

Le proposte dei professionisti ospedalieri di Giorgio Vittori*

Ginecologia, altolà all'abbattimento tariffario

Stiamo assistendo da alcuni anni, da parte delle Regioni e dello Stato, ad un costante e consistente tentativo di controllo – condivisibile – dei costi della sanità. È un processo che sta interessando pressoché tutti i paesi occidentali, anche se va comunque sottolineato che in Italia la spesa sanitaria costituisce comunque meno dell'8% del Pil, mentre in Usa supera il 20%. Tra le manovre correttive per la riduzione dei costi troviamo: la promozione di interventi chirurgici a degenza abbreviata (day surgery), l'attivazione di "filtri" e parametri di controllo (linee guida e i cosiddetti protocolli terapeutici) per il miglioramento di efficienza delle strutture sanitarie.

Non crediamo che vada nella stessa direzione auspicata (aumento della qualità e dell'efficienza delle prestazioni sanitarie), la strategia basata su manovre di "abbattimento", anche fino al 20%, del rimborso dei Drg alle strutture sanitarie per le prestazioni ostetriche e ginecologiche. Nella Regione Lazio, ad esempio, dopo il 22 marzo 2006, un intervento sulla colecisti vale più di un intervento sull'ovaio e un intervento sul colon vale più di un complesso intervento sull'utero effettuato allo scopo di conservare la fertilità. Da presidente della Sigo mi preme sottolineare che in questo modo si rischia di penalizzare e rendere problematica l'effettuazione di alcune attività della ostetricia e della ginecologia, considerate nei fatti la "Cenerentola" del Sistema sanitario nazionale, anche se effettuata da sola ben il 12% di tutta l'attività sanitaria nazionale annuale, con evidente interesse sociale, scientifico, gestionale ed economico. L'origine di questa "distorsione" è proprio aver preso il peso medio del Drg quale strumento per "controllare" i rimborsi alle strutture sanitarie. Un uso che mi sento di definire "improprio" considerando che i Drg sono stati "importati" dagli Stati Uniti dove erano stati introdotti con l'obiettivo di misurare il consumo medio di risorse economiche di una determinata prestazione sanitaria e non, come avviene in Italia,

■ **Nessun abbattimento dei rimborsi relativi ai Drg ginecologici e ostetrici, rivalutazione del peso medio dei Drg ostetrico-ginecologici, costituzione di una commissione mista per identificare i problemi e concordare soluzioni, valorizzazione delle prestazioni dedicate alla gravidanza e alla conservazione dell'integrità genitale femminile. Ecco le proposte della Sigo per riequilibrare il sistema di rimborso dei Drg riguardo alle prestazioni in campo ostetrico-ginecologico, illustrate dal presidente Vittori in questo articolo apparso su *il Sole24Ore Sanità***



per essere il riferimento dei manager di sanità per i rimborsi alle strutture sanitarie.

Ma in questo contesto già di per sé preoccupante e confuso c'è un ulteriore elemento di allarme. I Drg, secondo i criteri metodologici indicati dal ministero della Salute, contemplano differenti sorgenti di costi. Poiché non è ipotizzabile che l'abbattibilità possa riguardare la componente dei costi che è relativa alle retribuzioni (incomprimibili) del personale sanitario (e che sviluppa circa il 75-80% della spesa totale) si può immaginare di operare la riduzione solo sulla componente residua (20-25%) che corrisponde ai costi dei presidi sanitari, delle attrezzature, dei farmaci e dell'eventuale ricorso alla terapia intensiva. Le conseguenze di tali decisioni possono con alta probabilità condurre a scarsa disponibilità di tecnologia, a mancati o scarsi investi-

menti in attrezzature aggiornate ed adeguate, a scarsa o assente disponibilità di presidi sanitari, di farmaci, di diagnostica per immagini e di laboratorio e, in ogni caso, a modeste risorse per la prestazione sanitaria e quindi per il paziente. Non è chiaro come sia possibile introdurre e perseguire la filosofia di "Controllo e miglioramento della qualità" delle prestazioni sanitarie, contemporaneamente diminuendo proprio le risorse allocate alla effettuazione delle stesse. La cosa sarebbe logicamente inaccettabile in qualunque ambito medico, ma diventa ancora più critica in un'area quale quella ostetrico-ginecologica per le peculiari caratteristiche di interesse sociale, oltre che sanitario. Basti pensare agli interventi di competenza ginecologica attinenti la preservazione e mantenimento della fertilità, la terapia della infertilità, l'assistenza al parto oltre ad altri settori caratterizzati in percentuale significativa da emergenza chirurgica, come la stessa gravidanza normale e naturalmente patologica, o la prevenzione e il trattamento delle malattie sessualmente trasmesse. Peraltro, un diminuito rimborso delle strutture sanitarie e conseguente limitazione dei presidi sanitari a disposizione e/o di sala operatoria potrebbe costringere il ginecologo ad effettuare prestazioni potenzialmente non appropriate o limitate esponendo medico e paziente (anche il feto) a rischi non affrontabili né prevedibili. Tutto ciò aumenterebbe significativamente i già alti rischi medicolegali legati alla inadeguatezza

Disincentivare il "lavoro a cottimo"

■ **Dopo la vicenda della casa di cura Santa Rita di Milano, si riapre il dibattito sul sistema dei controlli e dei Drg**

"Clinica degli orrori": era questa la locuzione che più frequentemente ricorreva nei titoli dei mass media nei giorni in cui – era la prima metà dello scorso giugno – veniva alla luce la vicenda della casa di cura Santa Rita di Milano. Per quel che se ne sapeva, infatti, in quella clinica sarebbero accadute cose inenarrabili, tanto da portare all'arresto di quattordici persone, tra le quali tredici medici, con accuse molto pesanti come lesioni gravissime, truffa ai danni del Servizio

sanitario nazionale, falso. Per qualcuno c'era anche l'omicidio aggravato da crudeltà, ma poi quest'accusa è caduta poiché il tribunale del riesame ha stabilito che non era stato dimostrato il nesso causale tra gli interventi chirurgici e la morte di alcuni pazienti. Fatto è che le cronache si sono dovute nuovamente occupare dell'ennesimo scandalo della sanità italiana nella quale le proverbiali poche (se ne trovano sempre, però...) "mele marce" gettano discredito sull'intero sistema e sui professionisti onesti che vi operano. Uno tra gli aspetti maggiormente sottolineati nelle cronache di quei giorni, peraltro, è stato – insieme con quello,

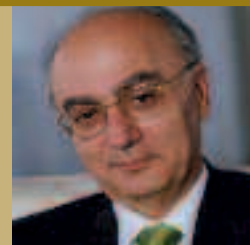
scontato, della crisi dell'etica e della deontologia professionali – quello del meccanismo che ha involontariamente consentito l'instaurarsi e il diffondersi del "marciume": il rimborso delle prestazioni con il sistema dei Drg e il conseguente fenomeno perverso dei "medici a cottimo". Nato ormai un quarto di secolo fa negli Stati Uniti (cioè in un sistema sanitario del tutto diverso) e "importato" nel nostro Paese quasi dieci anni dopo, nel corso del tempo ha subito modifiche e integrazioni per cercare di renderlo il più efficace possibile rispetto allo scopo dichiarato per il quale era stato adottato, vale a dire quello di controllare la spesa per le prestazioni erogate da una determinata struttura sanitaria. La vicenda della casa di cura Santa Rita ha dunque riaperto il dibattito sul sistema dei controlli e, per esempio, il

sottosegretario Francesca Martini ha dichiarato in proposito di essere "assolutamente dell'idea che bisogna potenziare i controlli e trovare nuovi sistemi"; e poi "non possiamo pensare – ha aggiunto – che il Drg esaurisca il principio della presa in carico del paziente che sennò diventa una somma di Drg: un paziente non può essere una somma di quanto è costata la sua degenza". Dal canto suo, il sottosegretario al Welfare, Ferruccio Fazio, in un'informativa alla Camera sul caso, ha sostenuto che la vicenda della Santa Rita ha messo in evidenza "il rischio etico di un sistema incontrollato che consente ai medici di lavorare per quantità e non per qualità di prestazione". Fazio ha annunciato quindi che il Governo intende costruire, di concerto tra lo Stato e le Regioni, un sistema di controllo

IL CORSIVO

di Carlo Sbiroli

C'è una questione economica in corsia



La storia dei Drg nella sanità italiana è un po' la storia di questo Paese, e non in senso buono. È una storia amara che inizia con buoni propositi, ma finisce con lo sfilacciarsi e ottenere risultati opposti a quelli che erano gli obiettivi iniziali. È una storia che si sviluppa principalmente tra errori manageriali e incapacità politica. È la vicenda di un sistema che da tempo si è arreso alle logiche dei bilanci e sempre meno a quello che dovrebbe costituire il suo obiettivo primario: la salute dei pazienti. Giorgio Vittori, nel suo articolo pubblicato sul "Sole 24 ore" del 18 giugno u.s. e che vi proponiamo qui a fianco, sottolinea l'inadeguatezza del sistema-Drg, che è vissuto ormai dalla classe medica più come un problema che come una opportunità. Appare come un sofisticato marchingegno messo a punto da burocrati poco esperti per rincorrere un ipotetico risparmio che all'atto pratico non si è realizzato, ma che ha fatto risaltare in modo evidente la incapacità da parte di manager di fare scelte oculate. Si è preferito sempre, per totale assenza di coraggio o per calcolo elettorale, privilegiare la quotidianità, rincorrere i problemi dei bilanci aziendali quasi sempre in rosso, e soprattutto si è evitato costantemente il coinvolgimento della classe medica quando si è trattato di programmare seriamente gli obiettivi sanitari della struttura ospedaliera. La mancanza di fondi, la particolare congiuntura economica che attraversa il Paese sono tempestivamente tirate in ballo ed esibite tutte le volte che si parla di questo insuccesso. Siamo consapevoli di questi problemi. Li sentiamo ripetere da diversi anni. Giorgio Vittori non tiene conto di queste difficoltà. Capovolge i termini della questione e affronta il

Un'operazione di riequilibrio nel sistema dei rimborsi per tipo di malattia è improcrastinabile. Non si riesce davvero a capire perché "un intervento sulla colecisti vale più di un intervento sull'ovaio e un intervento sul colon vale più di un complesso intervento sull'utero"

problema dal versante dell'equità del sistema dei rimborsi per tipo di malattia. Non si riesce a capire perché "un intervento sulla colecisti vale più di un intervento sull'ovaio e un intervento sul colon vale più di un complesso intervento sull'utero". Posta in questi termini, la questione appare importante perché se si accetta questa logica di "un peso due misure", se si dà un prezzo differente come si fa con la verdura al mercato, allora c'è il rischio reale che "gli ospedali, come dice Veronesi, trattino i pazienti più sulla base della convenienza economica che su quella che serve per garantire la guarigione". A questo si deve aggiungere il frequente "abbattimento" (fino al 20%)

del rimborso dei Drg alle strutture sanitarie per le prestazioni ostetriche e ginecologiche, come se appartenessero a una categoria inferiore. In una situazione di questo tipo il settore delle malattie ginecologiche corre il rischio di slittare inevitabilmente verso un impoverimento clinico-culturale, diventando la "Cenerentola" delle specializzazioni, e di essere assorbita pian piano dalla chirurgia addominale. In Europa c'è un eccesso di consumo sanitario misurabile tra il 20 e 40%, e l'Italia è sicuramente uno dei paesi più virtuosi da questo punto di vista. Va anche detto che il sistema-Drg, nato nel '92 sostituendo i vecchi rimborsi a pie' di lista, non è né fallito né è da buttare. È sicuramente uno strumento utile per misurare quello che si fa e "capire chi lo fa bene e chi lo fa male". In questo sistema però è diventato improcrastinabile eseguire un'operazione di riequilibrio, perché si otterrebbe anzitutto un notevole miglioramento della qualità dell'assistenza, sia in campo ostetrico che ginecologico. Si eliminerebbe inoltre il sospetto strisciante, ma che si fa sempre più insistente a livello politico e manageriale, che l'incremento dei tagli cesarei in Italia sia strettamente legato ad un maggior guadagno. "Una nascita naturale senza complicazione (La Repubblica di venerdì 13 giugno 2008) rende all'Ospedale 1.489 euro più 307 euro per giorno di ricovero. Il cesareo vale quasi mille euro in più (2.359,69) e più del doppio (3.371) in caso di complicazioni". L'articolista conclude: "i parti cesarei nel nostro Paese oggi, potenza del Dio denaro, sono il 38% del totale, contro la media europea del 15%". Se un parto, indipendentemente dalle modalità con cui si svolge, fosse pagato adeguatamente, queste polemiche verrebbero meno. Intendiamoci, il nostro Paese non è il solo ad avere questi problemi. La differenza con le altre nazioni sta nel fatto che al di fuori dei nostri confini i manager e i politici ascoltano e valutano con attenzione le proposte che vengono dal mondo medico. Questo richiede volontà e impegno da parte dei medici. Voglia di riappropriarsi di un ruolo centrale nella gestione della Sanità. In quest'ottica l'articolo di Giorgio Vittori, quale presidente di una società scientifica (Sigo), riveste una notevole importanza perché dà un segnale di cambiamento. Un salto di qualità del mondo medico. E, in particolare, l'aver pubblicato su un giornale a larga diffusione il disagio della ginecologia italiana significa avere la volontà di riprendere quel ruolo centrale a cui si faceva cenno prima. È importante però che a tutto questo corrisponda un'altrettanta volontà da parte della classe politica di una ripresa di colloquio. "Una classe politica, come dice Ignazio Marino, che non si preoccupi solo di occupare posizioni, ma di proporre innovazioni nell'organizzazione della società e progettare il futuro". Quanto è lunga e faticosa la strada per migliorare il Servizio sanitario nazionale.

denze scientifiche e della esperienza nazionale, europea ed internazionale e, per evidenti ragioni di metodologia epidemiologica, di adottare criteri più omogenei per l'identificazione dei "pesi" dei Drg;

- di costituire una Commissione mista di studio, con rappresentanti delle istituzioni nazionali e regionali e della Sigo, con l'obiettivo di identificare i problemi e di concordare le relative soluzioni ottimali per quanto concerne: indicatori delle prestazioni; risorse umane ed economiche; obiettivi a breve, media e lunga scadenza; programmazione e incentivazione della strategia assistenziale e organizzativa per aumentare la percentuale delle prestazioni effettuate in regime di "day surgery";
- di valorizzare le prestazioni dedicate alla gravidanza, alla prevenzione e, in ambito chirurgico, le procedure dedicate alla conservazione della integrità genitale femminile. Non è possibile in Italia, dove l'età media al primo figlio è di 35 anni e il numero medio di figli per famiglia è uno, includere nello stesso Drg interventi demolitivi come l'asportazione dell'utero e conservativi come quelli per endometriosi, per fibromi uterini, per cisti ovariche o polipi. Credo che chiunque abbia buon senso possa condividere che queste richieste non rappresentano una "rivendicazione di categoria" ma nascono dall'esigenza di poter garantire ad ogni cittadino - e nel caso della ginecologia ad ogni donna, nel caso dell'ostetricia ad ogni donna/feto/neonato - una assistenza medica e sanitaria adeguata alle sue legittime aspettative.

* Presidente Società italiana ginecologia e ostetricia www.sigo.it

Per le prestazioni ostetriche e ginecologiche l'abbattimento del rimborso dei Drg alle strutture sanitarie può arrivare anche fino al 20%

della prestazione, specie alla luce di una recente sentenza della Corte di Cassazione che afferma che il rapporto tra il medico e il paziente è assimilabile ad un contratto implicito tra cliente (il paziente) e prestatore di servizi (il medico), per cui al medico (e non alla struttura nella quale opera) compete la maggior parte della responsabilità etica, deontologica, professionale, medico-legale della prestazione. A questo si aggiunge - per aumentare la confusione - che alcuni ospedali sono finanziati a piè di lista e altri sono finanziati a Drg, tanto che per uno stesso intervento e per una medesima patologia un intervento può essere rimborsato dal Sistema sanitario pubblico 12.000 euro in una regione contro 6.600 euro in un'altra.

Cosa propone la Sigo

Di fronte a questa situazione la Sigo propone:

- che le istituzioni regionali e nazionali non adottino alcun abbattimento dei rimborsi relativi ai Drg ginecologici e ostetrici;
- di rivalutare il peso medio dei Drg ostetrico-ginecologici alla luce delle recenti evi-

di qualità che preveda un monitoraggio delle singole prestazioni e non solo la valutazione di standard. A questo scopo, ha precisato, sta già operando da settimane presso il ministero un gruppo di lavoro per implementare un sistema di informatizzazione per il controllo e la gestione delle procedure sanitarie in tutto il territorio nazionale. Neanche a farlo apposta, poi, nei giorni immediatamente successivi all'esplosione del caso milanese, si tenevano a Fiuggi il Consiglio nazionale della Fnomceo e la prima conferenza nazionale della professione medica organizzata dalla stessa Federazione. Cosicché, mentre in una nota l'organismo professionale scrive che "le nostre scuse vanno a questi cittadini che hanno ingiustamente sofferto il tradimento di obblighi deontologici e civili e stanno

nell'impegno tecnico-professionale e morale che oggi con forza riconfermiamo", il documento finale dell'incontro chiede alle autorità competenti di intervenire sulla materia adottando nuovi criteri per l'accreditamento delle strutture pubbliche e private, con particolare attenzione alle risorse umane, al personale medico e alla dotazione organica. Tra l'altro la "dichiarazione di consenso" approvata a Fiuggi sottolinea l'importanza di inserire fra i requisiti di accreditamento quello che il personale, soprattutto medico, delle strutture pubbliche e private, abbia un unico rapporto di lavoro nell'ambito del sistema sanitario nazionale e che siano vietati i rapporti contrattuali "fondati su incentivi economici a prestazione".

Michele Musso