

Gli ospedali del futuro

Gianluca Bruttomesso, Paolo Biscaro

Gli ospedali pubblici? Vecchi e impossibili. Parola di Elio Guzzanti, ex ministro della Sanità e direttore uscente dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali. Le strutture ospedaliere italiane hanno un'età media di 70 anni; per rifar loro il look sono stati messi in campo nel 1988 più di 22 mila miliardi, ma non sono sufficienti per adeguare tutti i posti letto pubblici; non rimangono fondi per i restanti 117.928 posti letto (il 45.5% del totale). Per questo, in calce a un dettagliato rapporto sullo stato delle strutture ospedaliere italiane, reso pubblico l'estate scorsa, Elio Guzzanti ha chiesto all'attuale ministro della Sanità di cambiare rotta. Di qui anche l'invito a puntare sulla cooperazione fra pubblico-privato, su private finance initiative, day surgery e day hospital e sulle possibili alternative all'ospedalizzazione. Ma non sono soltanto le strutture ospedaliere a soffrire oggi di gravi carenze, tanto da indurre taluni commentatori a invocare una forma di "rottamazione ospedaliera ad hoc"; anche la rete dei servizi ospedalieri chiede di essere ridisegnata, "tanto per cominciare applicando standard più restrittivi per le dotazioni di posti letto, basati sia sulla frequenza dei ricoveri che sull'utilizzo effettivo" ha ribattuto il ministro della Sanità Rosy Bindi ai suggerimenti contenuti nel rapporto Guzzanti.

È proprio nell'alveo assai ampio che raccoglie queste problematiche, e di cui il profondo malessere della sanità ospedaliera rappresenta agli occhi dell'opinione pubblica la spia forse più evidente, che si colloca il forum di discussione organizzato di recente dalla Fondazione Smith Kline e dalla Poliambulanza di Brescia presso la sala convegni della Casa di Cura bresciana sul tema "Il futuro degli ospedali nel sistema sanitario". In queste pagine proponiamo il dibattito a più voci che ne è scaturito, ricco d'interrogativi in larga parte ancora senza risposta, ma rappresentanti le linee guida su cui impostare una riforma dell'istituto ospedaliero e dei suoi rapporti con le altre componenti del Ssn.

"Qual è l'idea di ospedale che deve essere presa a modello oggi per corrispondere alle richieste in continua evoluzione che provengono dai cittadini e dagli stessi operatori del sistema sanitario ospedaliero?" esordisce Marco Trabucchi, ordinario di Farmacologia alla II Università di Roma e responsabile della Sezione Politiche Sanitarie e Sociali della Fondazione Smith Kline, tracciando le linee guida del forum.

Sono quattro le piste di riflessione sulle quali si articolano gli

interventi: a) l'evoluzione dell'ospedale: da struttura di ricovero a complesso tecnico-scientifico ad alto costo; b) il moderno ospedale è solo chirurgico e tecnologico o vi è spazio per la diagnosi e la cura delle patologie mediche? E in quali discipline?; c) dimensioni e dotazioni di un moderno ospedale rispetto a uno specifico bacino di utenza; d) problemi di remunerazione delle prestazioni e nuova organizzazione ospedaliera. Gli interventi hanno l'effetto di moltiplicare, come attraverso le lenti di un caleidoscopio, gli interrogativi sul futuro della sanità ospedaliera, e nel contempo riflettono la crisi presente. A partire dalla profonda insoddisfazione avvertita in primis dagli operatori della sanità, che vogliono mettere in discussione il ruolo assunto oggi dall'ospedale. "E cioè quello" spiega Nicola Falcitelli, presidente della Fondazione Smith Kline ed ex direttore del Dipartimento di Programmazione del Ministero della Sanità "di una struttura che si caratterizza in quanto cura intensiva ad alto contenuto tecnologico delle patologie a elevata complessità ma che non è sempre in grado di seguire con rapidità l'evoluzione tecnologica, né di discostarsi dalla funzione ospedaliera che fino a questo momento si è riscontrata".

Di quale natura è l'insoddisfazione presente fra gli operatori? "Ci sentiamo privati della nostra funzione professionale di medici ospedalieri, versiamo in uno stato di profondo disagio", si è lamentato di recente il segretario nazionale dell'Anao, Enrico Bollero. Insoddisfazione, secondo Nicola Falcitelli, dovuta a due fattori principali. "Da una parte alla crescita esponenziale della spesa ospedaliera, che impegna una quota sempre più consistente del fondo sanitario (60 per cento come minimo) a danno evidentemente di altri settori; ma anche al fatto" aggiunge Falcitelli "che il compito di tutela della salute va ben oltre la funzione dell'ospedale".

In altre parole se si riuscisse a spendere di meno per l'assistenza ospedaliera si potrebbero indirizzare risorse a un livello più generale della tutela della salute.

Ma andiamo con ordine. Occorre compiere un passo indietro, per poter ricomprendere "storicamente" il significato del termine "ospedale". Questo infatti rappresenta in origine il luogo, spesso costruito con risorse della comunità locale, nel quale venivano "ospitati" i componenti della comunità stessa in temporanea difficoltà per motivi di salute o per necessità assistenziali. Dette strutture erano espressione del contesto culturale del loro tempo e pertanto carenti sia sotto il profilo del comfort, sia sotto il profilo delle dotazioni tecniche o professionali, prevalendo appunto l'aspetto della ospitalità su quello della cura della malattia. Ma questo modello è stato messo in crisi dal mutato contesto culturale e dallo sviluppo tecnologico, il quale ha modificato radicalmente il modo di fare diagnosi e terapia; e di conseguenza anche il bisogno del cittadino si è evoluto da una generica richiesta di ospitalità a una precisa domanda di ripristino dello stato di salute, magari in un ambiente confortevole, e mediante l'uso delle più aggiornate tecnologie e delle più qualificate professionalità. Tecnologie e professionalità che comportano costi sempre più elevati, sopportabili soltanto a certi livelli di economie di scala; conseguentemente si è ridotta la degenza media e aumentato il numero dei ricoveri: in altre parole è venuta meno l'ospitalità e il posto letto è divenuto strumentale a una pluralità di approcci diagnostici e

terapeutici da effettuare nel più breve tempo possibile, poiché, diversamente, nessun sistema sanitario potrebbe sopportarne gli elevati costi. “Occorre tornare all’ospedale del ‘500” insiste Gianni Giorgi, direttore dell’Azienda ospedaliera di Parma. “Nel ‘500 l’ospedale era soprattutto un scelta di cultura: esisteva cioè la comprensione che la gente si poteva anche curare, non solo assistere: è questa la scommessa vincente che hanno sempre sostenuto gli ospedali. Allora, se la gente si può curare, l’ospedale deve essere prima di tutto un centro di conoscenze, quindi anche di conoscenze tecnologiche. Che cos’è l’ospedale se non un insieme di specialisti? Questa è la sua vera identità. Su questo concetto bisogna impostare l’intero discorso”. A livello di sistema, stante la contrapposizione fra economia di piano ed economia di mercato, la questione da porre è: come introdurre elementi di mercato all’interno di un’economia di piano?

Ma i quesiti aperti sono anche altri, di ordine più generale. Quali sono le conseguenze principali, in termini di nuovi scenari che si aprono nel “sistema ospedale”? Secondo Nicola Falcitelli ne esistono almeno tre, in ordine all’organizzazione interna degli ospedali (crescente specializzazione all’interno dell’ospedale, sviluppo di un modello di tipo dipartimentale), alla modalità di erogazione delle prestazioni (tutte le forme alternative alla degenza di tipo tradizionale, fra cui l’ospedalizzazione diurna, l’ospedalizzazione domiciliare, l’assistenza ambulatoriale specifica per determinate patologie) e alle relazioni che gli ospedali devono avere con gli altri servizi presenti sul territorio (integrazione dei servizi ospedalieri con i servizi territoriali, atti a garantire la continuità assistenziale).

Diversi sono i nuovi scenari che si prospettano per il nosocomio del Duemila: dalla riconduzione dell’ospedale entro limiti quantitativi determinati, ai progetti d’incentivazione di day hospital, validi in alcuni casi e luoghi; o ancora dal blocco delle assunzioni, per tutelare il personale ospedaliero, al tentativo di introdurre un nuovo sistema di pagamenti delle prestazioni, fino a oggi servito più a evidenziare le distorsioni del sistema che a risolvere la questione. Di fronte ai diversi tentativi, finora sfumati, di ridefinizione dell’assetto dell’istituto nosocomiale, com’è possibile arrivare a una reale modifica del ruolo dell’ospedale nel Sistema Sanitario Nazionale? “Solo dall’interno del sistema ospedale può scaturire la risposta” sostiene Falcitelli “e solo se i vari operatori ospedalieri sapranno individuare una soluzione che possa far riconsiderare l’organizzazione ospedaliera nel contesto del sistema sanitario, questa potrà un domani essere recepita a livello normativo”. Addentrarsi ulteriormente nel cuore della discussione significa, secondo Marco Trabucchi, porsi la domanda su “quali siano le competenze dell’ospedale moderno”. Ciò presuppone il superamento del modello tradizionale dell’ospedale fondato sull’“hospitalitas”. Ma ciò passa necessariamente attraverso la via della sperimentazione condotta secondo linee precise: il controllo di gestione, la definizione degli outcome interni all’ospedale e rispetto alla domanda complessiva proveniente dal territorio. I compiti dell’ospedale (chirurgia, alte tecnologie - per quella parte non gestibile in day hospital o in ambulatorio - e la medicina per acuti) devono essere riconfigurati alla luce della ridefinizione dei pazienti che devono essere trattati in regime di ricovero. “I nostri clienti sono forse i pazienti fragili (molto anziani, con polipatologia) o con singole patologie complesse che richiedono alta intensità diagnostica e terapeutica?” si domanda ancora Marco Trabucchi. E ancora, “la riabilitazione ospedaliera ha un significato clinico nella nuova organizzazione o si devono prevedere strutture ad hoc extraospedaliere?”.

Per quanto riguarda poi l’organizzazione interna nosocomiale resta ancora da sperimentare la soluzione dipartimentale. “Ha senso realizzare un unico dipartimento medico a cui afferiscano specialità di tipo medico e un ruolo di gestione della fase post-chirurgica (per esempio l’ortopedia dell’anziano)?” incalza Trabucchi. E non è tutto. “Le malattie croniche quale accoglienza hanno all’interno dell’ospedale? Come viene gestita la continuità della cura? Poiché l’ospedale domiciliare non sta in piedi con pazienti di una certa complessità, quale può essere il raccordo dell’ospedale con questi pazienti? Esiste un rapporto tra l’ospedale e l’extraospedaliero?” sono altre questioni poste da Trabucchi. Un altro aspetto riguarda l’umanizzazione dell’ospedale. In questa prospettiva, anche la programmazione sanitaria risulta profondamente intaccata rispetto agli standard del passato. Forse l’esempio statunitense aiuta a capire in quale direzione occorra rivolgersi. Negli Usa fra il 1980 e il 1985 la spesa ospedaliera è stata ridotta dal 44 al 37 per cento della spesa complessiva, mentre si è rilevato un incremento fortissimo dei costi medi per caso trattato, dovuto ai costi della tecnologia. Per recuperarli si è fatto ricorso alla riduzione della qualità e quantità delle prestazioni. “Questo è un richiamo forte anche per la sanità italiana, che

deve pur interrogarsi sul problema delle risorse” aggiunge Trabucchi. “Quindi il problema della remunerazione degli addetti si connette a questo livello, considerato che la tecnologia va intesa come una variabile in crescita continua. La difesa delle strutture ospedaliere è la protezione migliore che possiamo offrire ai nostri pazienti” conclude Trabucchi.

La riflessione si approfondisce attraverso l’intervento di Sandro Albini, amministratore delegato della Poliambulanza di Brescia, il quale compie una disamina sulle dimensioni e dotazioni di un moderno ospedale rispetto a uno specifico bacino d’utenza. “Ha ancora senso che vi siano strutture anche importanti senza completezza disciplinare: per esempio una cardiologia priva di UCC o dei servizi di emodinamica ed elettrofisiologia?” si chiede Albini. Il quesito si collega col sistema di remunerazione a tariffa predeterminata, il quale richiede che la diagnosi sia fatta nel tempo più contenuto possibile. “Alcune discipline di area medica (per esempio, cardiologia) si sono tecnologizzate, operano con supporti diagnostici pesanti (emodinamica, elettrofisiologia, cardiologia e cardiocirurgia): ma noi abbiamo cardiologie che sono prive di possibilità diagnostica raffinata, con un via vai di gente costretta a spostarsi per raggiungere la completezza diagnostica richiesta. O si deve ricorrere a strutture del territorio per un completo approccio diagnostico? Invece di una disseminazione di strutture non devono piuttosto essere individuati dei centri di riferimento ai quali afferiscano presidi ospedalieri a minore intensità tecnologica?”.

“È ancora ipotizzabile una classificazione delle strutture in funzione dei compiti a essa attribuiti (cioè di interesse regionale, provinciale, e zonale) e con quali discipline?” si chiede Albini. “E in relazione a ciò si può ipotizzare anche una dimensione che vada da un massimo di mille letti a un minimo di 200-250?”. “Ha poi ancora senso che vi siano strutture per acuti con dentro unità funzionali di riabilitazione generalmente non collegate con le patologie trattate in acuzie, oppure ci si deve orientare verso una netta distinzione tra i due settori lasciando nelle strutture per acuti soltanto dei servizi riabilitativi per la sola fase di mobilitazione?”

“Una struttura dedicata alla riabilitazione, quali patologie deve trattare per essere significativa? Quale interdipendenza tra strutture per acuti e strutture riabilitative?” “La lungodegenza o la lungodegenza riabilitativa in regime di ricovero è qualche cosa di diverso rispetto alle attività assistenziali esercitate in una Rsa? È possibile individuare un discrimine netto tra le due tipologie?” “Le linee guida sulla riabilitazione di recente emanate mettono un po’ d’ordine tra le diverse tipologie riabilitative: la loro applicazione suppone la riconversione di strutture attualmente per acuti; sono disponibili strumenti e politiche che ne consentano la concreta attuazione?”

Dunque, in sintesi: competenza interdisciplinare, dimensione territoriale, distinzione funzionale fra strutture per acuti e riabilitazione; questi i nodi da sciogliere secondo Sandro Albini.

Le questioni poste si collegano, in ultima analisi, ai problemi di remunerazione delle prestazioni e alla nuova organizzazione ospedaliera. Un quadro sintomatico della situazione è disponibile per quanto riguarda la regione Lombardia. Dopo l’introduzione di tariffe che vengono applicate pressoché in maniera uguale in Lombardia, per le strutture pubbliche e private, si è avuto l’effetto di una moltiplicazione delle prestazioni.

Comportamenti opportunistici degli erogatori, espansione del volume di attività, trattamento in ricovero di patologie a bassa complessità, sottoremunerazione di prestazioni complesse (trapianti, interventi chirurgici): questi gli effetti collaterali che hanno accompagnato tale modifica delle tariffe.

Quali migliorie si possono allora apportare? Per rispondere al quesito numerosi sono gli input da tener presenti. Li riassume Maria Pia Garavaglia, presidente della Croce Rossa Italiana: “Primo, oggi abbiamo un cittadino molto esigente che vede ancora l’ospedale come una sicurezza. Secondo, la cura è importante ma paritetiche sono la prevenzione e la riabilitazione; l’ospedale è soltanto una risposta alla cura, non la risposta tout court”. Occorre dunque far emergere meglio anche le altre domande; altrimenti tutto il peso deve essere sostenuto dal medico di medicina generale; in altre parole occorre shiftare e fare sì che l’ospedale sia uno degli elementi chiave. “Terzo, il cittadino va informato ed educato a chiedere alternative all’ospedale, anche se per ora non ci sono. Quarto, la tecnologia avanza anche a prescindere da noi. Dunque questo luogo (l’ospedale, ndr) deve essere un luogo che per forza si collega ad altro”.

Ma c’è di più. La revisione dell’universo ospedale va operata anche tenendo conto di prioritari aspetti economici. Il sistema delle prestazioni tariffate è infatti accompagnato da interventi di remunerazione delle funzioni. Diversi sono, a questo proposito, i quesiti che insorgono. È congruo l’attuale rapporto tra finanziamenti provenienti dalla remunerazione delle prestazioni e dal riconoscimento delle funzioni? Sono misurabili in qualche modo i costi delle funzioni? Con quali criteri? E ancora: l’urgenza ed emergenza è la principale delle funzioni difficilmente inquadrabile quanto ai costi diretti e indiretti indotti sulla struttura: c’è un modo per valutarla? La riabilitazione e la lungodegenza sono oggi remunerate a giornata di degenza: è questo un criterio adeguato di remunerazione tenuto conto delle notevoli diversità in termini di impiego di risorse di un livello qualitativo non omogeneo? È sufficiente la fissazione di tetti di spesa per singoli livelli assistenziali oppure serve una più incisiva politica programmatica delle strutture di offerta? “Possiamo prescindere nella riflessione sulla validità del modello dalle nostre specificità tutte italiane legate all’erogazione di prestazioni a regime libero professionale anche all’interno del sistema pubblico?” si chiede Paolo Spolaore, direttore del Dipartimento di Prevenzione Sanitaria dell’Assessorato alla Sanità della Regione Veneto. “Le ipotesi che immagino nello scenario sono: modifica del modello culturale, in cui l’ospedale non sia più il collettore unico di tutta la domanda “Salute” e dunque necessità che ci sia una riduzione del peso dell’ospedale stesso, sia esso pubblico o privato; serve poi uno “shifting” dal sanitario al sociale, con trasferimento di costi dal pubblico alle famiglie, uno shifting dal sanitario al territorio e uno all’interno dell’ospedale verso le strutture ad alta intensità tecnologica e ad alta offerta. Occorre agire in rete e non in un polo unico”.

Altri sono tuttavia gli aspetti di cui tenere conto, nell’analisi delle necessità e nell’elaborazione di linee guida da adottare. “Nell’ottica del paziente c’è inesorabilmente una sequenza di questo tipo: territorio-ospedale-territorio” sostiene Marco Campari, partner della KPMG Consulting di Milano. “All’interno di questo circuito si collocano le risposte alle domande relative alle competenze, alle dotazioni e alle dimensioni dell’ospedale del futuro. Nella realtà, tuttavia, abbiamo un territorio debolissimo, incapace di darsi una struttura. Nei bilanci delle Asl la parte territoriale è infatti molto limitata; i flussi finanziari sono orientati a ripianare i costi fissi degli ospedali; altissima è l’incidenza delle spese generate dai presidi, con eccedenza di posti letto. Tuttavia, questa oggi è l’unica struttura che regge”. Non è dello stesso avviso Giuliano Cozzaglio, direttore sanitario della Poliambulanza di Brescia: “Shiftare da ospedale a territorio può essere prematuro: è più ipotizzabile shiftare dal ricovero ordinario al day hospital e al day surgery e dal day surgery al day hospital ambulatoriale”.

Secondo Campari, il ripensamento dell’ospedale va fatto in contemporanea con lo sviluppo del territorio. Ciò posto, sorge spontanea la domanda: quale tipo di presidio può garantire quali prestazioni e a quali costi? Inoltre, è necessario diversificare. “Da presidi ad alti costi fissi e bassi livelli di Drg occorre passare a standard diversi” aggiunge Campari.

“I vecchi ospedali? Meglio abatterli e ricostruirli: primo, perché ciò costa meno come investimento, secondo perché costa meno come gestione. I vecchi ospedali non servono nemmeno per le Rsa”.