

Per restare al passo con l'Europa

di Sergio Cosciani*

La struttura sanitaria italiana soffre attualmente di importanti problemi di fondo. A fronte di una contribuzione assicurativa e di una spesa molto elevata pari o superiore a quella di altri Paesi europei, la prestazione sanitaria non soddisfa mediamente né gli operatori sanitari, né i contribuenti, né tantomeno l'utenza. È evidente quindi che, se spendendo molto si ottiene un prodotto non soddisfacente, si deve cercare in quale fase del ciclo di produzione esiste l'errore.

È opinione comune che le prestazioni sanitarie fuori dall'Italia siano migliori, tant'è che il flusso migratorio di pazienti verso ospedali stranieri è notevole. Nel solo ospedale di Lione, ad esempio, vengono effettuati ogni anno più di 5000 interventi su pazienti italiani! Tuttavia quando nei congressi confrontiamo i nostri risultati con quelli ottenuti dai colleghi stranieri i dati sono sovrapponibili. La grande differenza tra noi e loro non è nella qualità tecnica della prestazione, ma nella efficienza organizzativa e nei mezzi a disposizione. Quando ci si reca all'estero si è colpiti dalla dovizia di materiale, di personale infermieristico ed amministrativo che affianca il lavoro del medico. Naturalmente tutto questo implica reperimento di personale e costi più elevati. Il primo problema può essere risolto ridistribuendo più razionalmente e pagando meglio il personale, il secondo risparmiando su spese inutili.

Se si considera che il costo di degenza di un paziente è di 300.000 lire al giorno e che ogni malato ha una degenza media in Lombardia di 9,4 giorni, è facile intuire quanto si potrebbe ridurre la spesa evitando ricoveri inutili e riducendo tempi di degenza.

Studi recenti fatti in diverse regioni italiane hanno dimostrato che il 20-30% di ricoveri sono "incongrui" cioè fatti da pazienti che potrebbero risolvere i loro problemi anche senza essere ricoverati in ospedale.

Il nuovo Piano sanitario regionale prevede la riduzione di 1000 posti-letto in Lombardia, diminuendo i reparti sottoutilizzati e già questo comporterebbe un risparmio di 85 miliardi all'anno. Ma per scegliere i reparti da chiudere non è sufficiente valutare le percentuali di saturazione dei posti-letto, ma si deve anche valutare il tipo di patologia trattata per evitare che il "salvataggio" di qualche reparto sia ottenuto appunto mediante ricoveri "incongrui" o prolungamenti artificiali della degenza.

È consuetudine parametrare il fabbisogno sanitario ospedaliero in posti-letto/abitanti. Questo criterio è anacronistico e antieconomico e co-

munque potrebbe essere razionale se vi fosse "l'obbligatorietà" del paziente di ricoverarsi nell'ospedale di competenza. Ma siccome questa giustamente non c'è ed ognuno può scegliere il luogo dove curarsi, la programmazione non può essere rigidamente legata al numero di abitanti del territorio afferente. D'altra parte non è il numero di posti-letto che conta, bensì il numero di servizi, di sale operatorie, di personale necessario per svolgere il lavoro richiesto e di strutture sanitarie esterne che rendano superfluo il ricovero ospedaliero quando non vi siano motivi di necessità. Questo richiede una flessibilità del sistema legata alla richiesta dell'utenza.

Quando un settore si espande, va assecondato nella sua crescita con uomini, mezzi e con forme di autofinanziamento.

L'ospedale che funziona bene e che richiama pazienti da altre regioni dovrà averne un vantaggio non solo in termini di prestigio, ma anche economico. Non vengono forse pagate dalle Regioni di provenienza le prestazioni fatte all'estero in regime di convenzione?

I primari dovrebbero essere chiamati a cogestire con l'Amministrazione l'aspetto economico della Sanità e a rispondere delle attività svolte nei reparti a loro affidati non solo sotto il profilo medico, ma anche di gestione organizzativa e finanziaria.

Ospedale e territorio

L'ospedale deve essere proiettato nel territorio; all'estero il rapporto tra medico di base o specialisti esterni e reparti di degenza ospedaliera è molto stretto e l'indicazione al ricovero non un provvedimento di comodo, ma un indispensabile mezzo per proseguire nelle indagini diagnostiche e nella terapia. L'individuazione delle falle e dei colli di bottiglia in un sistema sanitario non è difficile e consente di ridistribuire meglio il personale e di evitare le liste di attesa che sono diventate ormai una piaga proprio dei centri che forniscono le prestazioni migliori.

Per rimanere al passo con la Sanità europea bisogna snellire le pratiche burocratiche sia per l'assunzione di personale sia per l'acquisizione di apparecchiature e materiali. Il tempo medio per l'effettuazione di un concorso per l'assunzione di un assistente si aggira intorno ai dodici mesi. Una apparecchiatura acquistata da un ente pubblico corre il rischio di essere già superata quando entra in funzione, visti i tempi di latenza fra richiesta e acquisizione. È mortificante per chi opera nelle strutture pubbliche arrivare sempre in ritardo non solo rispetto ai colleghi stranieri ma anche alle strutture private.

Potenzialmente la Sanità italiana non è seconda a nessuno, né sotto il profilo culturale né tecnico. Rivedendo alcuni criteri organizzativi, introducendo una proporzionalità fra impegno lavorativo e compenso, snellendo l'apparato burocratico ci troveremo pronti al confronto europeo senza il pericolo di essere penalizzati e di essere considerati terreno di conquista da parte delle "forze" sanitarie d'oltralpe.