

EDITORIALE

di Elio Guzzanti

Le radici della possibile configurazione dell'ospedale del XXI secolo e del ruolo che sarà chiamato a svolgere nei sistemi sanitari sono state già piantate negli anni Sessanta del XX secolo. Sulla base, infatti, dei positivi risultati ottenuti con nuove metodologie e tecnologie per combattere i gravi problemi respiratori dovuti all'epidemia di poliomielite esplosa in Europa negli anni Cinquanta, e tenuto presente che nei Paesi occidentali era oramai in corso la transizione verso le malattie croniche [Commission on Chronic Illness 1956], veniva formalizzato il concetto culturale, operativo ed edilizio della *progressive patient care (PPC)* [Haldman, Abdellah 1959].

Si individuavano così differenti aree ospedaliere dedicate, rispettivamente, alla *intensive care* (risalgono a quell'epoca le prime unità di rianimazione e coronariche), alla *intermediate care*, per i ricoveri ordinari medici, chirurgici e specialistici, e alla *self-care*, per pazienti trattabili in regime diurno.

Fuori dall'ospedale, però, dovevano essere assicurate l'*home care* e la *long-term care* per i pazienti in fase post-acuzie, altrimenti l'ospedale avrebbe dovuto ricoverare molti più pazienti e per periodi di tempo superiori al necessario, con danno per i pazienti post-acuti, che hanno specifiche esigenze assistenziali e logistiche, ma anche per il sistema obbligato a moltiplicare le strutture, i posti letto e i costi.

Per inciso va ricordato che Fetter e Thomson [1969], studiando la struttura e le funzioni di un ospedale modellato secondo la PPC hanno rilevato i differenti bisogni presentati e i percorsi seguiti dai pazienti, ne hanno concluso che il "prodotto ospedaliero" era differenziabile secondo diversi livelli di criticità e di complessità, e quindi di costi, e da qui è derivato il modello classificativo della casistica ospedaliera secondo i DRG.

In Italia, per rispondere alle mutate esigenze poste dalla evoluzione specialistica e tecnologica della medicina, la legge di riforma ospedaliera n. 132 del 1968 adottava i fondamentali principi della PPC, inclusi i servizi e le strutture ospedaliere per la post-acuzie, e traeva spunto anche dalla esperienza nord-americana raccolta dall'Inghilterra [Ministry of Health 1967], nel dare "facoltà" agli ospedali di costituire i dipartimenti per ag-

gregazione di divisioni, sezioni e servizi affini e complementari, al fine della loro migliore efficienza operativa, economia di gestione e del progresso tecnico e scientifico. Con la legge n. 833 del 1978 veniva istituito il Servizio Sanitario Nazionale quale “complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, secondo modalità che devono assicurare l’eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio”.

Su questi principi generali, tuttora fondamentali, venivano individuati due obiettivi operativi essenziali e cioè l’articolazione delle USL in distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l’erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento, e l’ordinamento degli ospedali in dipartimenti, in base al principio dell’integrazione tra divisioni, sezioni e servizi affini e complementari, alla gestione dei dipartimenti sulla base dell’integrazione delle competenze anche attraverso il lavoro di gruppo, nonché al collegamento tra servizi ospedalieri ed extraospedalieri.

Circa i distretti, si sono accumulati ritardi [Guzzanti, Longhi 1985] nel comprenderne l’importanza, ma attualmente è da tutti ritenuta prioritaria una nuova organizzazione dell’assistenza primaria e sociosanitaria. Circa i dipartimenti, pur ben delineati concettualmente ed attuati in qualche realtà specialistica [Guzzanti 1984], la loro formale costituzione, ormai generalizzata nelle aziende sanitarie, non ha tratto finora i molti spunti positivi che si registrano nelle esperienze internazionali al riguardo [Guzzanti 2000]. Di fronte a questa situazione, e considerato che l’Italia ha adottato la remunerazione tariffaria dei ricoveri ospedalieri sulla base dei DRG sin dal 1995, è quanto mai attuale l’applicazione delle linee di guida n. 1/1995 dell’allora Ministero della Sanità che raccomandavano ai dipartimenti la pratica dell’audit clinico, per evitare i possibili effetti perversi del sistema sulla quantità delle prestazioni erogate e soprattutto sulla loro qualità (un problema già affrontato in Italia da studiosi all’avanguardia come Ferraro e Cardini), e richiedevano un nuovo rapporto collaborativo integrativo con le attività, i servizi ed i professionisti convenzionati operanti nel territorio, nella consapevolezza che la forte riduzione della degenza media e il maggiore uso delle attività ospedaliere diurne, come effetto dei DRG, richieda un nuovo e forte impegno delle attività territoriali.

Gli ospedali, infatti, a seguito delle norme di legge e delle modalità di remunerazione dei ricoveri, hanno progressivamente ridotto il numero dei posti letto, che nel 2004 erano circa 265.000 (pubblici e privati, acuti e post-acuti, ordinari e diurni) e, soprattutto, come conseguenza dell’Intesa Stato-Regioni del 1996, sul Sistema di emergenza sanitaria, hanno costituito una rete di presidi funzionalmente differenziati secondo il modello *hub and spoke*, che è valido sia per l’emergenza che per i casi di elezione. Molto elevato è, invece, il tasso di ospedalizzazione, che nel 2004 era di $215,9 \times 1000$ abitanti, anche perché nelle classi di età pari e superiori ai

75 anni i valori sono oltre tre volte superiori e la degenza media è più elevata, con il risultato di un alto numero di giornate di degenza attribuibili agli anziani. Per la già ricordata negatività di tale situazione, che non rispetta le particolari esigenze assistenziali e logistiche delle persone in condizione di post-acuzie e al tempo stesso rende più difficile la gestione e più elevati i costi degli ospedali, è oramai indifferibile una radicale riorganizzazione dell'assistenza primaria e sociosanitaria [Diamani *et al.* 2007] che nell'ambito distrettuale interessa circa 150.000 medici e farmacisti convenzionati e comprende l'assistenza domiciliare e quella residenziale. I professionisti debbono essere messi nelle condizioni di operare con personale, tecnologie e strutture adeguate ad un'assistenza accessibile, per la distanza e per la fruibilità oraria nel corso della giornata e nell'arco dell'intero anno, che spazia dalla promozione, alla diagnosi e cura degli acuti, fino a realizzare la continuità assistenziale per le persone con malattie croniche e/o non autosufficienza, siano esse presso un domicilio familiare o una residenza.

Allo stato attuale, l'assistenza domiciliare in Italia è assicurata ad un numero di anziani che è tre-quattro volte inferiore a quella della media dei Paesi industrializzati e l'assistenza residenziale è anch'essa inferiore largamente rispetto alla media citata.

Nel riassumere e concludere, occorre ora affermare che quanto è stato esposto è semplicemente la proiezione dei problemi attuali visti in chiave futura, il che non significa affatto proporre un modello di riferimento se non, forse, per i primi decenni del XXI secolo. Del resto, il pensare all'ospedale del XX secolo nel 1907 sarebbe stato influenzato dalle condizioni epidemiologiche e demografiche dell'epoca, dalla recente affermazione delle conoscenze di sanità pubblica e di microbiologia, dal modello di ospedale a padiglioni e dalla scoperta dei raggi X. Tutto il resto doveva ancora attendere qualche decennio, ed è probabile che altrettanto, ed ancor più, accada nel XXI secolo.

Riferimenti bibliografici

- Commission on Chronic Illness (1956), *Care of the long-term patient*, Harvard University Press, Cambridge
- Damiani G., Venditti A., Palumbo D., Rizzato E., Guzzanti E. (2007), *Assistenza primaria: significato e prospettive di sviluppo organizzativo*, "Organizzazione Sanitaria", 2: 3-16
- Fetter R., Thomson I. (1969), *A decision model for the design and operation of a progressive patient care hospital*, "Medical Care", 6, nov.-dic.: 450-462
- Guzzanti E. (1984), *Lineamenti di un dipartimento medico-chirurgico di cardiologia*, Centro Studi del Ministero della Sanità, Roma
- Guzzanti E. (2000), *I dipartimenti ospedalieri nelle esperienze internazionali*, "Organizzazione Sanitaria", 4: 1-14

- Guzzanti E., Longhi T. (1985), *Medicina di base e medicina ospedaliera*, "Federazione Medica", 9: 1005-11
- Haldman J., Abdellah F. (1969), *Concept of progressive patient care*, Hospitals, 41: 33-8
- Ministry of Health (1967), *Organization of medical work in hospital*, HMSO, Londra