed. Economica.
G. NEUBAUER, G. SIEBEN, (1991), *Alternative Entgeltverfahren in der Krankenhausversorgung*, Bleicher Verlag.
A. PETTIGREW, L. Mc LEE, E. FERLIER, (1988), *Understanding Change in the NHS*, Public Administration, vol. 66, p. 297-317.
D. POLTON, D. TONNEAU, (1992), *L'Hopital en Europe*, in « La santé en Europe, la documentation Française à paraître ».
W. POWELL, (1987), *Hybrid organisational Arrangements: New Forms on Transitional Development?* in « California Management Review ».
O. WILLIAMSON, (1988), *Markets and Hierarchies*, The Free Press.

Sanità e impresa

Sezione 5^a

OLTRE LA DIALISI: NASCITA E SVILUPPO DELL'HOMECARE IN GRAN BRETAGNA

di Sarah Watkins

Unicare Medical Services

Sebbene negli U.s.a. si siano manifestate molte diverse spinte a favore della diffusione dell'assistenza domiciliare, la situazione europea è stata ed è tuttora molto diversa. Negli U.s.a. l'avvento dei D.R.G. ha obbligato gli erogatori di servizi sanitari a privilegiare i trattamenti meno costosi per evitare perdite economiche. E il cambiamento ebbe luogo in un clima di totale accettazione del profitto come fondamentale forza motivante anche nella sanità.

Così, benché il mercato dell'homecare abbia raggiunto negli U.s.a. una dimensione di molti miliardi di dollari con una crescita di oltre 10% all'anno, servito da diverse centinaia di compagnie, con una continua espansione della gamma di terapie offerte, in Europa il settore sta emergendo solo ora.

È importante riconoscere che la terminologia non è sempre « compatibile ». Negli U.s.a. il termine homecare si riferisce invariabilmente all'offerta di servizi sanitari ai pazienti presso il proprio domicilio. In Europa, invece, ha spesso un significato più ampio, fino a includere qualsiasi trattamento per il quale il paziente non sia relegato in ospedale.

Così, se un paziente sottoposto a chemioterapia deve recarsi all'ambulatorio medico per l'infusione, gli americani parlerebbero di terapia in « luogo alternativo » e perciò la differenzierebbero dall'homecare, mentre in Europa si tenderebbe a farlo risultare in quest'ultima categoria.

La differenza importante, per quello che concerne il mondo commerciale, è che non appena vi sia l'esigenza di fornire attrezzature e materiali di consumo al paziente a domicilio, si rivela una possibilità di produrre reddito con la fornitura di questo servizio.

È questa opportunità di reddito che ha « spinto » il mercato americano e, fino ad oggi, appare largamente assente dalla scena europea. I trattamenti definiti come servizi di homecare sono quelli che erano inizialmente praticati in ospedale e che sono abbastanza complessi da richiedere la presenza di personale specializzato. In questo modo, l'homecare si differenzia da quella che viene definita self-care, che include un'estesa gamma di semplici procedure diagnostiche terapeutiche e di monitoraggio, che possono essere interamente eseguite dai pazienti senza nessuna assistenza.

Sebbene la maggior parte dei costi, che si possono risparmiare sostituendo l'ospedalizzazione con l'assistenza domiciliare derivino dall'eliminazione dei costi alberghieri, cioè del letto, della biancheria, del cibo e del personale che ne provvede la fornitura, i dati disponibili non sono sufficienti per giustificare l'affermazione che l'assistenza domiciliare porti a un risparmio economico netto. È chiaro che, come dimostrato dall'esperienza americana, i costi diretti di acquisto dell'assistenza domiciliare da un fornitore commerciale sono inferiori ai corrispondenti costi ospedalieri. Ma i costi indiretti sono difficili da quantificare. Una volta che il paziente ha lasciato l'ospedale e viene preso in carico dai servizi di assistenza territoriale, l'amministrazione tende a diventare frammentaria, quindi il calcolo dei costi diviene difficile.

In Inghilterra, come nel resto d'Europa, l'idea dell'assistenza domiciliare inizia solo ora ad essere accettata. Molte persone associano il termine « homecare » all'imbiancatura della casa e alla pulitura dei tappeti piuttosto che alla medicina. Negli anni più recenti è notevolmente aumen-

tato l'interesse sull'argomento, con dibattiti e discussioni che hanno portato alla ribalta l'assistenza domiciliare. Le ragioni per cui sono stati introdotti programmi di homecare nel Regno Unito non sono sempre chiare e variano da caso a caso. Comunque, la spinta principale che ha consentito di mettere in pratica l'homecare è il desiderio di elevare la qualità della vita dei pazienti, innanzitutto liberandoli dalla necessità di rimanere in ospedale. I programmi esistenti sono stati avviati da operatori sanitari che hanno visto la possibilità di migliorare la sorte dei propri pazienti, agendo individualmente e spesso in contrapposizione con i conservatori che continuano a vedere l'ospedale come l'unico luogo per malati cronici. C'è stato poco coordinamento tra i vari programmi e c'è stata una quasi totale assenza di mezzi per la comunicazione tra gli operatori coinvolti.

L'unica attività di homecare di alto profilo nel Regno Unito è rappresentata dal programma « ospedale a casa » attuato a Peterburgh, che prende spunto dalle idee sviluppate in Francia, a Bayonne, in uno dei primi sistemi di « ospedalizzazione a domicilio ». Il programma riguarda quasi esclusivamente attività di nursing e non attività di assistenza domiciliare ad alta intensità tecnologica.

I programmi di dialisi e terapia infusiva attualmente esistenti sono attuati in genere su piccola scala e risultano poco visibili.

Sebbene l'offerta di dialisi nel Regno Unito sia sotto il livello preoccupante dei paesi vicini, l'attività di dialisi peritoneale, e in generale la dialisi a domicilio, è al di sopra della media europea.

Si stima che attualmente nel Regno Unito ci siano circa:

— 1.100 pazienti emodializzati a domicilio;

— 3.800 pazienti cronici in dialisi peritoneale ambulatoriale;

— 2.500 pazienti in terapia infusiva domiciliare;

— 2.200 pazienti in nutrizione enterale domiciliare.

E si stima che entro il 1997, sebbene l'emodialisi scomparirà come terapia domiciliare e nell'area a lenta crescita della dialisi peritoneale ambulatoriale, i pazienti saliranno a 4.000, è probabile che vi sia una crescita sostanziale nei settori della terapia infusiva e della nutrizione enterale domiciliare, rispettivamente con 8.000 e 3.200 pazienti.

Lo sviluppo di questa offerta di assistenza domiciliare è in gran parte un risultato dell'attività commerciale dell'Unicare, la consociata britannica della Baxter.

La Unicare ha iniziato ad operare con una pionieristica attività di dialisi a domicilio, adesso fornisce una crescente gamma di servizi di terapia infusiva domiciliare. Sta conducendo un programma di promozione in tutto il Regno Unito per aumentare la visibilità dei benefici dell'homecare tra gli operatori sanitari e i managers e ci si aspetta che questo programma dia un impulso significativo allo sviluppo dell'assistenza domiciliare nei prossimi 2 anni.

Nel 1971, ad alcuni malati renali cronici fu offerta l'opportunità di praticare la terapia dialitica nel comfort della propria casa, anziché in ospedale. Un'idea che permetteva di offrire ad alcuni pazienti un grande miglioramento nella qualità della vita.

I clinici ospedalieri, naturalmente continuavano a fare controlli e il sistema funzionava bene.

Ma la fornitura a casa dei pazienti di tutta l'attrezzatura, le medicine e i materiali, che un paziente ospedaliero dà per scontata, ha creato nuovi problemi logistici con cui i managers hanno dovuto confrontarsi.

Quindi all'inizio nel 1973, la Unicare Medical Service avviò il primo servizio di supporto domiciliare per pazienti cronici nel Regno Unito di-

tribuendo attrezzature e farmaci presso le loro abitazioni, secondo le indicazioni dei rispettivi medici. Nel 1984 la Unicare fu acquistata dalla Baxter e diventò una consociata della multinazionale.

Il business era incentrato sul trattamento a domicilio dei pazienti in dialisi renale e la società si è sviluppata tenendo in considerazione le esigenze di questi pazienti.

Come funziona il servizio

È solo in anni più recenti che le terapie « in luogo alternativo » hanno iniziato a svilupparsi. Come si ottiene la transizione dal curare il paziente in ospedale al curarlo in casa?

Una volta che il paziente in dialisi viene giudicato idoneo alla dialisi domiciliare, l'ospedale contatta la Unicare e dice loro che tipo di dialisi deve essere usata e di quali prodotti e attrezzature il paziente necessita, ci si accorda con l'ospedale sul giorno e l'ora della consegna e l'ospedale lo comunica al paziente.

La consegna viene fatta da un operatore specializzato che dà al paziente tutte le informazioni, gli spiega come funziona il servizio, e cerca di rispondere alle domande che il paziente può fare. Da quel momento in poi, con preavviso, il paziente riceve telefonate regolarmente per rilevare la quantità rimasta di accessori e liquido per la dialisi. Con queste informazioni elementari si valuta la necessità di nuove forniture. Un computer produce automaticamente tutta la documentazione necessaria, inclusa una lista dettagliata per il magazzino e i dati completi per l'amministrazione ospedaliera. L'ordinativo di ciascun paziente viene messo in una confezione individuale il cui contenuto è ricontrollato da uno staff farmaceutico qualificato. Viene poi consegnato direttamente a casa del

paziente, in modo da assicurare una buona conservazione.

I pazienti in dialisi peritoneale sono riforniti ogni 4 settimane, gli emodializzati ogni 8 settimane.

Questo piano di riferimento programmato è integrato da un servizio di emergenza che funziona 24 ore su 24, sia per i pazienti a domicilio che per le unità ospedaliere.

La Unicare, durante gli ultimi 19 anni, ha accumulato conoscenze ed esperienza nell'assistere i pazienti che ricevono cure mediche a domicilio.

La società si è sviluppata notevolmente dalla iniziale fornitura a un numero ridotto di pazienti in dialisi presso la propria abitazione, fino all'attuale posizione, che prevede servizi di gestione delle scorte e consegne a domicilio per più di 5.000 pazienti.

Attraverso gli anni, la Unicare ha identificato e sviluppato diversi aspetti dell'attività che sono considerati essenziali per gestire con successo un servizio di homecare:

- sviluppare e mantenere un rapporto tra il paziente e gli operatori della società, per esempio l'autista delle consegne e gli impiegati addetti agli ordini;

- sviluppare sistemi e procedure gestionali specifiche, che tengano conto delle esigenze peculiari di un servizio di consegna a domicilio;

- mantenere in funzione delle centrali operative per provvedere al continuo controllo sull'intero svolgimento del servizio, dal ricevimento del prodotto alla consegna al paziente;

- impiegare persone specializzate, che conoscano i metodi di trattamento;

- avere una politica commerciale che evidenzii il proprio ruolo di fornitore di servizi, non venditore di una gamma di prodotti. Questo dà ai fornitori tutte le garanzie per offrire all'Unicare i propri prodotti allo stesso prezzo pattuito con il Servizio sanitario nazionale.

Tuttavia, ci sono aree dove è difficile mantenere il controllo e dove è stato necessario sviluppare soluzioni e sistemi per superare particolari problemi:

- controllare accuratamente il contenuto di ogni consegna, compilando ordini individuali per venire incontro alle esigenze di tutti i singoli pazienti e assicurando la precisione più assoluta nella composizione delle confezioni;

- produrre informazioni rilevanti (è facile disporre di una grande quantità di dati, ma di poche informazioni utilizzabili);

- garantire agli ospedali che le loro indicazioni per l'uso dei prodotti siano state correttamente seguite, attraverso il controllo effettuato sul consumo delle scorte;

- essere in grado di trasferire i pazienti dell'ospedale al sistema Unicare senza inconvenienti per il paziente e per lo staff ospedaliero.

Unicare ha costruito gli aspetti vincenti del servizio, identificando ed eliminando i lati deboli, cercando di sviluppare un sistema che renda capace l'ospedale di controllare il servizio a casa del paziente.

Il risultato di questo sviluppo è la creazione dello Unicare Home Pharmacy Service. Il cuore del servizio è un sofisticato sistema computerizzato. Sono stati sviluppati molti programmi appositamente per questo sistema; il computer sul quale opera immagazzina tutte le informazioni sotto forma di data base al quale si può accedere con diverse modalità. Il risultato è un sistema integrato per la gestione del paziente che può essere adattato su misura per venire incontro alle specifiche esigenze, presenti e future, di ogni utente.

Il servizio di « farmacia a domicilio » permette uno stretto controllo in tre aree fondamentali:

- utilizzo dei prodotti da parte dei singoli pazienti;

- compilazione degli ordini da

parte degli stessi pazienti;

- diffusione delle informazioni per la gestione dei servizi domiciliari da parte del personale ospedaliero.

Attualmente oltre 200 divisioni ospedaliere collaborano con la Unicare nell'attuazione di programmi di assistenza domiciliare a partire dal trattamento dei pazienti in terapia infusiva e fino alla gestione delle 5 unità nefrologiche progettate, costruite, attrezzate dalla Unicare.

Ogni programma di homecare ha caratteristiche peculiari per tipo di pazienti trattati, terapie impiegate, attrezzature, personale e addestramento necessario. Tuttavia non cambia la filosofia di fondo della Unicare: fornire un servizio a casa del paziente, in modo efficiente, cortese, sicuro, e con la minore invadenza possibile nella vita dello stesso paziente.

Il quartier generale della Unicare si trova ad Harlow, nella più grande farmacia del paese: con oltre 4.000 prodotti di 200 diverse aziende. Ha anche uffici regionali nel nord-est del paese e in Scozia che le consentono di offrire un servizio locale.

La dialisi

L'attività principale della Unicare è sempre stata la dialisi renale, emodialisi e dialisi peritoneale ambulatoriale. Nel 1984 la dialisi costituiva il 99% dell'attività dell'azienda, lo scorso anno la percentuale si approssimava all'85%. La quota di pazienti che fanno ricorso alla dialisi peritoneale è intorno al 73% di tutti i malati renali. Quest'ultima sembra essere il metodo di dialisi preferito dalla maggioranza dei pazienti per diverse ragioni:

- l'attrezzatura è semplice e il paziente non ha bisogno di imparare a usare macchinari complessi;

- 2 o 3 settimane di addestramento sono sufficienti a chiunque

per far funzionare tecnicamente il sistema; al contrario, potrebbero essere necessari anche diversi mesi per gestire il sistema di auto-emo-dialisi;

— non essendoci alcuna macchina da utilizzare non si crea un rapporto di dipendenza del paziente dal partner convivente, questo alleggerisce notevolmente il carico sulla famiglia;

— i pazienti in dialisi peritoneale devono mangiare adeguatamente; la quantità di liquidi richiesta può essere superiore a quella di una persona normale, questo è sicuramente più gradito al paziente rispetto alle restrizioni imposte ai pazienti in emodialisi;

— con la dialisi peritoneale si può ottenere un più sensibile miglioramento dell'anemia causata dallo scompenso renale rispetto all'emo-dialisi; il paziente ha più energia e più resistenza all'esercizio fisico;

— la dialisi peritoneale è più economica per il sistema sanitario perché non richiede l'acquisto di costosi macchinari.

Dopo che la Unicare è stata fondata nel 1973, quando tutti i pazienti domiciliari erano pazienti in dialisi, il progetto tecnologico ha reso possibile l'attuazione di molte altre terapie a domicilio. L'infusione endovenosa di antibiotici per la fibrosi cistica, la chemioterapia, i supporti nutrizionali, la somministrazione di immunoglobuline, le terapie antidolorifiche palliative, e servizi particolari per i sieropositivi e i malati di Aids, sono tutti servizi in grado di offrire la possibilità di continuare a vivere nella società a decine di migliaia di pazienti.

Attualmente i dializzati sono solo una parte di un più ampio gruppo di oltre 5.000 pazienti che si affidano alla Unicare per le indispensabili forniture di farmaci e apparecchiature.

Le terapie infusive

Le previsioni di sviluppo futuro per il mercato delle terapie in « luogo alternativo » (ad esempio terapie infusive) indicano che la Unicare può attendersi un significativo incremento delle vendite in quell'area. Uno dei settori che sembrano crescere in modo particolarmente rapido è quello dei pazienti sieropositivi e con Aids.

Attualmente questi pazienti sono trattati con terapie farmacologiche somministrate da un dispositivo messo a punto dalla Baxter Healthcare U.s.a. (Intermate). Come si arriva all'impiego di Intermate? Una volta che si è deciso quali pazienti usufruiranno del servizio domiciliare, il loro medico di base viene contattato dal medico dell'ospedale o dall'infermiera e informato sulle modalità del funzionamento del servizio, sulle prescrizioni necessarie e sul dispositivo Intermate.

Per fornire i farmaci al paziente basta che l'ospedale contatti il suo medico di base e comunichi alla Unicare le esigenze dello stesso paziente. Il medico di base invia alla Unicare una prescrizione su modulo FP10. Il paziente è informato dalla stessa Unicare per via telefonica sulla data di consegna di farmaci, che è stata precedentemente concordata con l'ospedale.

Con la prima consegna il paziente riceve un frigorifero portatile per la conservazione dei farmaci durante tutto il tempo di erogazione del servizio.

Il dispositivo Intermate può essere utilizzato con diversi tipi di farmaci (cefalosporine, penicillina, aminoglicosidi). La Intermate, infatti è anche utilizzata da pazienti con fibrosi cistica che necessitano di una infusione endovenosa regolare.

Un dispositivo simile, chiamato Infusor, che funziona secondo lo stesso principio di Intermate, ma che ha diversa misura, forma, velocità

di infusione, è utilizzato dai pazienti che necessitano di chemioterapia o terapie antidolorifiche palliative.

Attualmente circa 200 pazienti utilizzano uno dei due dispositivi e questo numero sembra destinato a crescere nei prossimi anni. In generale, il trend di crescita della homecare sembra promettente, anche perché sempre più numerosi sono i medici, gli infermieri e i managers sono in grado di comprenderne i benefici. E sono sicuramente molti i benefici dell'assistenza domiciliare, sia per il paziente che per il sistema sanitario. Ci sono prove evidenti di come il paziente spesso risponda meglio al trattamento in un ambiente familiare e sia in grado di ristabilirsi più in fretta che non in ospedale. Quando viene data una possibilità di scelta, la maggioranza dei pazienti preferisce essere curata a casa circondata da familiari e amici.

I rapporti con il N.H.S.

Per permettere il funzionamento dei servizi di homecare, la Unicare collabora con il Servizio sanitario nazionale (N.H.S.). Quest'ultimo, comunque, si trova ad affrontare non poche difficoltà nella gestione. Se da un lato, infatti, il trattamento domiciliare permette agli ospedali di ottimizzare l'impiego delle proprie risorse scarse, d'altro lato è essenziale mantenere uno stretto controllo per assicurare che il trattamento sia effettuato in modo efficiente sia dal punto di vista medico che da quello finanziario. Per il personale ospedaliero incaricato di seguire i programmi di assistenza domiciliare ci sono diversi fattori che rendono complessa la gestione del trattamento. Non solo il numero crescente dei pazienti, ma anche:

— le metodiche impiegate, specialmente per l'emo-dialisi richiedono un'ampia gamma di materiali di con-

sumo alcuni dei quali molto costosi;

— la maggior parte dei trattamenti richiede l'uso di farmaci vendibili solo dietro prescrizione medica;

— il trattamento viene effettuato dagli stessi pazienti senza la supervisione diretta del personale del Servizio sanitario nazionale;

— alcuni trattamenti sono relativamente complessi.

Il problema per l'ospedale è che mentre risulta agevole trasferire al paziente la responsabilità di attuare il trattamento, l'ospedale deve mantenere la responsabilità della gestione più generale e deve assicurarsi che il paziente mantenga tutto sotto controllo. Questo si ottiene con un adeguato addestramento del paziente che l'ospedale assicura attraverso l'intervento di Unicare.

È molto difficile per il personale ospedaliero controllare l'utilizzo dei prodotti da parte dei pazienti in dialisi: sono impiegati molti prodotti diversi, i pazienti che afferiscono a una stessa unità nefrologica utilizzano diversi tipi di trattamento, i pazienti stessi misurano le scorte di prodotti che rimangono a loro disposizione.

Per un'azienda che rifornisce diverse unità nefrologiche la fornitura risulta estremamente complessa perché ogni unità ha le proprie politiche di impiego dei prodotti. Ogni unità deve assicurarsi che il prodotto somministrato ai propri pazienti sia valutato secondo i propri criteri e non secondo gli standard di un'altra unità o di un'altra azienda. Questo è garantito dal Home Pharmacy Service. Le modalità di trattamento di ogni paziente, la lista di prodotti autorizzati e i limiti di tolleranza per ciascun prodotto, sono registrati nel sistema in un data base completo. Le stesse informazioni possono essere stampate e fornite al personale ospedaliero per l'approvazione. Nel corso del controllo telefonico delle scorte presso il paziente, i dati sono immessi direttamente nel sistema, che

esegue automaticamente alcune operazioni:

— calcolo del consumo di prodotti rispetto all'ultima consegna;

— verifica del consumo rispetto alle modalità di trattamento adottate e ai limiti di tolleranza per il paziente;

— evidenziazione di un eventuale consumo anomalo;

— stampa di un ordine dettagliato per la consegna al paziente, una volta che siano risolte tutte le anomalie.

L'automazione di questo processo di controllo delle scorte elimina la possibilità di errore umano nei diversi calcoli richiesti e assicura che le indicazioni degli ospedali siano costantemente e accuratamente applicate.

Il valore dei prodotti impiegati da questi pazienti indica come lo spreco di una pur piccola porzione possa determinare un costo di migliaia di sterline all'anno per un'unità nefrologica. Le unità che ricorrono all'Home Pharmacy Service hanno il controllo sull'impiego dei prodotti e riducono le possibilità di spreco.

Il miglioramento della condizione clinica del paziente è seguito attraverso visite ambulatoriali, domiciliari e analisi cliniche. Comunque, anche questo tipo di informazioni viene gestito attraverso il servizio Unicare per mezzo di:

— Unilinks, che fornisce un collegamento tra i computers dell'unità nefrologica e i data base dell'Unicare. Permette al personale di valutare direttamente le modalità di trattamento e d'impiego dei prodotti. Si tratta di un sistema interattivo che permette l'aggiunta di dati e il loro aggiornamento; ma non tutte le unità nefrologiche ne dispongono;

— reports sulla gestione del paziente. Tramite un accesso al data base si possono fornire reports dettagliati in base alle specifiche dell'ospedale, che includono informazioni

sulla compliance, confronto dell'impiego attuale dei prodotti rispetto agli standards, costi individuali.

L'aspetto economico assume importanza particolare, specie in un sistema sanitario come quello attuale, consapevole della scarsità delle risorse. Il costo della maggior parte dei trattamenti domiciliari è elevato, tuttavia il Servizio sanitario nazionale trae benefici dall'homecare in termini di risparmio di costi « alberghieri ». Ugualmente, nei trattamenti che impiegano attrezzature come l'Intermate o l'Infusor, il sistema sanitario pubblico può eliminare costi di capitale o di leasing, costi di manutenzione, costi di personale e addestramento, oltre a ridurre i costi a diretto carico del paziente.

Ci sono, dunque, molti benefici per il sistema sanitario e per il paziente, ma quali sono i benefici per la Unicare? Come si finanzia l'azienda?

Ci sono due modalità attraverso cui la Unicare viene ripagata dal servizio offerto, la prima riguarda i prodotti dispensati con il modulo FP10, la seconda i prodotti forniti per conto dell'ospedale, quindi pagati da quest'ultimo.

Le prescrizioni su modulo FP10 sono formulate dal medico di base. Attualmente il 35-40% dei pazienti in dialisi peritoneale ambulatoriale e tutti i pazienti sottoposti a una terapia in « luogo alternativo » ottengono farmaci e attrezzature con una prescrizione di questo tipo. La Unicare è rimborsata attraverso la Pharmacy Pricing Authority per il prezzo del farmaco, per un servizio di farmacia (5%) e per una tariffa di distribuzione.

Normalmente spetta al medico di base prendere in carico il paziente quando lascia l'ospedale, di conseguenza ogni trattamento di cui il paziente necessita a domicilio dovrebbe essere prescritto dallo stesso medico di base.

Nella maggior parte dei casi questo sistema non crea particolari problemi, tuttavia alcuni medici di base si dimostrano riluttanti a prescrivere certe terapie domiciliari per il loro elevato costo. Nel nuovo sistema sanitario britannico, che prevede un budget farmaceutico per ogni medico di base, il costo delle terapie diventa un elemento determinante nell'assunzione delle decisioni.

Comunque, se il medico comunica il ricorso a terapie domiciliari alla propria Family Health Services Authority, il budget può essere adattato per consentire la spesa aggiuntiva. In questo modo si possono rimuovere tutte le remore che i medici possono avere temendo problemi fi-

nanziari.

Per quanto riguarda gli ordini degli ospedali, la Unicare viene pagata direttamente dall'ospedale per il costo dei farmaci e delle attrezzature fornite maggiorato di una quota per il servizio di consegna. Comunque non viene pagata alcuna imposta sul valore aggiunto sui prodotti per l'assistenza domiciliare, diversamente da quanto accade per gli altri prodotti forniti all'ospedale.

Il futuro della Unicare e in generale dell'assistenza domiciliare, sembra quanto mai roseo. Le terapie che sono ormai comuni negli Stati Uniti saranno presto attuabili anche in Gran Bretagna. Esiste già una serie di procedure infusive, diagnostiche

e terapeutiche pronte per essere praticate a domicilio.

Tuttavia, ci sono medici che ancora vedono l'homecare come un mercato molto limitato e rimangono scettici all'idea di pazienti trattati presso la propria abitazione, con un cambiamento radicale rispetto all'offerta tradizionale di servizi sanitari e perciò continuano ad opporsi a un simile cambiamento.

Le più forti pressioni per la diffusione dell'homecare verranno sicuramente dai pazienti. Non appena saranno a conoscenza della possibilità di essere assistiti a domicilio, richiederanno questo tipo di terapia. Ben presto gli ospedali saranno in grado di fornirla come servizio di routine.

L'OFFERTA PRIVATA DI ASSISTENZA DOMICILIARE IN ITALIA: UN SISTEMA CHE STENTA A DECOLLARE

di Gruppo Baxter s.p.a.

L'esigenza di contenere i costi dell'assistenza ospedaliera, il prolungamento della vita e il conseguente aumento della fascia di pazienti « cronici », la domanda sempre più forte per terapie di qualità che non sempre l'ospedale è in grado di offrire, la consapevolezza della distanza tra l'ambiente ospedaliero e l'ambiente familiare del malato. Per questi e altri fattori, che solo oggi hanno condotto alla spontanea diffusione della filosofia dell'homecare (di recente anche formalizzata dalla nascita di società miste, pubbliche e private che forniscono questo tipo di servizi), il gruppo Baxter adattò la propria offerta, fin dal metà degli anni '70, completandola con prodotti e servizi per l'assistenza domiciliare.

Lo fece, evidentemente, nelle aree di presenza più sperimentata: quella della dialisi e della nutrizione artificiale. Aree in cui dalla costituzione (1931) il gruppo istituzionalmente operava (nel secondo caso) o in cui, fin dal 1956, con la messa a punto del primo dializzatore monouso, il gruppo acquisì una indiscutibile lea-

dership internazionale. Aree infine che esaltano e sollecitano, per definizione, le prospettive di integrazione tra prodotto (il macchinario, la strumentazione) e servizio (il sistema di accesso alla terapia). Condizioni perseguibili soltanto da imprese, quali appunto Baxter, votate a presupposti di crescita fondata sull'integrazione orizzontale delle attività.

Con l'acquisizione nel 1987 di Carremark (società statunitense operante nel settore delle terapie domiciliari), l'attitudine al prodotto-servizio viene perfezionata e integrata da un know-how organizzativo e gestionale, in assenza del quale avrebbe avuto poco successo l'aspirazione a trasferire tali terapie al domicilio del paziente su basi affidabili e sistematiche e anche semplici e accattivanti nei confronti dell'utente e del suo nucleo familiare. In raccordo col centro ospedaliero di riferimento, il paziente viene dapprima avviato all'adesione alla terapia domiciliare, poi istruito a farne uso, in seguito assistito nell'esecuzione di quanto gli viene richiesto oltretutto rifornito dei

materiali e delle sostanze necessarie alla prosecuzione della terapia stessa. Non basta quindi, a chi voglia occupare questo mercato, essere produttore di prodotti e servizi. Si tratta anche di trasformarsi in erogatore di un servizio che prevede, 24 ore su 24, la disponibilità di personale paramedico opportunamente addestrato e di una rete collaudata di consegne a domicilio, certamente più sofisticata di quella normalmente richiesta ai commercianti: mezzi idonei a questo tipo di trasporti e operatori consapevoli di ciò che stanno trasportando e di come ciò che consegnano va accolto e conservato nelle abitazioni degli utenti. Sono anglosassoni, non a caso, i primi paesi che accolgono diffusamente queste soluzioni.

È noto come il sistema di finanziamento dell'assistenza sanitaria statunitense combatta istituzionalmente i costi ospedalieri delle terapie prolungate. E come, analogamente, altri paesi europei (Gran Bretagna in testa) ragionino. Al punto da ritenere non più finanziabile una terapia la cui somministrazione ecce-

da i tempi precostituiti di durata. Un paese civile non può porre, a giudizio comune, condizione alcuna al diritto dei cittadini all'assistenza ma sempre più spesso si va affermando l'idea che in materia la civiltà si misuri anche nell'uso più razionale delle risorse sempre più scarse. Se cioè, come nel caso dell'Italia, si sono certamente praticate scelte più nobili e umanitarie, non altrettanto si è fatto sul piano dell'equità nella ripartizione dei costi.

Alla « fantasia » dei produttori non si è risposto, da parte del Sistema sanitario nazionale, con analoga lungimiranza e decisione. Siamo al tempo stesso, nel mondo, il Paese più garantista e più arroccato attorno alla centralità dell'ospedale, nel cui ambito un posto-letto specialistico trova la stessa considerazione di un posto-letto meno giustificabile. E ciò a dispetto delle intenzioni, più volte dichiarate, di tagliare i costi ospedalieri non strettamente necessari: di ridurre il numero degli ospedali nel territorio concentrandone e specializzandone l'impiego.

Si può sostenere, paradossalmente, che le terapie più avanzate abbiano tratto impulso prevalente dall'arretratezza delle scelte di gestione.

Il caso dialisi

Fino all'inizio degli anni sessanta, le persone la cui funzione renale fosse irrimediabilmente e stabilmente compromessa, perivano in poche settimane per l'intossicazione dell'organismo (la cosiddetta « uremia »). Fu grazie all'emodialisi, cioè alla depurazione trisettimanale del sangue con una apparecchiatura detta « rene artificiale » che si ottenne la sopravvivenza e la riabilitazione lavorativa e sociale di questo tipo di pazienti. L'emodialisi regolare periodica, effettuata presso i centri

ospedalieri, evidenziò ben presto il disagio e la dipendenza ospedaliera dei pazienti provocando inoltre un sovraffollamento dei centri stessi. Da circa vent'anni si è sperimentata la possibilità di trasferire tale terapia al domicilio, previo addestramento del paziente e di un suo convivente (coniuge, genitore, figlio) all'uso corretto del rene artificiale (emodialisi domiciliare). Nonostante le ovvie perplessità iniziali, l'emodialisi domiciliare si è rivelata una soluzione molto efficace, talvolta migliore di quella ospedaliera, consentendo infatti al paziente di:

1) liberarsi dalla schiavitù dello spostamento *sine die* dall'abitazione all'ospedale (spostamento spesso complicato dall'assenza di centri specializzati nella città di residenza;

2) rendere compatibile il trattamento (in genere eseguito nelle ore serali o notturne) con l'attività lavorativa.

E, al tempo stesso, alla struttura medico-infermieristica dei centri di:

3) ampliare notevolmente (di tre o quattro volte) l'entità della popolazione trattata (con un risparmio sensibile dei costi di erogazione del programma dialitico).

Giova al riguardo ricordare che l'emodialisi ospedaliera pesa sul sistema sanitario per 40/50 milioni/anno/paziente contro i 25 milioni circa del trattamento domiciliare. Confronto ulteriormente positivo qualora si consideri il costo e la difficoltà di addestrare e reperire il personale paramedico.

Impulso sensibile alla diffusione della dialisi domiciliare si ebbe con l'avvento, negli ultimi dieci anni, della cosiddetta C.a.p.d. (dialisi peritoneale ambulatoriale continua). Tecnica che sfrutta il peritoneo per depurare dalle scorie tossiche l'organismo degli uremici, mediante regolare scambio (4 volte al giorno) di un liquido introdotto nel cavo peri-

toneale da una cannula permanente di collegamento.

La C.a.p.d. viene praticata dall'ammalato stesso, senza l'aiuto di nessuno, presso il proprio domicilio o altra sede idonea. Rispetto all'emodialisi domiciliare:

1) non coinvolge alcun partner convivente;

2) elimina apparecchiature elettroniche complesse;

3) può essere effettuata anche viaggiando, perché ormai capillare e affidabile è il sistema organizzativo di recapito delle sacche di liquido da immettere nel cavo peritoneale.

Nel nostro Paese circa il 12% della popolazione dialitica (pari a oltre 30.000 unità, la più alta in Europa, dietro alla Germania Unita) ricorre a terapie domiciliari (sia emodialisi che C.a.p.d.).

Tale percentuale potrebbe tranquillamente attestarsi attorno al 40% del totale, qualora si cessasse di incoraggiare (soprattutto nel centro-sud) la proliferazione di centri di dialisi privati, si pervenisse per questa via ad una omogeneizzazione delle singole legislazioni regionali, e si diffondesse maggiormente l'informazione circa l'esistenza delle terapie e la possibilità di ricorrervi.

Non resta che confidare al riguardo, sulla « ribellione incruenta » e sulla « protesta civile » degli anziani, dei bambini, dei cardiopatici, dei diabetici, dei portatori di handicap: categorie nei confronti delle quali tali resistenze andrebbero quantomeno rimosse.

Rispetto, infine, alla dimensione complessiva della popolazione dialitica va sottolineato che, in assenza di una legislazione adeguata sui trapianti di rene, la stessa è destinata ad aumentare rendendo cronica e quindi inevitabilmente costosa una terapia che andrebbe più correttamente interpretata come temporanea.

La nutrizione artificiale

Ancora più che nella dialisi sono ben noti gli ostacoli che limitano la diffusione della nutrizione artificiale domiciliare (parenterale ed enterale). La prima interessa, come è noto, pazienti le cui funzioni intestinali siano gravemente o irrimediabilmente compromesse. La seconda invece quei pazienti che mantengano una, seppur ridotta, funzionalità intestinale. Gli uni e gli altri debbono pur sempre nutrirsi. I primi per via endovenosa, assumendo sostanze elementari di base « già digerite ». I secondi assumendo le stesse sostanze in forma più complessa, comunque rapportata alla funzionalità intestinale che conservano. Si tratta di pazienti cronici (nati con malformazioni congenite o che le stesse malformazioni hanno acquisito nel tempo) o di pazienti che temporaneamente richiedono tale terapia.

C'è voluta un'emergenza (quella del crollo di alcuni reparti di un ospedale di Ancona nel 1983), per avviare concretamente, nel nostro Paese, le prime esperienze di nutrizione artificiale domiciliare: esperienze già consolidate, sin dagli anni '70 in Gran Bretagna e negli Stati Uniti.

La nutrizione artificiale domiciliare si è poi affermata nel corso degli anni successivi, seppure ancora oggi in termini riduttivi rispetto ad altri paesi occidentali (1.109 i pazienti statunitensi in terapia parenterale già nel 1985 contro i 52 osservati in Italia nel 1989).

Si stima, secondo le previsioni più autorevoli, che il ricorso a questa terapia interessi:

— 2 pazienti/anno per milione di abitanti (nel caso della parenterale);

— 100 pazienti/anno per milione di abitanti (nel caso della enterale).

Applicando le stime sull'incidenza del fenomeno al totale della popolazione, dovrebbero quindi essere

nel nostro Paese, circa 100/anno i pazienti in nutrizione parenterale e circa 5.600/anno i pazienti in nutrizione enterale, con una permanenza media in terapia pari a 16 mesi (parenterale) mentre non è noto il dato relativo alla enterale. Soltanto due Regioni italiane (Piemonte e Friuli Venezia-Giulia) hanno disciplinato per legge il trasferimento di queste patologie al domicilio. E altre tre Regioni (Marche, Puglia, Valle d'Aosta) hanno approvato una delibera che consente alle Unità sanitarie locali competenti di autorizzare, caso per caso, il finanziamento della nutrizione domiciliare (stornando fondi da altri capitoli di bilancio). È un panorama inquietante che non ha alcuna motivazione convincente: né clinica, né gestionale.

Né si danno infatti, in letteratura, casi di rigetto o di riscontrabile inaffidabilità della terapia (le cui evoluzioni, ormai, riguardano non più il sistema di assunzione e di controllo del nutrimento, quanto piuttosto l'impegno a rendere il cibo più « gradevole »). Né altrettanto risultano opinabili e contestabili i confronti costi/benefici tra terapie ospedaliere e domiciliari.

Secondo le rilevazioni della regione Piemonte (l'unica che può vantare al riguardo una casistica sufficientemente ampia e organica), la nutrizione artificiale ospedaliera (v. tab. 1) pesa infatti sul bilancio delle U.s.l. per 125.000 lire al giorno (nel caso della enterale) contro le 51.500 della analoga prestazione domiciliare (cifra che può scendere, almeno nel 30% dei casi osservati a 31.500). E per 288.500 (contro 203.000) nel caso delle terapie parenterali. Un bel risparmio quindi, al netto dei costi di degenza e di quelli, altrettanto significativi, riferibili, come nel caso della dialisi domiciliare, al pieno recupero lavorativo dei pazienti (anch'essi in grado di nutrirsi dormendo o viaggiando).

Considerazioni, tutte insieme, che hanno indotto di recente la S.i.n.p.e. (Società italiana di nutrizione parenterale ed enterale), al congresso annuale di Bari dell'ottobre scorso, ad uscire allo scoperto, avanzando al Ministero della sanità una proposta di legge-quadro cui le diverse legislazioni regionali possano far riferimento.

Punti qualificanti della legge, finalizzati a rendere omogeneo su tutto il territorio nazionale l'intervento in materia, dovrebbero essere, secondo la S.i.n.p.e.:

a) la corretta individuazione dei destinatari della terapia (soggetti di tutte le età per i quali la terapia stessa risulta indispensabile non soltanto alla sopravvivenza ma anche al miglioramento della qualità della vita e al reinserimento sociale e lavorativo);

b) l'istituzione di una commissione tecnico-scientifica regionale multidisciplinare, presieduta dall'assessore alla sanità e composta dai responsabili dei reparti e dei servizi universitari e ospedalieri e di istituti a carattere scientifico con compiti, tra gli altri, di individuazione e abilitazione delle strutture prescelte per l'organizzazione del servizio domiciliare e di attivazione delle relative unità operative;

c) l'azione concertata tra unità operative e tra le strutture di servizio rappresentate nella commissione al fine di garantire, direttamente, e individualmente, il training del paziente, l'allestimento, la distribuzione e il trasporto delle attrezzature, delle miscele e degli altri materiali necessari alla terapia;

d) la garanzia, da parte della Unità sanitaria locale di residenza dell'assistito, delle competenze finanziarie delle spese, sia che la prestazione sanitaria venga assicurata dal servizio di farmacia dell'unità, sia che venga erogata per convenzione indiretta.

Conclusione

Non c'è dubbio che ci troviamo di fronte, soprattutto nel nostro Paese, ad uno scontro aperto sul modo di concepire l'intervento sanitario sul territorio. Scontro che, così posto, rischia di risolversi a tutto svantaggio dei pazienti e dell'urgenza delle loro esigenze in un rituale inconcludente di leggi, leggine e regolamenti. Da un lato l'aspetto deteriore (considerata la materia), seppure ineccepibile sul piano formale, dell'ordinamento statale, dall'altro la « fantasia », la spontaneità, l'entusiasmo non organizzato di operatori e utenti sanitari (i produttori, le associazioni dei pazienti, il volontariato, i clinici più aperti a considerare le esperienze di altri paesi, ecc.).

Avviene quindi, sempre più spesso, che le due filosofie accentuino la propria distanza, convinte della superiorità delle loro posizioni. Come sempre, forse, la verità sta nel mezzo. Nel senso che, finché si parlerà di terapie alternative a quelle ospedaliere e non piuttosto integrative delle stesse, non si verrà a capo di nulla.

Come è stato vero infatti che alla fornitura « chiavi in mano » di alcune terapie domiciliari i produttori sono giunti (e il caso di Baxter è al riguardo emblematico) in base a una lunga e consolidata tradizione di forniture ospedaliere, e altrettanto vero che l'ospedale, per giungere alla programmazione ideale del proprio ruolo e del proprio intervento territoriale, non potrà non cogliere significative indicazioni anche dalle forme più innovative e atipiche che al riguardo si vanno affermando.

L'importante, ci pare, è che i conti tornino sul piano della compatibilità e dell'integrazione dei costi del sistema e sul piano dell'efficacia e della qualità terapeutica.

Occorre, naturalmente, che il tut-

Tabella 1 - Valutazione dei costi al giorno di pazienti sottoposti a N.E.D. e a N.P.D. a domicilio e nella struttura ospedaliera

Costo giornaliero di un paziente in nutrizione enterale prolungata durante il ricovero in ospedale

Costo miscele nutritive (1500 Kcal)	L. 18.000
Costo sacca + deflussore	L. 10.000
Costo ammortamento pompa peristaltica	L. 2.000
Tempo medio dietista 30 m'	L. 15.000
Tempo medio medico 10 m'	L. 10.000
Tempo medio infermiere 2 ore	L. 50.000
Costi ammortamento strutture, materiali, apparecchiature	L. 20.000
Costo totale	L. 125.000

Costo giornaliero di un paziente in nutrizione enterale a domicilio

Costo strumentazione-trasporto e materiale tecnico per la somministrazione	L. 31.500
Costo miscele nutritive	L. 18.000
Addestramento (dietista 5 ore + medico 1 ora) calcolando la durata media di un paziente in N.E.D. (90 gg)	L. 2.000
Costo totale	L. 51.500

Circa il 30% dei pazienti in N.E.D. utilizzano solo le miscele nutritive e non le apparecchiature e quindi il costo è ulteriormente ridotto a L. 31.500 a paziente.

Numero di pazienti seguiti: 144

Costo giornaliero di un paziente in nutrizione parenterale durante il ricovero in ospedale

Costo sacca + soluzioni nutritive:	
— se allestite presso l'unità parenterale	L. 50.000
	(media)
— se proviene dal commercio	L. 90.000
— in caso di T.P.N. allestita con flaconi e deflussori (con maggiori possibilità all'inquinamento e alle infezioni)	L. 50.000
Ammortamento pompa infusione	L. 6.000
Tempo medio medico 30 m'	L. 15.000
Tempo medio dietista 30 m'	L. 7.500
Tempo medio infermiere 2/3 ore a seconda se l'allestimento avviene presso l'unità parenterale o in medicheria del reparto compreso l'ammortamento dell'apparecchiatura	L. 55.000-80.000
Costi ammortamento strutture, materiali, apparecchiature	L. 15.000
Costo totale	L. 288.500

Costo giornaliero di un paziente in nutrizione parenterale a domicilio

Costo sacche, materiale per l'infusione e trasporto a domicilio	L. 195.000
Costo medio medico (visita amb. 60 min./mese)	L. 2.000
Costo medio dietista (visita amb. 30 min./mese)	L. 500
Costo dell'addestramento (15 gg in media per paziente; il costo totale è stato suddiviso per la durata media che è risultato di 500 gg)	L. 2.000
Costo ricoveri per controllo	L. 3.500
Costo totale	L. 203.000

Per i pazienti in N.P.D. per il costo/beneficio bisogna considerare anche l'aspetto psicologico e sociale di un paziente che a domicilio può riprendere le sue attività sociali ed eventualmente anche l'attività lavorativa.

Numero di pazienti seguiti: 10

to avvenga in una dimensione temporale accettabile. E che almeno si convenga, serenamente, sul fatto che l'assistenza domiciliare è quantomeno un'occasione irripetibile per riflettere su interrogativi centrali per un sistema sanitario quali:

- i costi degli interventi;
- l'efficacia delle prestazioni;
- la qualità della vita.

Analisi svolte dal Cergas sulla letteratura che riporta i risultati delle indagini e delle esperienze internazionali, diffuse a Roma in occasione del Congresso internazionale sull'homecare (14-18 marzo 1989) sono giunte al riguardo alle seguenti conclusioni.

Sul fronte dei costi:

— l'assistenza domiciliare consente di trasformare costi prevalentemente fissi in costi prevalentemente variabili;

— lo sviluppo dell'assistenza domiciliare è condizione essenziale per una politica di riduzione dei posti letto di tipo istituzionale;

— i costi dell'assistenza domiciliare sono inferiori a quelli imputabili ai ricoveri in strutture intermedie.

Su quello dell'efficacia terapeutica, il trattamento domiciliare consente e realizza:

— di affrontare condizioni di patologie sub-acute e croniche normalmente trascurate nei sistemi in cui è previsto solo l'ospedale per acuti;

— un forte coinvolgimento ed at-

tenzione dei pazienti da parte dei loro nuclei familiari;

— l'attivazione di « nuove risorse » (volontariato, nuovo solidarismo, ecc.).

Sul piano della qualità della vita appare generalizzata l'indicazione circa:

— una valutazione al riguardo positiva;

— la criticità del problema « organizzativo ».

Su queste basi ci pare che non manchino gli elementi per un dibattito che un paese, il cui proposito esplicito è ancora quello (per fortuna) di garantire l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini, non può ulteriormente rinviare.

Biblioteca

Sezione 6^a

RECENSIONI

Vittorio Ghetti (a cura di)
La prevenzione: un problema da governare
F. Angeli, 1991

Il paradigma medico contemporaneo ha assunto da tempo il principio della prevenzione come caposaldo della disciplina. La prevenzione ispira la politica del O.m.s., così come trova ampio riscontro nei dettami della legge n. 833 del 1978.

Ma a questo consolidato paradigma culturale corrisponde, in tutti i sistemi sanitari nazionali, una realtà organizzativa e una prassi medico-scientifica ancora ferme alla tradizionale tripartizione, diagnosi, cura e riabilitazione, senza spazio per la prevenzione.

Questo libro, scritto a più mani da economisti sanitari, esperti di sanità pubblica e medici, nasce per cercare di dare una interpretazione della mancata implementazione di un'azione sanitaria basata sulla prevenzione, cerca di approfondire il dibattito sulla interpretazione del concetto di prevenzione e propone una serie di confronti internazionali sulle esperienze in corso.

La prevenzione non rispecchia due chiavi di volta della medicina contemporanea: essa non usa tecnologie avanzate e non fa spettacolo (Fara).

La prevenzione è una azione diffusa sul territorio, che deve poggiare su strutture decentrate a diretto contatto con i cittadini, invece il S.s.n. privilegia esclusivamente l'ospedalità, registrando pesanti ritardi e inefficienza nell'istituzione dei distretti sanitari.

I mancati protagonisti della prevenzione sono i medici di base. Questo a causa di un loro ritardo culturale, di una assenza di preparazione specifica per la prevenzione, perché non inseriti in alcun progetto dei distretti sanitari e perché non hanno alcun incentivo economico a fare prevenzione (Pelissero).

Per alcuni interventi di prevenzione è sufficiente l'accettazione passiva da parte della popolazione, altri richiedono una partecipazione attiva, individualizzata e continua, che necessita una notevole maturità, non sempre facilmente riscontrabile.

L'università è ancora tutta focalizzata sull'ospedale, mentre trascura la cultura della prevenzione, dell'epidemiologica e della sanità pubblica (Panico).

Cause e conseguenze di tutto ciò, sono il dissesto organizzativo e la scarsità di risorse dei servizi che, nei diversi assessorati regionali, sono preposti alla prevenzione, di solito quelli di igiene e sanità pubblica.

Nel 1946 l'Organizzazione mondiale della sanità (O.m.s.) ha definito lo stato di salute non come « assenza di malattia », ma come « stato di benessere fisico, psichico, e sociale ». La salute è quindi uno stato di armonia con il proprio corpo,

con la propria mente, frutto di un inserimento armonioso nell'ambiente (inteso in senso lato).

La prevenzione, correttamente intesa, impedisce il sorgere delle cause generatrici di patologie, perciò non si concentra prevalentemente su aspetti medici, ma sull'ambiente in cui viviamo, sugli stili di vita, sul contesto sociale che la civiltà produce. L'O.m.s. non si stanca di sottolineare come la salute delle popolazioni dipenda sempre meno dal funzionamento del settore sanitario e sempre più da fattori di altra natura. Secondo il Censis, come ricorda Coltorti, i principali fattori capaci di influire sulla salute sono le abitudini di vita (per il 50%), le condizioni ambientali (per il 19%), i programmi di prevenzione (per il 20%), mentre i progressi della medicina terapeutica hanno un'influenza nettamente meno rilevante (3%). Questo è rafforzato dalla constatazione che le patologie oggi prevalenti sono quelle di natura cronico-degenerative, curabili ma non guaribili, il cui sorgere va quindi impedito. La prevenzione, intesa in senso allargato, deve cessare di essere monopolio delle autorità sanitarie per diventare una preoccupazione di tutta una serie di branche dell'amministrazione pubblica diversa da quella sanitaria. Il vero problema consiste nell'individuazione da parte dell'amministrazione sanitaria degli argomenti tali da convincere le altre amministrazioni ad intraprendere azioni (Brenna). A questo proposito diventa fondamentale l'utilizzo di tutte le tecniche per la programmazione delle politiche (l'analisi costi-benefici, l'analisi costi-efficacia e l'analisi costi-utilità) per stabilire se una particolare misura di prevenzione sia economicamente conveniente.

Il nodo critico è stabilire il punto di vista da cui si conteggiano i costi e gli effetti (settoriale, sociale complessivo o individuale). Infatti osservando specificatamente dal punto di vista del settore sanitario, attualmente mancano evidenze a favore della convinzione che la prevenzione comporti una diminuzione complessiva della spesa sanitaria (a causa dell'aumento delle aspettative di vita), mentre da un'ottica sociale complessiva i benefici superano i costi. Questo rafforza l'idea che la prevenzione non possa essere lasciata al solo settore sanitario (Vergadoro).

Il libro si completa con una dettagliata analisi della politica di prevenzione in numerosi paesi, che denunciano tutti quanti notevoli ritardi e iniziative frammentarie.

IL SISTEMA DI CONTROLLO DI GESTIONE

IL CONTROLLO DI GESTIONE NELLE AZIENDE SANITARIE

di Antonello Zangrandi

da « Il controllo economico nelle aziende sanitarie ».
Milano, Egea, 1991

Il sistema di controllo di gestione nelle aziende pubbliche che erogano servizi ad alto contenuto professionale e gli strumenti di concreta attuazione del sistema di controllo sono stati spesso sottovalutati nel passato; negli ultimi tempi una maggiore attenzione è stata posta a questi strumenti e se non si sono ancora manifestati diffusi utilizzi è pur vero che è andata aumentando la quantità di riflessioni, di nuovi schemi concettuali, di sperimentazioni sul campo.

Il controllo di gestione è esigenza propria di tutte quelle aziende complesse che vogliono raggiungere in modo efficace ed efficiente i propri obiettivi; il controllo di gestione è cioè quel meccanismo che favorisce una consapevolezza sul grado di raggiungimento degli obiettivi e che, conseguentemente, individua le varie responsabilità che possono e devono intervenire per promuovere il miglioramento. Gli strumenti propri del controllo di gestione sono diversi in relazione ai differenti fabbisogni organizzativi, alle specifiche esigenze che si manifestano ed allo stadio di sviluppo della organizzazione.

Meccanismi organizzativi che permettono di migliorare il rapporto tra qualità e quantità delle prestazioni e costo (utilizzo dei fattori produttivi) sono oggi indispensabili al fine di creare le condizioni per il raggiungimento delle stesse finalità istituzionali di queste aziende.

Porre il problema del controllo di gestione strettamente collegato alla responsabilizzazione organizzativa assume particolare rilevanza per le aziende che per la produzione del servizio si avvalgono in misura consistente di professionisti, proprio per le peculiarità della loro strutturazione organizzativa e della distribuzione della responsabilità.

Il sistema di controllo di gestione può essere interpretato come la ritmica definizione e verifica del raggiungimento di obiettivi di gestione e standard del controllo. È perciò inevitabile che suddivisione dei compiti e meccanismi di coordinamento da un lato e equilibrio economico finanziario dall'altro siano strettamente correlati. La rilevante influenza dei professionisti spinge poi a cogliere i nessi che correlano la responsabilità economica al ruolo svolto dai professionisti e alla qualità della loro attività tecnico-professionale.

Gli standard di controllo sono ciò che una unità operativa (una divisione ospedaliera, un servizio diagnostico, un servizio sociale di un Comune) vuole « produrre in un determinato periodo » con le risorse di cui dispone; sono cioè obiettivi espressi in termini di ciò che in un arco di tempo definito si vuole, o è necessario, erogare considerando congiuntamente le risorse, i fattori produttivi, che si hanno a disposizione. Gli standard del controllo di gestione non sono quindi assimilabili agli obiettivi generali che derivano dal processo di pianificazione in

quanto non mettono in discussione l'intera distribuzione delle risorse fra le attività svolte all'interno dell'azienda (come ad esempio redistribuzione delle risorse tra le attività svolte a vari gruppi di utenti) ma, all'interno di queste scelte, precedenti magari di anni, indicano livelli di efficienza e di efficacia gestionale perseguiti in un determinato periodo. Il controllo di gestione è perciò un processo che partendo dalla definizione di obiettivi verifica il raggiungimento degli stessi e mette in atto eventuali azioni per promuovere il miglioramento nell'ottenimento (produzione e distribuzione) delle prestazioni. Il controllo di gestione è nelle aziende pubbliche processo alquanto complesso per le peculiarità istituzionali che se da un lato sembrano ostacolarne la concreta introduzione dall'altro lo rendono sempre più necessario. Senza volere entrare nel merito specifico di tale problema si vuole qui ricordare come specifici fattori spingono ad una maggiore attenzione a questo processo mentre altri ostacolano la sua introduzione. Questi contraddittori fattori di cambiamento sono così sinteticamente riassumibili.

Innanzitutto la necessità di ricercare livelli di efficienza crescente per far fronte alla difficoltà di reperire risorse aggiuntive induce a promuovere nella gestione nuove forme di controllo, nuovi sistemi in grado di evidenziare forme alternative di impiego di risorse. Per contro tale necessità induce spesso amministratori e dirigenti di questi enti a negoziare quantità crescenti di risorse attraverso canali politici o comunque collegati ad indicatori ben lontani dalla efficienza ed efficacia nella utilizzazione delle risorse.

In secondo luogo, e questa considerazione vale in particolare per il settore della sanità, i limiti per la direzione dell'attività derivanti dalla difficile valutazione del prodotto e dall'assenza di meccanismi di scambio spingono ad analizzare in modo più attento la capacità delle aziende sanitarie di offrire prestazioni qualitativamente e quantitativamente più « motivate », più congruenti con obiettivi definiti, cioè maggiormente governabili e non lasciate alla iniziativa spesso sconsiderata dei vari settori di intervento dell'azienda. Per contro l'assenza di mercato determina una valutazione sulle risorse impiegate spesso di ordine extra-economico rendendo assolutamente secondaria la ricerca di livelli maggiori di efficienza.

Infine la riscoperta, propria di quest'ultimo periodo, di una maggiore responsabilità anche economica di chi gestisce le aziende pubbliche per governare la spesa fa riscoprire la rilevanza di strumenti e tecniche che siano in grado di promuovere in tutta la azienda l'efficacia gestionale e l'efficienza. Per contro la difficoltà di avviare concreti processi di cambiamento e gli ostacoli derivanti dalla cultura amministrativa tradizionale favoriscono la ricerca di strumenti che permettano risultati più immediati ma che probabilmente non incidono sulle modalità di gestione di queste aziende.

La concreta realizzazione del sistema di controllo di gestione abbisogna di strumenti che permettano di orientare il comportamento dei dirigenti ai risultati, il comportamento degli amministratori ad un più elevato livello di funzionalità. Il sistema di controllo di gestione non può essere ridotto ad una « ideologia » organizzativa in grado di orientare il comportamento: esso trova concretezza nella disponibilità di strumenti informativi che consentano ai dirigenti di orientare le proprie decisioni.

Il controllo di gestione abbisogna perciò di strumenti per costruire in modo significativo gli obiettivi (gli standard), strumenti che consentano di misurare i risultati raggiunti in termini di risorse utilizzate e di prestazioni erogate, strumenti che consentano di valutare i motivi delle variazioni, le cause degli scostamenti riscontrati, strumenti che consentano di collegare le responsabilità

economiche alle responsabilità organizzative.

Tra tutti i vari strumenti che permettono di concretizzare il sistema di controllo di gestione uno appare di estremo rilievo nelle aziende con complessi sistemi di produzione e consumo in quanto punto di riferimento per la costruzione di altri strumenti la contabilità analitica.

Il sistema di contabilità analitica dei costi concerne in senso lato la rilevazione di valori economici derivanti dall'acquisizione e dalla utilizzazione di fattori produttivi per la produzione delle prestazioni. La rilevazione delle quantità economiche di fattori produttivi può essere riferita a molteplici oggetti: si hanno ad esempio rilevazioni riferite a tutta la organizzazione, a gruppi rilevanti di attività, alle unità operative, a prestazioni specifiche, a progetti o a programmi. Particolarmente significativa per il sistema di controllo di gestione in queste aziende è la contabilità per centri di responsabilità cioè una modalità di aggregazione delle quantità economiche che considera la distribuzione delle responsabilità organizzative; la contabilità per centri di responsabilità è indirizzata a collegare le responsabilità sull'impiego delle risorse e sulle prestazioni erogate alle responsabilità formali proprie dell'organizzazione.

La contabilità per centri di responsabilità riferisce perciò le quantità economiche a oggetti, i centri di responsabilità, che rappresentano modalità di aggregazione dei dati che considerano l'aspetto organizzativo e la responsabilità di utilizzazione delle risorse.

L'aggregazione dei dati di costo non risulta perciò collegata a criteri quali il processo tecnico, la omogeneità nei fattori produttivi o altri, ma si incentra sulla struttura organizzativa e quindi sulle responsabilità nella gestione delle risorse. Parlare perciò di sistema di contabilità per centri di costo significa riferirsi ad un primo rilevante strumento utile per implementare il sistema di controllo e per sviluppare nuovi strumenti come ad esempio gli indicatori di efficienza, di efficacia gestionale, i costi standard, i budgets, ecc..

Il diretto collegamento esistente tra controllo di gestione e sistema di contabilità analitica dei costi è il tema di questo saggio che considera (tre) specifici aspetti:

- la responsabilità organizzativa come criterio per la progettazione del sistema di contabilità analitica dei costi;
- la implementazione del sistema e la ridefinizione delle responsabilità gestionali;
- la progettazione di un sistema che consenta di distribuire informazioni in modo finalizzato (sistema di reporting).

Altri autori

NOJELLI M.

Rivelazione dei costi: esame di un caso definito riguardante un ospedale generale provinciale. Gli ospedali: aspetti economico-aziendali. Milano, Vita e pensiero, 1970

HINTERHUBER G.

Lineamenti di gestione finanziaria nelle aziende ospedaliere. Gli ospedali: aspetti economico-aziendali. Milano, Vita e pensiero, 1970

PINI G.

La determinazione dei costi di alcuni servizi ospedalieri. Gli ospedali: aspetti economico-aziendali. Milano, Vita e pensiero, 1970

Il controllo dell'efficienza interna: la determinazione dei costi e dei rendimenti. AA.VV.
Gli ospedali: aspetti economico-aziendali. Milano, Vita e pensiero, 1970

ZERBI T. (a cura di)

Relazione generale e raccomandazioni per una riforma delle norme fondamentali sull'amministrazione e contabilità dell'ente ospedaliero. Ospedali d'Italia, n. 3, 1970

GRIFFITH J.R.

Quantitative techniques for hospital planning and control. Lexington Books, 1972

ADOL

Economia delle sanità e tecnica amministrativa degli ospedali: il calcolo dei costi, il sistema di contabilità e controllo dell'efficienza. Adol, 1973

ANTHONY R.N., HERZLINGER R.

Management control in nonprofit organization. Homewood, Illinois, Irwin, 1975.

CAVENAGHI R., LA MARCA D.

Ipotesi di determinazione di indici e parametri gestionali per gli enti ospedalieri. Adol, 1976

GRENON A.

L'analyse de gestion a l'assistance publique de Paris. Ftop, 1977

SONRIER A.

Comptabilité Hospitaliere. Berger-Levrault, Paris, 1979

FRANCI, BELBUSTI, BRUSCAGLIA.

Strumenti operativi per la gestione delle U.s.l. Montefeltro, 1979

SELLERI L.

Il controllo di gestione nella U.s.l. Tratto da: Pavia Economica, 1979

HERLINZINGER R.

Can we control health care costs. Harvard Business Review, March-April 1979

THOMPSON J.D., AVERILL R.F., FETTER R.B.

Planning, budgeting and controlling: one look at the future: casemix cost accounting. Health Service Research, vol. 14, 1979

GAUTHIER P.H.

Le controle de gestion a l'hopital. 1979

COLOMBINI L., VERONESI E.

I conti della salute. Primi orientamenti sugli aspetti economici contabili e di programmazione delle U.s.l. Nis, 1980

CARELS E.J., NEUHAUSER D., STASON W.B.

The physician and cost-control. Cambridge, Mass, 1980

JOSKOW P.

Controlling Hospital Costs. Cambridge, Mit press, 1980

HANAU C., ZAMPROGNA L.

Economia e gestione dell'ospedale. Edimez, 1981

- MATTIONI A. (a cura di)
Le U.s.l.: gestione, personale, prestazioni. Vita e pensiero, 1981
- RAMANATHAN K.V.
Management control in nonprofit organizations. New York, John Wiley, 1982
- RANCI ORTIGOSA E., BASSANINI C., CISLAGHI C., LOSI N.
L'unità sanitaria locale, organizzazione e funzionamento. Milano, F. Angeli, 1982
- GRAY S.P.
Hospital cost containment through productivity management. Van Nostrand Reinhol, 1983
- CANALETTI F.
Le U.s.l.: aspetti organizzativi e contabili. Cacucci, 1983
- BRENNA A., MARTINELLI A.
Gestione e organizzazione dell'ospedale. F. Angeli, 1984
- POIAGA L.
Modelli e strumenti di decisione nella gestione di strutture sanitarie. 1984
- ABBATE F.
Proposta di sperimentazione di un sistema di centri di costo per razionalizzare la gestione delle U.s.l. Sanità pubblica, n. 7, 1984
- YOUNG D.
Financial control in health care. Irwing, Homewood Illinois, 1984
- ZANGRANDI A.
Il controllo di gestione nelle U.s.l. Giuffrè, 1985
- CERNUTA A.
La contabilità analitica come realizzata nella U.s.l. triestina. Supplemento a quaderni del centro studi economici-politici. Ezio Vanoni, nuova serie, n. 1, anno 1, 1985
- FORMEZ
Finanziamento e gestione economico-finanziaria delle U.s.l. Formez, 1986
- ADOL (Associazione degli ospedali lombardi)
Ipotesi di determinazione di indici e parametri gestionali per gli EE.OO. Adol, 1986
- LORENZINI V.
Indicatori qualitativi di produttività dei servizi sanitari: standard regionali per l'auto-controllo dei costi e la qualità delle prestazioni nelle U.s.l. Tratto da: Isis News, marzo 1986
- ZAVATTARO F.
La contabilità direzionale come strumento di gestione della U.s.l.: aspetti di progettazione del sistema. Tratto da: Come, supplemento al n. 3/1986
- MENEGUZZO M.
Processo di programmazione nelle U.s.l.: ipotesi per un rilancio e implicazioni sui processi di programmazione e controllo dell'ente Regione. Tratto da: Come, supplemento al n. 3/1986

BORGONOVÌ E.

Quali prospettive per il controllo di gestione e la contabilità dei costi nelle U.s.l.? Tratto da: Atti « la contabilità dei costi: strumento di gestione delle U.s.l. toscane ». Giunta reg. Toscana, Firenze, 10 ottobre 1986

ZAVATTARO F.

Uno schema metodologico per la costruzione di un sistema di contabilità dei costi nelle U.s.l. Tratto da: Atti « la contabilità dei costi: strumento di gestione delle U.s.l. toscane ». Giunta reg. Toscana, Firenze, 10 ottobre 1986

BIACOLI P.

Il controllo di gestione nei servizi centralizzati di lavanderia. U.s.l. di Feltre, 1986

BALMA R., BONDONIO P.

La contabilità dei costi nell'Unità sanitaria locale: primi risultati dell'applicazione sperimentale nella regione Piemonte. L'azienda sanità, atti del convegno internazionale, Bologna 14-15-16 ottobre 1986

BASAGLIA P.

L'esperienza di contabilità dei costi nelle Unità sanitarie locali della regione Friuli-Venezia Giulia: il caso della U.s.l. di Trieste e della U.s.l. di Pordenone. L'azienda sanità, atti del convegno internazionale, Bologna 14-15-16 ottobre 1986

SELLERI L., THAKUR J.D., AVERILL R.F., FETTER R.B.

Cost containment in small hospitals: targeting strategies beyond this decade. Hospital & Health Service Administration, n. 3, 1986

BERMAN P.

Cost analysis as a management tool for improving the efficiency of primary care: some examples from Java. International Journal of Health Planning and Management, n. 1, 1986

CANALETTI F.

Il controllo di gestione nelle U.s.l. Sanità pubblica, n. 1, 1987

DONATO L.

Costi ed attività di alcuni servizi di radiodiagnostica. Ac.ma.gest., vol. 3, parte 1. Tratto da: C.n.r., progetto finalizzato tecnologie biodinamiche e sanitarie, 1987

DONATO L.

Costi ed attività di alcuni servizi di laboratorio di analisi. Ac.ma.gest., vol. 3, parte 1. Tratto da: C.n.r., 1987

GIGLI S., PARMA E., FLORENZANO A., MACCHITELLA L.

La contrattazione della produttività e il controllo di gestione nel comparto della sanità. Tratto da: seminario di Arcicca, a cura della C.g.i.l., funzione pubblica, Lazio, ottobre 1987

WILLIAMS A., ANDERSON R. (trad. a cura di Cresa)

L'efficienza nei servizi sociali. Franco Angeli, Cresa, 1987

SANTESSO E., SOSTERO U.

Strumenti per il controllo di gestione nelle U.s.l. Cedam, 1987

- BORGONOV E., MENEGUZZO M., ZAVATTARO F., MAZZOLENI M.
La programmazione ed il controllo nelle strutture sanitarie. Mc Graw-Hill, 1988
- REGIONE EMILIA-ROMAGNA, ASSESSORATO ALLA SANITÀ
U.s.l. e cambiamento, programma pluriennale di interventi per lo sviluppo e l'innovazione organizzativa delle U.s.l.: contabilità direzionale, DRGs, budget. Regione Emilia-Romagna, 1988
- IRER
Organizzazione, prodotti e costi di un servizio ospedaliero. Analisi economico gestionale del centro trasfusionale del policlinico di Milano. Franco Angeli, 1989
- REGIONE EMILIA-ROMAGNA
La contabilità direzionale. L'esperienza della regione Emilia-Romagna nel settore sanità. Mc Graw-Hill, 1989
- BORGONOV E.
La valutazione della qualità come momento di controllo di gestione. Tratto da: Ghetti V. (a cura di): *La valutazione della qualità: una nuova frontiera del S.s.n.* Franco Angeli, 1989
- BORGONOV E. (a cura di)
Il controllo economico nelle aziende sanitarie. Egea, 1990
- MULAZZANI M.
Le unità sanitarie locali: lineamenti economico aziendali. Cedam, 1990
- ZANGRANDI A.
I prezzi di trasferimento: per un controllo di gestione. Clueb, 1990
- ANSELM L., VOLPATTO O. (a cura di)
L'azienda « salute ». Giuffrè, 1990
- FARNETI G., MARCHI L., MATA CENA A.
Il controllo di gestione nelle aziende pubbliche, situazioni e prospettive. Maggioli, 1990
- STRONG P., ROBINSON J.
The NHS under new management. Open Univ. Press, Bristol, 1990
- AA.VV.
Il controllo di gestione nel laboratorio di analisi. Tratto da: *Analysis*, n. 6/1991
- BONDONIO P., PUDDU L., VERONESI E.
La U.s.l. azienda. Profili finanziari, economici e contabili. Franco Angeli, 1991
- CRESA
Documento sugli incentivi di efficienza, di produttività e la contabilità dei costi. Torino, Cresa

SPOGLIO RIVISTE

JENNINGS M.B., DNSc, COL, AN

Patient outcomes research: seizing the opportunity - Advances in Nursing Science, 1991; 14(2): 59-72

CLARCK K.H., CRONENWETT L.R., THOMPSON P.A., REEVES S.A.

Turning the organization upside down: creating a culture for innovation and creativity - Nursing Administration Quarterly, 1991; 16(1): 7-14

SCHLENKER ROBERT E.

Nursing home costs, medicaid rates, and profits under alternative medical payment system - Health Services Research, 1991; 26(5): 623-649

WOUTERS A.V.

Essential national health research in developing countries: health-care financing and the quality of care - Health Planning and Management, 1991; 6(4): 253-271

MOORE R.B. jr.

Financial planning for hospitals - Topics in Health Care Financing, 1992; 18(3): 9-15

HYLAND J.S.

Planning in today's environment: an empirical study - Topics in Health Care Financing, 1992; 18(3): 38-45

MAGEL J.S.

Physician assessment of office-based technologies - Topics in Health Care Financing, 1992; 18(3): 80-88

RAKICH J.S., BECKER E.R.

United States physician payment reform: back-ground and comparison with the canadian model - Health Care Management Review, 1992; 17(1): 9-20

LIEDTKA J.M.

Formulating hospital strategy: moving beyond a market mentality - Health Care Management Review, 1992; 17(1): 21-26

ELBECK M.

Patient contribution to the design and meaning of patient satisfaction for quality assurance purposes: the psychiatric case - Health Care Management Review, 1992; 17(1): 91-95

LINDER J.C.

Outcomes measurement: complicity tool or strategic initiative? - Health Care Management Review, 1991; 16(4): 21-34

GINTER M.P., DUNCAN J.W., RICHARDSON D., SWAYNE L.E.

Analyzing the health care environment: « You can't hit what you can't see » - Health Care Management Review, 1991; 16(4): 35-48

GOLDSCHMIDT Y., GAFNI A.

A managerial approach to costing fixed assets in health care organizations: the role of depreciation and interest - Health Care Management Review, 1991; 16(4): 55-56

O'BOYLE C.A., MCGEE H., HICKEY A., O'MALLEY K., JOICE C.

Individual quality of life in patients undergoing hip replacement - The Lancet, 2 May 1992; 339: 1088-1091

SMITH MARY E., BAKER RODNEY C., BRANCH LAURENCE G., et al.

Case-mix groups for VA hospital-based home care - Medical Care, 1992; 30(1): 1-16

FARLEY DEAN E., OZMINKOWSKI RONALD J.

Volume-outcome relationships and in-hospital mortality: the effect of changes in volume over time - Medical Care, 1992; 30(1): 77-94

BOAZ R.F., MULLER C.F.

Paid work and unpaid help by caregivers of the disabled and frail elders - Medical Care, 1992; 30(2): 149-158

WIEDERHOLT J.B., CLARRIDGE B.R., SWARSTAD B.L.

Verbal consultation regarding prescription drugs: findings from a statewide study - Medical Care, 1992; 30(2): 159-172

HAYDEN VIRGINIA

How market-oriented is your service? - Journal of Management in Medicine, 1992; 6(1): 5-9

ESKIN FRADA

Creating a regional system for the effective management of communicable disease control: the Yorkshire approach - Journal of Management in Medicine, 1992; 6(1): 45-33

SMITH IAIN J.

Ethics and health care rationing - new challenges for the new public sector manager - Journal of Management in Medicine, 1992; 6(1): 54-61

KEMPER P., SPILLAM B.C., MURTAUGH C.M.

A lifetime perspective on proposals for financing nursing home care - Inquiry, 1991; 28: 333-334

THORPE K.E., GERTLER P.J., GOLDMAN P.

The resource utilization group system: its effect on nursing home case mix and costs - Inquiry, 1991; 28: 357-365

HURLEY R.E., GAGE B.J., FREUND D.A.

Rollover effects in gatekeeper programs: cushioning the impact of restricted choice - Inquiry, 1991; 28: 375-384

IGLEAHART J.K.

The American health care system - The New England Journal of Medicine, 1992; 326(14): 962-937

GRAY A.M., BOSANQUET N.

Forecasting the impact of demographic change: the case of the british national health service - Health Policy, 1992; 20: 269-275

NIPPERT R.P.

Competition in health care delivery of th U.S.: panacea or poison? A critical view - Health Policy, 1992; 20: 301-308

JOHANNESSON M.

Economic evaluation of lipid lowering - a feasibility test of the contingent valuation approach - Health Policy, 1992; 20: 309-320

STORNELLI RODOLFO

La sanità dell'esercito verso il 2000: un progetto di rinnovamento nella continuità - Ragiusan, 1992; 92: 8-14

GRANELLI ERMANNO

Le nuove norme sull'iter di approvazione del bilancio: la responsabilità degli amministratori straordinari alla luce dell'art. 58, legge n. 142/90 - Ragiusan, 1992; 92: 28-31

FRANCI ALBERTO

La formazione dei tecnici di laboratorio - Economia pubblica, 1992; 22(3): 117-126

CONFORTINI M., BIGGERI A., CARIAGGI M.P., et al.

Applicazione di un programma di controllo di qualità in un laboratorio di citologia nell'ambito di uno screening per il cervico-carcinoma - QA, 1991; 4-5: 41-44

RAGGI R., ZAVATTA R.

Le analisi socio-economiche in sanità - QA, 1992; 1: 7-9

MANDINI A., MASIERO A., LAZZARATO M., MIGLIORI M., BALDI R.

I raggruppamenti omogenei per diagnosi (rod-drg) come strumento di valutazione e confronto fra attività di degenza a ciclo continuo e day hospital - QA, 1992; 1: 17-21

PAPADIA V.

La riforma dei rapporti di lavoro e la modifica delle relazioni sindacali nel riordino del S.s.n. - Sanità pubblica, 1992; 1: 31-43

RIGHI E.

I pareri dei coordinatori sugli atti degli amministratori straordinari delle U.s.l. - Sanità pubblica, 1992; 1: 45-56

VANARA F., DIRINDIN N.

La litotrizia extracorporea (eswl): analisi dei costi e implicazioni di politica sanitaria - Sanità pubblica, 1992; 1: 11-16

BRENNA ANTONIO

Il costo sociale dell'invecchiamento - Prospettive sociali e sanitarie, 1992; 8: 1-6

Il medico di medicina generale nell'assistenza sanitaria di base - Prospettive sociali e sanitarie, numero speciale 1992; 6/7

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

MATTIONI A.
(a cura di)

Verso l'U.s.l. azienda

Vita e pensiero, 1991,
pag. 566, lire 52.000

Il volume racchiude un'antologia di scritti intenti a favorire un apporto multidisciplinare. I contenuti si rivolgono tanto a problemi di tipo istituzionale-ordinamentale, oggetto di approccio giuridico, quanto a questioni di gestione al cui approfondimento concorrono studiosi di scienze economiche, di scienza dell'organizzazione e igienisti particolarmente attenti a temi di organizzazione sanitaria.

TOSCANO G.
(a cura di)

**Il calcolo dei costi
per attività lungo
la catena del valore
(activity-based costing)**

Edizioni Unicopli, 1991,
pag. 170, lire 22.000

La raccolta è dedicata al nuovo approccio alla contabilità direzionale e al calcolo del costo di prodotto, approccio che sembra prestarsi ad applicazioni estensive anche nelle aziende sanitarie. Illustrandone le logiche di funzionamento e le caratteristiche operative, il volume evidenzia attraverso un'analisi critica quale sia la sua reale applicabilità in azienda.

GIOVANNI COSTA
(a cura di)

**Manuale di gestione
del personale**

Utet, 1992, 3 volumi,
lire 390.000

L'esigenza di una chiarificazione e una ridefinizione dello status delle discipline e delle tecniche relative alla gestione del personale si è imposta in concomitanza con l'affermazione della loro rilevanza strategica.

Considerando la struttura nella sua accezione più ampia (comprendente anche cultura, sistemi operativi), si dovrebbe cogliere l'interazione che esiste tra strategia e struttura, tra soggetti e contesto ambientale, tra tecnologia e sistemi operativi.

Comprende una sezione dedicata alla pubblica amministrazione, che offre spunti interessanti per la gestione del personale nelle aziende sanitarie.

REDDIN BILL

L'efficacia managerialeFranco Angeli,
Azienda moderna, 1991,
pag. 377, lire 50.000

Dirigenti e manager possono ottenere enormi miglioramenti nell'efficacia, sia personale sia dell'organizzazione in cui operano, adottando un nuovo stile e nuovi metodi di direzione « orientati all'output ».

Reddin descrive, fase per fase, come costruire obiettivi misurabili per ogni mansione chiave in un'organizzazione e come verificare il corretto equilibrio tra attività e autorità eliminando sprechi, sovrapposizioni, vuoti e perdite di tempo. Il volume è ricco di esempi concreti, moduli e procedure adottati da aziende reali, grandi e piccole.

La qualità totale è ricca di una moltitudine d'approcci che ne fanno un sistema in costante evoluzione.

Trenta grandi specialisti francesi del management attraverso la qualità, hanno elaborato una vera e propria guida tecnica che permette a ogni responsabile di padroneggiare uno strumento che in questi ultimi anni ha fatto il successo delle imprese e che potrà contribuire in modo sensibile anche al miglioramento dei servizi sanitari.

LABOUCHEIX VINCENT
(a cura di)**Trattato
della qualità totale**Franco Angeli,
Azienda moderna, 1991,
pag. 512, lire 70.000LA ROSA MICHELE
ORSI WALTER
PORCU SEBASTIANO**Anziani, salute,
ospedale**Franco Angeli, 1990,
pag. 223, lire 25.000

Attraverso una ricerca sociologica, si è tentato di andare oltre l'analisi descrittiva e la rilevazione dei problemi degli anziani. La ricerca effettuata presso l'ospedale Bellaria di Bologna, ha consentito di capire meglio l'identità del servizio e rappresenta un modo per interpretare le carenze e le risorse esterne all'ospedale: quelle del sociale e dell'ambiente che incidono sulla salute. La soluzione al problema fa riferimento anche alla capacità politico-organizzativa e tecnica di sviluppare corresponsabilizzazioni e sinergie fra anziano, ambiti intersoggettivi e sistemi di riferimento.

La legge quadro 266, che disciplina il volontariato, è stata approvata in Parlamento l'11 agosto 1991. La sua emanazione rende urgente la comprensione del complesso « univolontariato ». Il libro propone infatti una lettura comparata di quanto attualmente in vigore nelle singole Regioni a livello normativo rispetto ad ambiti di intervento, requisiti del volontariato, finanziamenti e controlli ed un'analisi approfondita dell'utilizzo della convenzione e delle problematiche tuttora irrisolte.

CASOLINO E.,
SGARAMELLA N.**Il volontariato
tra società e istituzioni**Franco Angeli, 1992,
pag. 141, lire 18.000

SANTAGATA W.
(a cura di)

**Offerta privata
di beni pubblici**

Il Mulino, Bologna
1991, pag. 229,
lire 25.000

Il libro è un contributo a una teoria economica delle sponsorizzazioni e degli incentivi alla produzione di servizi pubblici intermedi.

I lavori qui raccolti analizzano tre aspetti del problema:

- 1) i nuovi sviluppi della teoria dei beni pubblici e dell'economia sperimentale;*
- 2) le organizzazioni senza fine di lucro;*
- 3) il ruolo delle imprese private nell'offerta di beni pubblici.*

L'infezione da Hiv ha suscitato interesse ed emozioni in tutto il mondo. A ciò ha contribuito l'effetto « sorpresa », le numerose zone d'ombra sulle conoscenze relative all'origine e alle modalità di diffusione dell'infezione attraverso i continenti, la gravità e la incurabilità degli stadi più avanzati, la giovane età dei soggetti colpiti, le strette connessioni con la sessualità e l'uso di droghe pesanti. Dalla fase delle paure, fantasie, condanne, emarginazioni, è opportuno si passi al terreno della pura speculazione, poiché anche l'Aids come tutte le infezioni, risponde a canoni epidemiologici, etio-patogeni e clinici propri che vanno indagati e portati alla luce.

CAZZULLO C.L.,
GALA C., RICCIO M.

**Aids insidia biologica
e disagio psico-sociale**

Utet, 1990,
pag. 308, lire 40.000

GANDINI CESARE

**Il rapporto
di pubblico impiego
per il personale delle
Unità sanitarie locali**

Maggioli editore, 1989,
pag. 375, lire 42.000

Uno strumento agile e utile per chi lavora nella sanità, per approfondire la conoscenza del proprio rapporto di lavoro e per trovare, ove possibile, risposte a problemi, dubbi e lacune che più frequentemente ricorrono riguardo gli operatori delle Unità sanitarie locali.

I più originali contributi di ricerca empirica sui controlli delle decisioni del governo locale sono emersi soltanto a metà degli anni '80, con ampio ritardo rispetto al decollo dell'esperienza dei Comitati regionali di controllo. Questa ricerca ha assunto lo scopo principale di contribuire a colmare questa lacuna, per mezzo di un'osservazione empirica ravvicinata (dal 1977 al 1988) di funzionamento dei Co.re.co. lombardi.

SPALLA FLAVIO

**Il controllo regionale
sulle decisioni
pubbliche**

Casa editrice
dott. A. Giuffrè, 1991,
pag. 82, lire 10.000

LANDOLO C.,
HANAU C.

**Etica ed economia
nella « azienda » sanità**

Franco Angeli, 1992,
pag. 285, lire 36.000

Etica ed economia sembrano difficilmente conciliabili, soprattutto se applicate alla « azienda » sanità, ove sono in gioco la salute e, talvolta, la vita stessa dei malati. Il libro fornisce la trattazione dei grandi temi con completezza e rigore, sia negli aspetti teorici, sia nelle applicazioni pratiche, sia nella denuncia civile dei misfatti più frequentemente commessi.

La domanda di benessere e di salute ha superato ogni aspettativa, ma l'aumento dei costi in tutto il mondo fa guardare con preoccupazione alla sanità come ambito apparentemente incontrollabile, mentre la crescita della tecnologia, soprattutto diagnostica e chirurgica, tende a porsi come momento esclusivo dell'atto della cura, trascurando le altre dinamiche presenti in un sistema sanitario maturo. Questo scenario pone molti dilemmi, che richiedono assunzioni di responsabilità a vari livelli.

GARAVAGLIA M. PIA
(a cura di)

**Gestione politica
del sistema sanitario**

Franco Angeli, 1992,
pag. 127, lire 24.000

CAMPANA A.,
OLIVIERO G.
(a cura di)

**Il cambiamento
organizzativo
in ospedale**

Rosenberg & Sellier,
1991,
pag. 158, lire 28.000

I diversi contributi sono stati suddivisi in tre sezioni. Nella prima si delineano, attraverso una prospettiva storica, le ipotizzabili tendenze del sistema sanitario, ponendole a confronto con i problemi attuali.

Nella seconda sezione vengono riportate metodologie di analisi, che inducono a riflettere circa nuove ipotesi di disegno e organizzazione degli ospedali e di integrazione tra gli stessi.

nella terza sezione, si evidenziano alcune delle possibili aree di miglioramento con le problematiche ad esse connesse.

TESI DI LAUREA

“LA RESPONSABILITÀ DI DIREZIONE GENERALE NELLE AZIENDE SANITARIE”

di **Enrico Movilia**

Tesi di laurea presentata all'Università commerciale « L. Bocconi », corso di laurea in Economia aziendale. A.A. 1990-91, Relatore: Elio Borgonovi.

L'analisi della funzione di direzione generale nelle aziende sanitarie pubbliche viene compiuta con riferimento alle teorie manageriali. Teorie alle quali sia l'opinione pubblica, sia gli operatori del settore, sia una buona parte delle forze politiche richiede soluzioni per questioni (la gestione « economica » delle U.s.l. e l'erogazione di servizi caratterizzati da un certo grado di qualità), che si vanno facendo sempre più urgenti.

La funzione direzionale assume un'importanza maggiore e via via sempre più determinante man mano che le organizzazioni vengono caratterizzate da elevata complessità. Infatti nelle organizzazioni complesse non è possibile far discendere, in modo « diretto », i criteri per l'impiego delle risorse, dalla semplice definizione degli obiettivi. Nel settore sanitario, in particolare, il problema della complessità deve essere analizzato considerando le aziende che vi fanno parte, da un lato come appartenenti all'insieme delle aziende pubbliche, dall'altro come aziende di servizio.

Le teorie manageriali hanno riconosciuto come fattore critico di successo per le aziende pubbliche il problema della soluzione della difficile equazione vincoli/margini d'azione, che nello specifico viene resa estremamente complessa dall'esperata proceduralizzazione che ne caratterizza le attività e la gestione. Le stesse teorie manageriali hanno quindi sottolineato alcune risposte in grado di razionalizzare la gestione di questo tipo di aziende. Principalmente si tratta di ricercare la semplificazione del processo decisionale, soprattutto attraverso una più efficace comunicazione tra i soggetti interessati.

In questo ambito si inserisce il discorso su una particolare attività, quella clinico-sanitaria, che si svolge in queste aziende. I medici e, in generale, il personale sanitario hanno infatti particolari caratteristiche di autonomia e responsabilità collegate al rapporto fiduciario con il paziente che rende ancor più complessa la loro gestione; le stesse caratteristiche dell'attività clinico-sanitaria incidono in modo rilevante sulla complessità che viene interessata da fattori quali l'incertezza e la non standardizzabilità degli interventi, l'urgenza o l'emergenza delle attività, la loro stessa differenziazione, la tecnologia e l'innovazione, il layout fisico ed organizzativo, la ricerca, oltre naturalmente ai risvolti morali, psicologici e sociali che il trattare stati di « disagio » comporta.

In questo tipo di aziende pubbliche all'alta direzione viene richiesto di « governare » fattori descritti attraverso un insieme di attività che, basandosi su valutazioni di convenienza comparata, prevedano la progettazione e la predisposizione di meccanismi operativi idonei al tipo di organizzazione, l'attribuzione agli stessi di diversi pesi, importanza e priorità, l'integrazione e il coordinamento dello svolgimento simultaneo dei medesimi meccanismi operativi operanti. Tra i vari modi possibili che esistono per « leggere », interpretare e valutare l'attività dell'alta direzione nel contesto aziendale, in questo lavoro si sono scelti due punti focali d'osservazione: il primo considera la gestione dei rapporti interpersonali (legata alla personalità e alla cultura individuale del singolo soggetto, alla sua leadership e al suo stile di direzione), il secondo il processo decisionale (caratterizzato da un insieme di elementi fondamentali: l'informazione, la comunicazione, la decisione vera e propria e l'azione).

Nel particolare contesto delle aziende sanitarie pubbliche si propone, e si riconosce come elemento di successo, una gestione dei rapporti interpersonali principalmente di tipo partecipativo, basata sul coinvolgimento diretto degli operatori, e questo a causa delle caratteristiche professionali e culturali dei medici (autonomia e responsabilità clinica), con lo scopo preciso di responsabilizzarli non solo sull'aspetto sanitario della loro attività, ma anche su quelli organizzativo ed economico-gestionale.

Compatibile e, anzi, particolarmente adatto a questa modalità di gestione, si propone un processo decisionale di tipo « bottom-up », il quale, partendo dalla base, sappia canalizzare le conoscenze dell'organizzazione verso il vertice decisionale.

Soffermando l'attenzione sui risultati di alcune interviste-colloquio svolte con amministratori straordinari di U.S.I. lombarde (coloro che « anticipano » secondo la legge 111/91 i futuri direttori generali previsti dal disegno di riforma), ciò che è risultato in modo chiaro è la grande importanza accordata alla « monocraticità del nuovo ruolo di D.G. Tale « soluzione » gestionale-direttiva sembra infatti offrire sufficienti garanzie per una maggiore decisionalità del vertice direttivo dell'azienda sanitaria, superando tutte le difficoltà tipiche degli organi collegiali (soprattutto se caratterizzati dalla gestione politica e partitica). Tuttavia, attendendo un'applicazione più concreta della riforma, la maggiore autonomia decisionale e il carattere monocratico del ruolo di direzione generale richiedono assolutamente una maggiore collaborazione tra il vertice e il resto dell'organizzazione. Collaborazione che anche in questo lavoro emerge come fattore critico di successo.

« LA PROGRAMMAZIONE NELLE U.S.L. »

di Mirella Peracchi

Tesi di laurea presentata all'Università degli Studi di Parma, corso di laurea in Economia Aziendale. A.A. 1990/91. Relatore: Fabrizio Pezzani.

Negli ultimi anni la funzione di « programmazione » nelle aziende sanitarie ha mutato significato: l'attività di programmazione volta a « correlare le risorse ai bisogni di salute » si sta trasformando in un processo di « elaborazione, applicazione, verifica, controllo, modificazione dei piani, programmi, direttive » nell'intento di rendere l'azione sanitaria il più coerente possibile con l'ambiente in cui tale azione si muove.

Ciò è derivato dall'assoluta necessità di migliorare il prodotto sanitario in termini di qualità, efficacia ed efficienza, affinché l'utente si possa ritenere soddisfatto del servizio ricevuto.

Il processo sopra descritto si traduce nei sistemi di controllo gestionali, già ampiamente adottati nel settore privato, ma che si configurano come « innovazioni » nel settore pubblico sanitario. Naturalmente non possono essere ripresi acriticamente i sistemi impiegati nel settore privato, ma si ritiene indispensabile progettare e appli-

care modelli gestionali-organizzativi *ad hoc*, a causa delle caratteristiche peculiari che il settore sanitario presenta. Le peculiarità derivano da una parte dall'appartenere al settore pubblico, dall'altra dal particolare servizio erogato.

Il fattore « pubblico » influenza in modo incisivo sia l'organizzazione, che la gestione delle aziende sanitarie, in quanto non si possiede un obiettivo unitario di gestione sul piano della funzionalità e dell'equilibrio economico, e neanche un potere decisionale unitario. Inoltre l'interesse generale stimola in minor misura il comportamento degli operatori rispetto all'interesse individuale, e la rinuncia al meccanismo di mercato e al criterio della convenienza economica, che si traduce nella cessione di servizi senza il corrispettivo di un prezzo, provoca nelle aziende sanitarie l'assenza di una misura oggettiva dell'utilità del servizio.

Infine, l'organizzazione della sanità si compone di aziende composte pubbliche di tipo burocratico il che comporta una forte rigidità di funzionamento.

Afferenti l'aspetto « sanitario » si possono individuare alcune caratteristiche rilevanti le quali producono comportamenti gestionali particolari, quali il carattere « professionale » (che provoca una divaricazione tra responsabili economici e sanitari) e la tipologia del servizio erogato implicante forti elementi di personalizzazione. L'insieme dei suddetti fattori comporta l'esistenza di una divaricazione tra coloro che decidono le politiche da adottare e coloro che hanno il compito e la responsabilità di implementarle, senza che si realizzi una verifica delle effettive possibilità operative a riguardo.

Attualmente in alcune Regioni italiane si stanno sperimentando tipi diversi di sistemi di programmazione e controllo. Più specificatamente si è analizzato il caso della U.s.l. n. 16 di Modena, la quale ha relizzato a partire dal 1991 un particolare sistema di controllo gestionale: il sistema di Budget. Esso si configura come « sistema di programmazione » annuale e si realizza per mezzo di un processo di negoziazione di obiettivi e risorse attuato sulla base di un puntuale confronto con fenomeni reali. In altre parole, la sperimentazione riguarda l'introduzione di un sistema di programmazione e controllo in base al quale ogni responsabile di settore, servizio, unità operativa, nell'ambito degli obiettivi strategici generali di U.s.l. definisce in modo coordinato i propri obiettivi nonché il tempo e le risorse necessari per raggiungerli, determinando così i parametri di riferimento per la guida e la valutazione della gestione.

Il sistema di budget è supportato da una struttura organizzativa articolata per centri di responsabilità volta ad assicurare una maggiore responsabilizzazione dell'attività svolta. Il processo di gestione budgettario della U.s.l. n. 16 di Modena si sviluppa nei seguenti 3 momenti principali:

- a) predisposizione del budget dell'intera U.s.l. per l'esercizio successivo;
- b) gestione budgettaria nel corso dell'esercizio con l'attivazione di momenti di verifica periodici (trimestrali);
- c) valutazione dei risultati conseguiti.

Lo strumento metodologico adottato per rendere il più possibile realistica la formulazione del budget è la « scheda di budget » per mezzo della quale si realizza un processo di programmazione definito « bottom-up ».

Tale processo concepisce infatti la programmazione come flusso di analisi e previsioni dai livelli organizzativi inferiori fino a coprire l'intera struttura. È necessario sottolineare che la formulazione del budget annuale deve essere coerente con la pianificazione di medio lungo termine, e in particolare deve rappresentare la duplice funzione di realizzare operativamente gli indirizzi pianificati e contemporaneamente di correggere gli aspetti insoddisfacenti.

Il sistema di budget si presenta quindi come un processo di programmazione mediante il quale ovviare allo scollamento derivante dalla divaricazione tra politiche sanitarie e struttura dell'attività e dell'applicazione delle risorse.

« PECULIARITÀ DEL CONTROLLO DI GESTIONE IN UN ISTITUTO SCIENTIFICO NEL SETTORE SANITARIO »**di Maria Sgrò**

Tesi di laurea presentata all'Università Commerciale « L. Bocconi », corso di laurea in Economia Aziendale. A.A. 1991-92. Relatore: Elio Borgonovi.

Vi è una molteplicità di concetti economici che sempre più frequentemente sono proposti per migliorare il funzionamento complessivo del S.s.n.. Tali concetti divengono così punti di riferimento per indirizzare la gestione delle organizzazioni sanitarie verso un costante miglioramento delle modalità di utilizzo delle risorse ma anche della qualità delle prestazioni, della professionalità degli operatori, ecc..

In particolare, il controllo di gestione è propriamente rivolto a mettere in atto una responsabilizzazione sui costi e sui risultati della gestione richiamando l'attenzione contemporaneamente:

- 1) sui risultati che si vogliono perseguire;
- 2) sulle modalità di utilizzo delle risorse.

Il controllo di gestione è definibile, infatti, come un meccanismo operativo che dopo aver individuato gli obiettivi specifici, permette di verificare costantemente il livello di raggiungimento degli stessi e di promuovere così tutte le azioni più idonee a migliorare il livello di efficacia e di efficienza.

Nel 1991, all'interno dell'istituto neurologico Carlo Besta è stato avviato lo studio di un nuovo sistema di controllo di gestione.

Il vecchio sistema di controllo di gestione presentava, tra gli altri, il limite della lentezza nel recuperare le informazioni. Non essendo possibile utilizzare un sistema automatizzato di rilevazione dati, tutto il procedimento era effettuato manualmente. I dati venivano quindi rilevati in ritardo, tanto da diventare quasi insignificanti e rendere le eventuali azioni correttive ormai inutili.

Il vecchio sistema era piuttosto una semplice rilevazione dati a consuntivo. Ci si limitava infatti a raccogliere i dati una volta all'anno, quando questi erano disponibili, e comunque solo con riferimento all'intero istituto, senza operare alcun tipo di disaggregazione. La rilevazione dei dati non permetteva alcuna azione retroattiva né nei confronti degli obiettivi né nei confronti della gestione.

Questo accadeva principalmente perché i dati venivano rilevati in ritardo rispetto alla manifestazione degli accadimenti, ma anche a causa della mancanza di integrazione e coordinamento tra i vari reparti dell'istituto.

Ancora oggi, nonostante il tentativo di introdurre un nuovo sistema di controllo di gestione, la mancanza di coordinamento e dialogo tra gli operatori dell'Istituto neurologico è evidente. È evidente una frattura tra coloro che si occupano di amministrazione, o comunque coloro che sono interessati a rilevare dati economici, e i professionisti, la maggior parte dei quali ancora oggi non ha nessuna intenzione di affiancare alla propria professione una responsabilizzazione sugli aspetti gestionali.

Questi problemi sono conseguenza della mancanza di cultura aziendale all'interno dell'istituto, che rende difficile sensibilizzare gli operatori sulla necessità di occuparsi anche di dati economici per meglio esercitare la professione medica. Il controllo di gestione infatti non deve tendere a far disinteressare i professionisti alla propria professione ma, al contrario, deve tendere a un'integrazione tra cultura aziendale e valori tipici della professione.

Nella fase di implementazione del nuovo sistema di controllo di gestione sono stati fatti molti sforzi nel tentativo di coinvolgere gli operatori dell'istituto, ma soprattutto per diffondere una cultura aziendale completamente assente se non a livello di qualche dirigente o primario di reparto. Nonostante questi impedimenti, grazie al volere della dirigenza si è tentato comunque di introdurre un controllo sui costi al fine di fornire le prestazioni in modo efficace ed efficiente.

Dalla considerazione dei passi che sono stati fatti al momento attuale, e di quelli che il gruppo di lavoro prevede si faranno nel prossimo futuro, è evidente la difficoltà di ritrovare gli strumenti e i criteri di progettazione tipici di un sistema di controllo di gestione.

Le prime incongruenze si trovano nel piano dei centri di costo che attualmente esiste all'istituto neurologico si tratta infatti di un piano non ancora articolato, costruito sulla base delle informazioni che in quel momento era possibile reperire con facilità.

Ci si è fermati a un primo criterio di individuazione dei centri di costo, cioè all'aderenza alla struttura organizzativa e alle specifiche responsabilità organizzative.

Anche la definizione di un elenco analitico dei fattori produttivi è stata rinviata al momento in cui si realizzerà un affinamento delle caratteristiche tecniche del sistema e una crescita della cultura manageriale dell'istituto.

Ci si è fermati ad un primo livello di articolazione, consci soprattutto della mancanza di informazioni utili per procedere oltre.

Si è trattato, in sostanza, di una scelta coerente con le condizioni organizzative e gestionali dell'istituto, ma soprattutto con le informazioni a disposizione, evitando così scelte eccessivamente analitiche o sintetiche che non sarebbero probabilmente riuscite ad allocare i principali elementi di costo.

« TENDENZE DI CAMBIAMENTO ORGANIZZATIVO NELL'OSPEDALE: IL CASO DELLA DIPARTIMENTALIZZAZIONE »

di Gabriella Di Pietro

Tesi di laurea presentata all'Università degli Studi di Bologna, corso di laurea 1992/1993. Relatore: Severino Salvemini.

La comprensione dei fenomeni di funzionamento delle organizzazioni sanitarie richiede schemi interpretativi che permettano di cogliere i meccanismi di adeguamento dell'organizzazione al mutare dell'ambiente.

La scelta dell'approccio sistemico allo studio dell'ospedale risponde proprio a questa esigenza.

Nel tentativo di impostare un modello interpretativo essenzialmente dinamico e di indagare nel flusso di comunicazioni all'interno dell'organizzazione e tra questa e il mondo esterno, l'analisi dell'ospedale è stata impostata su due piani essenziali, strettamente correlati tra loro:

— il piano delle interrelazioni interne, allo scopo di cogliere la molteplicità di elementi che costituiscono il sistema ospedale e il modo in cui le parti interagiscono fra loro ai vari livelli;

— il piano dell'interscambio con l'esterno, allo scopo di capire in che modo l'ambiente sociale, politico, economico e culturale esterno influisce sul suo funzionamento.

I risultati dell'analisi così impostata evidenziano una realtà organizzativa estremamente complessa.

È in atto, infatti, da diversi anni un continuo processo di specializzazione che vede il sistema organizzativo sanitario rispondere all'incertezza dell'ambiente con una spiccata differenziazione delle strutture organizzative.

Tale tendenza è ancora più accentuata nell'ospedale, dove la specializzazione professionale sempre più segue — anziché anticipare — la specializzazione tecnologica, così nuove professionalità e nuove funzioni nascono dalle precedenti come per un processo di gemmazione continua.

Ma, se da un lato la specializzazione della scienza medica significa garanzia di una cura appropriata o di una prestazione mirata, dall'altro esigenze di efficienza

ed efficacia del sistema richiamano la necessità di un adeguato livello di integrazione e coordinamento tra unità operative naturalmente portate a valorizzare e a rafforzare il loro specifico professionale.

Nonostante ciò, nello schema organizzativo ospedaliero ancora oggi prevalente, la specializzazione di ordine clinico è l'unico elemento di indirizzo dell'utente e nello stesso tempo di razionalizzazione organizzativa.

La progettazione e l'utilizzazione di opportuni strumenti di integrazione tra i servizi ospedalieri e tra questi ed i servizi extra-ospedalieri risponderebbe a due ordini di esigenze:

— *l'efficienza del sistema*, in quanto limiterebbe la duplicazione e lo spreco di risorse, che frequentemente si ripropongono:

1) perché la ripetizione di compiti simili per ottenere una data prestazione comporta l'impiego di risorse aggiuntive;

2) perché l'ospedale, svincolato da ogni disegno programmatico ordinatore dei servizi per la tutela della salute individuale e collettiva, tende a riproporsi come un'area di crescente consumo di risorse per far fronte ad una domanda spesso indifferenziata di prestazioni, che potrebbero in altra sede ricevere adeguate risposte;

— *l'efficacia del processo assistenziale*, al fine di assicurare al paziente « un'assistenza di qualità ».

Un tale tipo di assistenza si genera sì nel momento in cui è di qualità l'assistenza erogata da ciascuna delle strutture, ospedaliere ed extra-ospedaliere, ma ugualmente necessario è che si venga a costituire una continuità delle cure prestate ai pazienti nei diversi ambiti.

La risposta a tali esigenze investe la ridefinizione dell'intera struttura ospedaliera, attraverso l'elaborazione e l'applicazione di nuovi modelli organizzativi più flessibili, in grado di impedire la settorializzazione degli interventi e di consentire un adeguamento costante a variabili interne ed esterne al sistema in continua evoluzione.

È in questo contesto che ha preso corpo l'idea dipartimentale quale superamento della differenziazione specialistica degli studi e del modo di esercitare la medicina. *Il dipartimento può essere definito come un modello organizzativo che può comprendere divisioni, sezioni e servizi intra ed extra-ospedalieri tra loro affini e complementari in modo che, unificando le risorse umane, finanziarie, tecniche e scientifiche ed integrando le attività assistenziali, didattiche e di ricerca, si raggiunga il massimo livello possibile quali-quantitativo nell'erogazione delle prestazioni, riducendo i costi ad esse collegati.*

Nonostante la ricchezza di produzione letteraria e legislativa il modello dipartimentale non ha trovato concrete applicazioni sul campo. Tra le cause principali di tale incongruenza si riscontra l'errore frequente — quando si cerca di attuare processi di mutamento pianificato — di privilegiare la fase di definizione del modello a scapito di quella applicativa.

Ne consegue una scarsa attenzione di problema del come gestire il passaggio dal vecchio al nuovo modello, sottovalutando sia le immancabili resistenze al cambiamento all'interno dell'organizzazione, sia i vincoli introdotti dal progetto stesso che ne rendono problematica l'applicazione.

COSTO DELL'ABBONAMENTO PER L'ANNO 1992: L. 120.000

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

L'abbonamento annuo a **MECOSAN** Management ed economia sanitaria, decorre dall'inizio di ciascun anno solare e dà diritto, in qualunque momento sia stato sottoscritto, a tutti i numeri pubblicati nell'annata.

Si intende tacitamente rinnovato se non perviene disdetta alla soc. editoriale, con lettera raccomandata, entro il 30 novembre dell'anno precedente a quello, cui la disdetta si riferisce.

La disdetta può essere posta in essere solo dall'abbonato che sia in regola con i pagamenti.

Per l'abbonamento non confermato, mediante versamento della relativa quota di sottoscrizione, entro il 30 marzo dell'anno a quello cui la conferma si riferisce, la soc. editoriale si riserva di sospendere l'inoltro dei fascicoli alla data del 30 aprile di ogni anno, fermo restando per l'abbonato, l'obbligazione sorta anteriormente. L'amministrazione provvederà all'incasso nella maniera più conveniente, addebitando le spese relative.

In caso di mancato, ritardato e/o insufficiente pagamento, l'abbonato è tenuto a corrispondere inoltre gli interessi di mora, nella misura del 2% (duepercento) mensile, sul prezzo di abbonamento. Inoltre tutte le eventuali spese sostenute dalla **SPES** per il recupero di quanto dovutole, ivi comprese le spese legali (sia giudiziali che stragiudiziali) saranno a carico dell'abbonato inadempiente, che dovrà effettuare il pagamento su semplice richiesta.

Il pagamento dell'abbonamento, per essere considerato immediatamente liberatorio, dovrà essere effettuato con versamento sul:

c.c.p. n. **72902000** intestato a **SPES** - Viale Parioli, 77 - 00197 ROMA

Il prezzo di abbonamento per l'anno 1992 è fissato in:

L. 120.000 per l'abbonamento ordinario

In caso di **abbonamento plurimo** (+ copie), si applica:

per ordine di almeno 6 abbonamenti - la riduzione del 3%
per ordine di almeno 12 abbonamenti - la riduzione del 5%
per ordine di almeno 24 abbonamenti - la riduzione del 10%
per ordine di almeno 36 abbonamenti - la riduzione del 15%

Per qualsiasi controversia è competente esclusivamente il foro di Roma.

È ammesso, per i fascicoli non pervenuti all'abbonato, reclamo, per mancato ricevimento, entro 30 gg. dall'ultimo giorno del trimestre di riferimento del fascicolo; la soc. editoriale si riserva di dare ulteriormente corso all'invio del fascicolo relativo, in relazione alle scorte esistenti.


Decorso in ogni caso il predetto termine, il fascicolo si spedisce contro rimessa dell'importo riservato per gli abbonati (sconto del 25% sul prezzo di copertina di L. 35.000).

Non è ammesso il reclamo, se il mancato ricevimento sia dovuto a cambiamento di indirizzo non comunicato, per tempo, mediante lettera raccomandata alla soc. editoriale, e non sia stata contemporaneamente restituita l'etichetta riportante il vecchio indirizzo.

Le richieste di mutamento di indirizzo vanno accompagnate da L. 1.000 in francobolli.

La spesa per l'abbonamento a MECOSAN, trattandosi di rivista tecnica, potrà essere considerata costo fiscalmente deducibile dai redditi professionali d'impresa.

Pubblicazione:

- edita da **SPES** soc. ed. iscritta al n. 285 del Reg. Naz. della Stampa in data 22 settembre 1982
- registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 3 in data 8 gennaio 1992
- fotocomposta da **Giuseppe Fratini**, v.lo Empolitana, 2/a, Tivoli, Tel. 0774/330259, Fax 0774/330260
- stampata dalla **Grafica Ripoli**, v.lo Empolitana, 2, Tivoli, Tel. 0774/22775, Fax 0774/22775
- spedita in abbon. postale gruppo IV/70% - Aut. P.T. Roma
- prezzo di una copia: L. 35.000
- associata all' 

Proprietà letteraria riservata

Gli articoli firmati esprimono l'opinione dei singoli autori e non della direzione della rivista. La rivista non assume alcuna responsabilità per le notizie di cui è citata la fonte.

Le riviste in cambio e le opere per recensione (queste ultime in triplice copia) vanno inviate alla direzione della rivista.

La direzione è grata a tutti coloro, che ritengono utile collaborare con la redazione della rivista. I manoscritti non si restituiscono anche se non pubblicati.

Gli articoli sono protetti dalle norme sui diritti di autore. Ne è vietata la riproduzione sotto qualsiasi forma.

Modalità di abbonamento:

Per abbonarsi per l'anno 1992 versare l'importo di **L. 120.000** mediante c.c.p. n. **72902000** intestato a **SPES** - Roma o inviare assegno circolare o bancario, non trasferibile, intestato a **SPES** - 00197 Roma - Viale Parioli, 77.

L'abbonato ha diritto — dietro rimborso delle spese postali e di fotocopie — di richiedere, entro 60 giorni dall'ultimo giorno del mese, individuante il fascicolo, gli « articolati » delle proposte di legge presentate in Parlamento, eventuali « allegati » a leggi, rapporti, pareri, che **MECOSAN**, per ragioni di spazio, è costretta a pubblicare solo in parte. L'abbonato potrà, anche mediante fax, richiedere notizie sul corso di provvedimenti legislativi regionali.

Pubblicità:

Per la pubblicità: **SPES** - Viale Parioli, 77 - 00197 Roma
Tel. (06) 807.33.68 - Fax (06) 808.58.17.