

## NOTA INTRODUTTIVA

Il Sistema Drg ha suscitato grandi polemiche fin dalla sua introduzione; la storia breve di questi anni ha però dato ragione a chi aveva voluto introdurre anche nel nostro Paese uno strumento per regolare e migliorare la vita dell'ospedale.

La dialettica non è conclusa; è quindi necessario contribuirvi senza pregiudizi. Oggi è più che mai importante una riflessione analitica sul Sistema Drg, aprendo un confronto con la fascia di operatori sanitari più disponibile all'innovazione, cioè quelli che hanno utilizzato criticamente lo strumento e desiderano partecipare ad un dibattito riformatore sulla base dell'esperienza e della sensibilità acquisite.

Di seguito vengono presentati alcuni aspetti che possono rappresentare spunti per una discussione creativa.

Le dinamiche economiche sono in grado di modificare profondamente l'attività clinica. Vi sono molti esempi nella storia recente della medicina. Al pubblico non esperto questo potrebbe sembrare un comportamento difficile da accettare; invece si deve riconoscere che nella complessità delle determinanti delle scelte diagnostiche e terapeutiche concorrono anche aspetti economici. Senza valenze eticamente negative, anche perché in alcuni casi l'effetto dell'introduzione di provvedimenti con valenza economica è stato positivo rispetto alla qualità delle cure. In questa prospettiva l'introduzione dei Drgs ha avuto un'influenza importante perché ha ridotto la durata della degenza, migliorando l'efficienza dell'ospedale, ha aumentato l'appropriatezza degli interventi e indirizzato in modo più specifico la mira dell'equipe curante verso i problemi clinici. L'effetto che i Drgs hanno avuto sull'aumentare l'attenzione verso il paziente, e quindi la sua centralità

rispetto alla tecnostruttura sanitaria, talvolta non viene adeguatamente valutato; si tratta invece di un aspetto di rilievo primario sia sul piano clinico che su quello della dignità dell'ammalato. Ovviamente per cogliere queste sfumature è necessario avere una visione contemporanea del sistema sanitario (cioè postmoderna e quindi multidimensionale) che, invece, molti conservatori non riescono a possedere.

Da più parti si sostiene che il Sistema Drg privilegia l'attività ospedaliera indipendentemente dalle ricadute che questa ha sulla medicina del territorio in tutte le sue espressioni. La tematica ha una notevole rilevanza ed è discussa nel volume; però si deve riconoscere la resistenza che da più parti è stata fatta all'adozione di un sistema di pagamento complessivo che, con modalità da definire accuratamente, comprendesse le attività ospedaliere e quelle extra (le responsabilità sono in parte oggettive, in parte attribuibili alla scarsa elaborazione culturale della quale hanno fruito in questi anni – e in tutto il mondo – i servizi territoriali). L'attuale enfasi sullo sviluppo di servizi per la post-acuzie porterà certamente ad una revisione delle regole in questo ambito, con indubbi vantaggi economici, ma anche riguardo alla governance complessiva. Una maggiore responsabilità reciproca – tra ospedale e territorio – con al centro il paziente e le sue esigenze di lunga durata sarebbe certamente accentuata da comuni interessi economici; in questo modo la continuità delle cure potrebbe realmente godere di un governo «forte» dei processi assistenziali.

Una critica pesante al Sistema Drg viene da chi ha rilevato comportamenti scorretti messi in atto da parte di alcune strutture ospedaliere, in particolare private, quali la selezione di pazienti con minore carico assistenziale, il camuffamento di alcune patologie e quindi del loro peso Drg, l'aumento del numero dei ricoveri e di quelli inappropriati in particolare, la dimissione precoce prima di una condizione clinica che permetta il ritorno a casa (almeno nell'attuale condizione di scarsità di servizi per la post-acuzie). Questi comportamenti vanno sanzionati

con determinazione, per arrivare ad un loro progressivo, rigido controllo, come peraltro sta avvenendo in alcune Regioni attraverso precisi provvedimenti (si pensi, ad esempio, al maggior riconoscimento del peso dei ricoveri attraverso il Pronto Soccorso rispetto a quelli programmati). Però il punto centrale è non giudicare un sistema sulla sola base dei comportamenti scorretti, che devono essere sanzionati come per qualsiasi altra attività sociale, ma analizzandone nell'insieme le ricadute rispetto ai risultati attesi del sistema nel suo complesso.

Alcuni aspetti della clinica – critici rispetto al funzionamento del Sistema Drg – potrebbero ricevere un importante stimolo dall'esigenza di approfondire le conoscenze riguardo, ad esempio, la rilevazione della polipatologia, l'inappropriatezza dei ricoveri, ecc. Questa è una delle potenziali ricadute positive del sistema, per cui una difficoltà oggettiva si trasforma in un vantaggio per l'insieme del Servizio Sanitario, che deve essere analizzato in modo sistemico, non come un insieme di pezzi privi di collegamenti tra loro. Attorno al Sistema Drg è necessario sviluppare anche in Italia un'intensa attività di ricerca, perché le ricadute non sono solo amministrative, ma, anzi, prevalentemente cliniche (si pensi, ad esempio, alle tematiche riguardanti le differenze di genere, il ruolo dell'instabilità clinica pregressa rispetto alla comparsa di una malattia acuta, il rapporto tra gravità clinica e autonomia funzionale). Su tutti questi diversi aspetti domina infatti la problematica dell'invecchiamento della popolazione ospedaliera, fenomeno ancora non adeguatamente approfondito rispetto alle ricadute sull'organizzazione e quindi sulla capacità di offrire risposte adeguate al bisogno.

Il problema delle dimissioni precoci è un altro degli aspetti cruciali messi in luce dall'introduzione del Sistema Drg. Si deve ricordare – come affermazione di principio – che l'ospedale non è un luogo per la residenza dei cittadini, ma solo per interventi mirati e tecnicamente qualificati. Infatti una permanenza in ospedale parametrata solo sulle esigenze cliniche permette di evitare una lunga serie di danni, che vanno dalla comparsa di infe-

zioni ospedaliere alla sindrome da immobilizzazione, oltre che sofferenze psicologiche rilevanti. Non è quindi attribuibile all'ospedale la responsabilità di un comportamento tecnicamente corretto, ma all'insieme del sistema, che ha introdotto un provvedimento che modificava la tradizionale visione (e funzione) dell'ospedale senza prevederne le ricadute. La strategia è quindi, come sopra indicato, di costruire una rete nella quale l'ospedale non sia l'unico perno. Peraltro non vi è correlazione tra durata della degenza e numero dei ricoveri ripetuti; anzi, più lunga è stata la degenza (indicatore di gravità clinica) più frequenti sono i ricoveri nei mesi seguenti. Bisogna leggere con intelligenza i dati sui ricoveri ripetuti; infatti, se in alcuni casi possono essere indicatori di mal pratica, in altri rappresentano una risposta a bisogni clinici subentranti, talvolta l'unico mezzo per evitare l'istituzionalizzazione della persona ammalata (a questo punto si apre la discussione su chi abbia la responsabilità per decidere eventuali itinerari alternativi all'ospedalizzazione, pur nel rispetto assoluto della libertà del cittadino).

Nel complesso il Sistema Drg svolge oggi una funzione significativa nel nostro sistema sanitario; nessuno più penserebbe di abolirlo, come si era ipotizzato in passato, perché è stato un grande fattore di modernizzazione. In questa prospettiva le ombre sono inferiori alle luci e se il nostro sistema ospedaliero – come sta avvenendo in molte Regioni – ha raggiunto standard europei è anche dovuto a chi al Ministero della Sanità qualche anno fa ha avuto il coraggio di affrontare poteri e saperi che sembravano inattaccabili.