

G. Miceli

Organizzazione dei servizi e programmazione sanitaria di pertinenza neurovascolare

Il modulo in oggetto si inserisce nella problematica gestionale dei servizi sanitari, partendo dal presupposto che anche un servizio destinato a trattare la patologia cerebrovascolare debba considerare elementi di organizzazione e di economia aziendale. Entrambi questi elementi non possono essere considerati disgiunti, come dimostra ampiamente il dibattito che si è sviluppato negli ultimi anni, soprattutto intorno alla programmazione ed alla realizzazione delle *stroke unit* (o centri ictus, o unità cerebrovascolari, o unità per il trattamento neurovascolare).

Tale dibattito si è incentrato decisamente da una parte sul modello organizzativo del servizio ictus e dall'altra sul carattere di economicità da dare ad esso, anche in funzione della limitatezza delle risorse disponibili attualmente sia nel SSN (Servizio Sanitario Nazionale) che negli eventuali Enti Privati.

Parole chiave Economia sanitaria • Stroke Unit • Contabilità analitica • Struttura dipartimentale

G. Miceli (✉)
UC Malattie Cerebrovascolari, Stroke Unit
IRCCS Fondazione Istituto Neurologico "C. Mondino"
Via Mondino 2, I-27100 Pavia, Italia
E-mail: giuseppe.miceli@mondino.it

L'articolazione strutturale di un Servizio per l'Ictus Cerebrale deve verosimilmente considerare gli elementi "sequenziali" che, più tipicamente dipartimentali, seguono il paziente con ictus dall'ingresso in ospedale in fase acuta al suo ritorno al domicilio o alla sua collocazione in residenza sociale assistita nel caso in cui condizioni ambientali, familiari, di disabilità ed autonomia rendano improrogabile questa soluzione. Questi elementi costitutivi del servizio finiscono con il creare quello "*Stroke Care Continuum*" nel quale un ruolo centrale può avere la *Stroke Unit*, proprio in quanto momento di diagnosi e trattamento della fase acuta, pianificazione della sede di cura successiva (riabilitazione, domicilio, etc.) e delle sue modalità (ambulatoriali, *day hospital*, ricovero, lungodegenza) (Fig. 1).

A sua volta la *Stroke Unit* si può collocare in modo del tutto autonomo nel modello organizzativo di un dipartimento/struttura complessa, oppure costituire essa stessa una struttura complessa ed, in qualche modo, determinare (in condizioni al momento solo ideali) le caratteristiche del dipartimento.

Nella sua forma più "elementare" la *Stroke Unit* può essere concepita come struttura semplice "gemmata" da una complessa a disciplina diversa (in Lombardia ad esempio, questa è soltanto neurologica, come da disposizioni del PSR 2002–2004); come struttura semplice, essa può tuttavia configurarsi in modo anche autonomo rispetto alla struttura complessa ed essere una unità dipartimentale, così dipendendo dal dipartimento in cui il servizio è inserito.

Relativamente ai modelli organizzativi, va precisato come le diverse Regioni italiane abbiano provveduto, o lo stiano facendo, a fornire i propri criteri in merito al fabbisogno stimato, alle caratteristiche strutturali delle *Stroke Unit* (semintensive, miste, *stroke team*), al numero dei posti letto, alla collocazione geografica, ai collegamenti operativi con le altre strutture sanitarie preposte alla emergenza/urgenza nell'ambito delle quali esse vengono ad

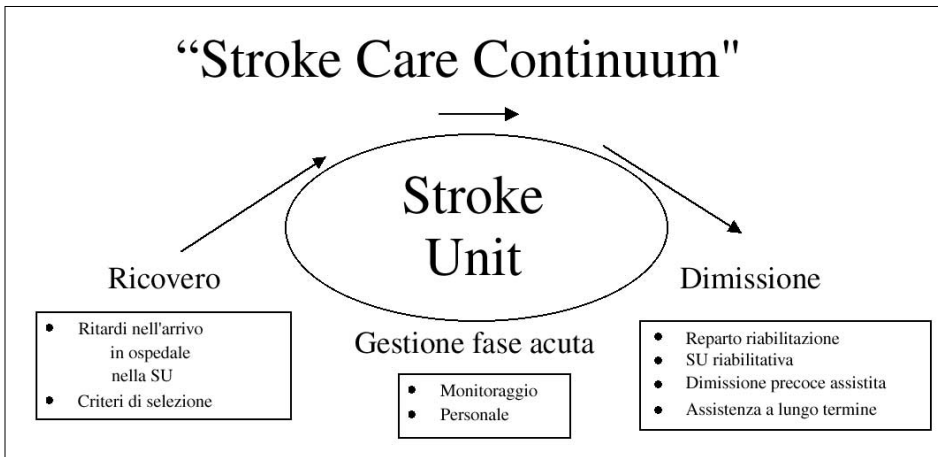


Fig. 1 Il concetto di *Stroke Care Continuum* e sue possibili criticità (da Wiborg et al., 2003, modificata)

operare, alle strutture sanitarie già esistenti ed al numero di posti letto disponibili.

In alcune Regioni (tra le quali la Lombardia) l'Unità Cerebrovascolare (UCV) dovrebbe essere parte integrante dell'Unità Complessa di Neurologia e nascerebbe quindi dalla riconversione parziale dei posti letto di quella Unità. Ne deriva un modello organizzativo non dotato di completa autonomia gestionale, altamente integrato nell'area specialistica, con personale solo in parte (e tuttavia anche adeguatamente) dedicato. Laddove si consideri che oltre un terzo dell'utenza di Pronto Soccorso della neurologia è rappresentata dall'ictus cerebrale, si comprende come la *Stroke Unit* possa realmente "convivere" con il reparto di degenza ordinaria, anche se per definizione essa deve essere aperta ai contributi specifici di altre aree sanitarie (dal 118 al Pronto Soccorso, dalla radiologia alla chirurgia vascolare alla riabilitazione, etc.). In altre realtà gestionali, come ad esempio al Policlinico di Roma, si è ritenuto opportuno creare una struttura altamente specialistica come l'Unità di Terapia Neurovascolare (UTN), collocata all'interno del DEA, parzialmente collegata alla *Stroke Unit* della Clinica Neurologica. Si tratta, invero di modelli che hanno il pregio di fungere da laboratori per la creazione del tipo di servizio più appropriato per la gestione e l'interazione specialistica nel campo delle malattie cerebrovascolari.

In ultimo, va ricordato un modello ad alta integrazione "operativa" che coniuga l'attività sull'acuto a quella propriamente riabilitativa essendo dotata di un'area monitorata per le urgenze/emergenze e per i trattamenti delle fasi più precoci e di una degenza "ordinaria" per il deflusso "interno" dei pazienti non più da monitorare, ma destinati a strutture riabilitative esterne o anche al ritorno al domicilio.

Al di là dei modelli gestionali possibili, destinati a cambiare in rapporto alla realtà esistente prima della creazione della struttura per acuti, un dato saliente è indubbiamente rappresentato dalla gestione della economicità della struttura, ovvero delle risorse umane, tecnologiche e dei materiali di consumo, in un'ottica che pur mostrando

qualche debolezza e qualche criticità, è destinata ad informare di sé il processo sanitario in quello economico aziendale complessivo.

Un qualunque atto di programmazione sanitaria, ivi compreso quello di pertinenza neurovascolare (molto "gettonato" viste le dimensioni del problema ictus), non può prescindere dai principi e dai criteri del sistema di *clinical governance* che integra la medicina basata sulle evidenze, linee guida, autovalutazione e gestione del rischio, il principio di appropriatezza (come dovere istituzionale degli operatori e diritto sia per il paziente che per il professionista), la partecipazione (con un ruolo attivo) dell'utenza ed infine la collaborazione multiprofessionale. Analogamente, fondamentale è la conoscenza di principi e criteri di autonomia gestionale (rendicontazione analitica con distinta contabilità). Entrambi questi principi (quello della autonomia gestionale e della gestione clinico-assistenziale) definiscono il modello della autoorganizzazione, ovvero della responsabilità per i risultati sanitari ed economico-finanziari della struttura semplice o complessa che viene organizzata e diretta. L'autoorganizzazione naturalmente presuppone la definizione di queste strutture organizzative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale e soggette a rendicontazione analitica nell'ambito della quale il *target* economico risulta essere ovviamente il non sempre agevole raggiungimento dell'equilibrio di bilancio.

Quanto sopra riportato deriva, come è noto, dal principio cardine della riforma del SSN (D.LGS. 502/92) che è quello della aziendalizzazione, ovvero del riconoscimento che la struttura sanitaria debba essere governata secondo i principi di comportamento propri dell'Azienda, cioè di "un istituto economico atto a perdurare che svolge in modo coordinato e autonomo operazioni di produzione di beni e servizi per il soddisfacimento dei bisogni umani" (nel caso della Azienda Sanitaria, di servizi per il soddisfacimento di tutela della salute).

Per quanto non scevro da critiche di sempre maggiore rilevanza, specie negli ultimi anni e negli aspetti che coin-

volgono direttamente la figura del medico, sforzandosi, con risultati non sempre brillanti, di farne un *manager* a tutti gli effetti responsabile di guadagni e perdite, l'*attività di gestione* delle aziende sanitarie, ovvero il sistema di operazioni poste in essere per l'erogazione di quei servizi, rappresenta un elemento chiave di questo modulo del Master in Patologie Cerebrovascolari. La conoscenza, sia pure parziale, delle problematiche della gestione interna (processi di "trasformazione produttiva", oggetto di osservazione e rilevazione del controllo di gestione) e di quella esterna (acquisto prodotti farmaceutici, di materiale, pulizie e attrezzature, e l'erogazione di prestazioni di assistenza) per il raggiungimento dell'equilibrio economico (attitudine dell'azienda a generare nel medio-lungo termine un flusso di ricavi che copra sistematicamente i costi – ovvero l'equilibrio tra componenti positivi e negativi di reddito) appare fondamentale per le scelte che in ambito più propriamente sanitario vanno fatte nel più assoluto e del tutto prioritario rispetto della salute dei pazienti da trattare. La conoscenza delle dinamiche con le quali vengono rilevati i dati contabili, le prestazioni ed i servizi erogati o piuttosto acquisiti da altre Unità diventa essenziale per la discussione di tali problematiche in sede di determinazione di *budget* e quindi di programmazione del futuro della attività svolta fino a quel momento. Al di là dell'opportunità o meno che sia compito del medico quello di esplicitare certe mansioni economico-gestionali, è senz'altro di interesse la conoscenza delle procedure attraverso le quali l'operato "produttivo" degli operatori sanitari viene ad essere analizzato da parte degli organismi più propriamente amministrativi della azienda in questione.

Un ultimo punto oggetto di trattazione in questo modulo del Master è il *controllo di gestione*, ovvero il processo svolto dalla direzione aziendale per garantire che le risorse siano acquisite ed impiegate in modo efficace ed efficiente, al fine di conseguire gli obiettivi economici prefissati. Il controllo di gestione viene concepito come un processo di adeguamento continuo e non rappresenta una tecnica di rilevazione contabile, l'attenzione venendo focalizzata sui risultati (e sulla loro coerenza con gli obiettivi) e non sugli atti. Sembra importante, in proposito, ricordare come siano fondamentali in proposito due concetti: quello dell'*autonomia* e quello della *responsabilità*. Si può infatti dire che è sbagliato affidare responsabilità a chi non ha un'adeguata autonomia, come non concedere autonomia a chi ha responsabilità, mentre può e deve rispondere solo chi ha autonomia (dove concedere autonomia e responsabilità a livelli gestionali inferiori implica la misurazione dei risultati e la predisposizione di adeguati sistemi di incentivazione). Dettaglio non trascurabile di tutta la valutazione economica è la *contabilità analitica*, ovvero la determinazione di risultati economici parziali riferiti a parti dell'intera gestione, ottenuti per sintesi di costi e ricavi definiti secondo precisi criteri spazio-temporali. Si tratta di procedimenti talora complessi e tuttavia di grande interesse anche per la formulazione di proposte operative in sede di *budget* la cui conoscenza rende meno oscura la lettura dei dati relativi e più puntuale la gestione anche sanitaria di Unità semplici o complesse caratterizzate dalla loro attività nel campo della patologia cerebrovascolare.