

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. Coticché, 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