

Lo “Stone Center”: quali il suo ruolo, la sua strutturazione e la sua collocazione, oggi?

G. Colussi

Unità Operativa di Nefrologia, Azienda Ospedaliera, Ospedale di Circolo e Fondazione “Macchi”, Varese



Lo “Stone Center” (SC) è stato tradizionalmente lo strumento più potente per la gestione della nefrolitiasi (NL): nella sua formulazione ideale è una struttura dedicata che comprende e coordina una serie di attività differenziate quali un ambulatorio-visite gestito da medici esperti, un ambulatorio-day hospital per i prelievi e gli studi diagnostici, un laboratorio, una unità di ESWL-endourologia, una unità di ecografia e una segreteria per la gestione coordinata degli appuntamenti e la programmazione delle attività. I vantaggi connessi con simili strutture sono molteplici: centralizzazione della casistica, acquisizione rapida di know-how per gli operatori, progressivo perfezionamento delle prestazioni (mediche, strumentali, di laboratorio) che ne garantisce la qualità e l’affidabilità, grandi quantità di dati per la ricerca clinica, abbattimento dei costi mediante l’aumento delle prestazioni. Il paziente gestito in tali strutture subi-

sce influenze così positive che l’attività della sua malattia nel follow-up si riduce indipendentemente da ogni intervento terapeutico. Chi ha avuto modo di gestire o semplicemente lavorare in una di queste strutture sa che è molto difficile, vorrei dire velleitario, trattare pazienti con NL senza un riferimento a uno SC, per quanto semplificato.

Di fatto, ci sono state, e ci sono oggi più che mai, formidabili difficoltà a creare e mantenere tali strutture. Innanzitutto, in Italia è quanto mai difficile far convivere, per motivi strutturali, organizzativi e culturali figure professionali così diverse come nefrologi e urologi, per cui l’unità ESWL-endourologia non è usualmente parte degli SC italiani, o meglio vi è la tendenza a creare SC urologici e SC metabolici indipendenti (spero di non urtare con questa mia affermazione la suscettibilità di alcun urologo, qualora esista qualche realtà urologica italiana, a me ignota, in cui si faccia correntemente una eccellente gestione metabolica e urologica della NL). D’altronde, penso che una unità di ESWL sia meglio gestita da un urolo-

go con esperienza endourologica che da un nefrologo (o quanto meno non possa fare a meno di una qualche “protezione” urologica), in considerazione delle possibili complicanze ostruttive della ESWL e della quanto mai differenziata pluralità di indicazioni nell’ambito delle moderne modalità di gestione strumentale della NL. Uno SC senza partecipazione urologica, cioè senza ESWL (come si è comunemente fatto in Italia), a sua volta, deve fare i conti con i costi. La normativa dei LEA impone di gestire la NL non attualmente sintomatica con prestazioni ambulatoriali. È chiaro che le tariffe previste per l’insieme di prestazioni comunemente devolute a pazienti con nefrolitiasi (cioè i “pacchetti” finalizzati allo screening delle cause, al planning terapeutico e alla prevenzione) non coprono i costi (di personale soprattutto) relativi alle prestazioni stesse. Mentre è implicito che è lo stesso paziente a doversi far carico di parte dei costi tramite la “compartecipazione alla spesa sanitaria” (cioè i c.d. ticket relativi alle prestazioni, che per alcune prestazioni ammontano all’intero rimborso regio-

nale), è comunque necessario che la struttura erogante (la UO nel particolare e l'Ente ospedaliero in generale) sia disponibile a farsi carico dei costi eccedenti rispetto a quanto recuperabile col rimborso delle prestazioni effettuate. È chiaro che l'analisi andrebbe differenziata in funzione di numerose variabili, quali il tipo di prestazione, il contesto in cui viene effettuata, la numerosità delle prestazioni, la tariffa unitaria ecc. Alcune prestazioni, quali la ESWL, hanno tariffe sicuramente vantaggiose (almeno se inserite in un contesto organizzativo adeguato ed efficiente), per altre invece è abbastanza difficile che le tariffe vigenti possano completamente rimborsarne i costi (ad esempio, la visita medica, l'attività prelievistica e la stessa ecografia, a meno che non vengano rispettate tabelle di attività molto stringenti). È un fatto oggettivo che i "pacchetti" di prestazioni che solitamente vengono riservati alla NL comportano un surplus di costi rispetto ai rimborsi tariffari, se non vi viene incluso anche il trattamento ESWL.

In un mercato sanitario basato sul pagamento delle prestazioni sanitarie secondo tariffe predefinite è prevedibile non siano molte le strutture disponibili a farsi carico di attività non remunerative, anche se in termini sociali connesse a notevoli e indubbi benefici. Lo dimostra il fatto che mentre c'è ampia disponibilità di forze economiche ad accreditarsi per la gestione di attività remunerative, come la dialisi, non si conoscono strutture che si siano proposte per la gestione della NL (se non per il solo trattamento ESWL). Gli stessi direttori generali delle strutture pubbliche, impegnati (si verrebbe di dire "costretti" dagli assessorati regionali) nello sforzo titanico di ridurre i costi della sanità a limiti economici sempre più stringenti, difficilmente sono sensibili a concetti di "utilità sociale" di qualsiasi iniziativa comporti un benché minimo impegno economico attuale.

Ne vengono di conseguenza una serie di domande e considerazioni:

1) *Vale ancora la pena di impegnarsi nella creazione e gestione di uno SC,*

con le sue difficoltà organizzative e l'assenza di appeal economico?

La mia opinione è che gli SC vanno ancora perseguiti se e nella misura in cui vi è convinzione condivisa che essi costituiscano uno strumento difficilmente sostituibile per una efficace gestione della NL; si tratta di una malattia, non dimentichiamolo, la cui prevalenza, al minimo, è del 5%. Lo SC non è strumento a basso costo, ma alla lunga è remunerativo per i costi globali dell'assistenza sanitaria pubblica, come varie analisi (che non voglio qui riassumere), in contesti socio-economici diversi come gli USA, la Germania e la stessa Italia hanno omogeneamente rilevato. In Italia, i costi e i vantaggi della prevenzione vengono entrambi distribuiti tra i pazienti (che "pagano" una prognosi decisamente più favorevole per la loro malattia con un esborso economico diretto – che spetta peraltro a noi operatori sanitari di mantenere ai minimi livelli possibili) e il Sistema Sanitario Nazionale (che dovrebbe farsi carico in pieno dei costi per la gestione di un numero atteso di complicanze che la prevenzione efficacemente riduce). Quale sia la quota a carico dei pazienti piuttosto che del Sistema Sanitario o di altri Enti sociali dipende a sua volta da fattori e condizioni che possono differire in diverse realtà (basti pensare che la contabilizzazione economica da imporre ai pazienti per una serie di prestazioni biochimiche può variare, anche di molto, semplicemente variando l'ordine con cui esse vengono inserite nel sistema informatico allo sportello di pagamento. D'altronde, non tutte le amministrazioni ospedaliere, possono essere disponibili a standardizzare la contabilizzazione in forme le più favorevoli possibili per l'utenza). Alcune voci di "rientro economico" della prevenzione possono pure essere di difficile attribuzione, basti pensare a una giornata persa di lavoro, che può costituire mancato guadagno per liberi professionisti, costo diretto per un datore di lavoro, o perdita di utile per una società di assicurazioni ecc. Anche ammettendo che siano i pazienti, piutto-

sto che il Sistema Sanitario Nazionale, ad andare incontro, sottoponendosi alla prevenzione, al maggior onere economico, la maggior parte di essi sono disponibili a farlo nella misura in cui si offre loro un sostanziale miglioramento della prognosi per la loro malattia. Lo dimostra il fatto che il loro accesso agli SC esistenti non è sostanzialmente diminuito dopo che sono entrate in vigore le normative dei LEA.

2) *Chi può trovare interesse alla organizzazione e gestione degli SC?*

Alle attuali condizioni di remunerazione delle prestazioni sanitarie, è quasi scontato che lo SC può trovare operatori motivati solo in strutture sanitarie pubbliche "non profit". Anche in queste strutture sarà comunque difficile riuscire a fare opera di convincimento sui direttori generali solo sulla base della valenza sociale della malattia, se non si riesce configurare questa attività come attività a costo zero.

3) *Qual è la collocazione ideale di uno SC?*

È in un complesso di attività ad alta remunerazione che ne assorbano i costi; come la dialisi permette alle nefrologie di sopravvivere, così lo SC deve trovare dei suoi scudi economici. Lo scudo economico ideale è la stessa attività di ESWL; tecnicamente questa collocazione può realizzarsi in un ambito dipartimentale, in cui nefrologia e urologia coesistano, con una configurazione tipo "unità semplice". Laddove non si vogliono tenere in vita i Dipartimenti nefro-urologici, dovranno essere le nefrologie stesse a far posto sotto lo scudo della dialisi allo SC. Saranno necessarie delle semplificazioni di struttura e degli adattamenti, il primo dei quali è la spartizione del personale con altre attività (ambulatori generale e/o specialistici, DH), l'utilizzo di strutture centrali per la diagnostica (laboratori, radiologia), il mantenimento di rapporti preferenziali con referenti urologi per la gestione strumentale della malattia. Ogni atto di semplificazione ed ester-



nalizzazione di attività comporta sforzi organizzativi per mantenere la centralità gestionale dello SC: punti critici sono le prassi burocratiche (calcolo delle tariffe secondo criteri di maggior vantaggio per l'utente, semplificazione delle procedure); la gestione corretta delle urine (il calcolo della sovrasaturazione richiede il dosaggio di numerosi analiti sullo stesso pool di urine; per alcuni di questi è necessario acidificare le urine: chi si deve far carico della procedura? Difficilmente si troverà disponibilità a livello di Laboratori centrali, dove i problemi di competenze e di disponibilità di personale sono altrettanto e anche più pressanti che nelle strutture di degenza); il recupero degli accertamenti diagnostici per le necessarie elaborazioni e registrazione in record clinici (idealmente elettronici) direttamente allo SC, anziché tramite il paziente; la gestione coordinata nefrologo-urologo. Alla fine, quindi, il destino degli SC, e dello studio in generale della NL, malattia ancora evanescente nonostante da tempo ci sia l'impressione che la sua comprensione è ormai dietro l'angolo, continua a rimanere nelle mani di clinici motivati, del loro interesse a mantenere nella sfera specialistica questa malattia così ricca di background conoscitivo, della loro consapevolezza che con la prevenzione più che con la terapia delle malattie la Medicina ha improntato la nostra civiltà, e ultimamente della loro capacità organizzativa e capacità di trovare soluzioni flessibili alle necessità.