

«MEGLIO IL MODELLO OLANDESE»

Ora bisogna rivedere il sistema dei rimborsi

» | Meglio il modello olandese

E adesso bisogna rivedere il sistema dei rimborsi

di GIUSEPPE REMUZZI

L'intenzione era buona, cercare di utilizzare al meglio le risorse disponibili. Così si sono introdotti i Drg — sta per «Diagnosis related group» — a ciascuna malattia corrisponde una diagnosi e una tariffa (per un trapianto di cuore l'ospedale o la clinica privata riceve 38.666 euro, per un intervento di angioplastica coronarica 6.338 euro, per un aneurisma dell'aorta addominale 12.571 euro).

L'aver introdotto il rimborso a prestazioni ha contribuito a formare medici attenti agli aspetti «d'impresa» del loro lavoro. Per un certo verso è stato un bene. Prima, c'era poca attenzione alle spese e si sprecava. Adesso però si esagera. Ed è un male, soprattutto per gli ammalati.

La caccia al Drg più remunerativo porta ad interventi non necessari e di farmaci o chirurgia inutile si può morire. Sottoporre a chirurgia delle coronarie un sessantenne con una indicazione precisa vale la pena, ma c'è il caso che si faccia chirurgia delle coronarie a una donna di 85 anni che aveva pochi o nessun disturbo. Serve? No, una donna così sarebbe vissuta benissimo per gli anni che le restavano da vivere con qualche farmaco. Invece dopo l'intervento le è venuta un'embolia polmonare e poi l'insufficienza renale, adesso deve fare la dialisi.

E pensare che il sistema dei Drg è stato inventato negli Stati Uniti con finalità diverse, classificare le malattie e capire quale è il tipo di attività prevalente in un ospedale. I costi sono

parte integrante delle decisioni mediche, ma la buona medicina è fatta di conoscenze, verifica dei risultati, tensione all'eccellenza, ricerca scientifica, l'attenzione al Drg non c'entra.

S'è detto «ai cittadini non interessa chi eroga le prestazioni, l'importante è essere curati bene». Non è vero. Ai cittadini interessa moltissimo sapere se i medici di un certo ospedale o di una certa clinica vengono pagati in rapporto a quanto lavorano o peggio in rapporto a quanto «fanno Drg».

La Lombardia ha fondato il suo modello su mercato ed efficienza e si sono accreditate tante strutture private con l'idea che l'ammalato dovesse poter scegliere e per dare competitività agli ospedali. Un po' è servito ma è venuto il momento di ripensarci, l'impresa salute è impresa particolare. Quella pubblica lavora per migliorare la qualità delle cure e l'aspettativa di vita che vuol dire anche più prevenzione. Più lo si fa, meno si dovrà fatturare (meno esami radiologici, meno interventi chirurgici). Quella privata il fatturato lo deve aumentare sempre.

Negli ospedali della Lombardia ci sono programmi per ritardare o eliminare la necessità di dialisi. E c'è almeno un ospedale dove si cerca di convincere gli ammalati che, in certe circostanze, certi interventi di chirurgia ortopedica conviene non farli. Attività così nelle cliniche private, che risulti a me, non ce ne sono. Per evitare che i Drg siano occasione di imbroglio bastano i controlli, dicono i funzionari della Regione, anzi è proprio perché in Lombardia ci sono i controlli che si sono scoperte tante cattive



abitudini. È davvero così, forse, ma i controlli dovrebbero essere molto sofisticati, e fatti da persone davvero competenti. E che fra l'altro non dovrebbero limitarsi agli aspetti amministrativi, ma giudicare del merito di un determinato intervento: questo però è difficilissimo da fare e costa molto.

C'è una soluzione? Sì, eliminare i Drg e sostituirli con un budget complessivo di ospedale (è così in Olanda per esempio) che non deve essere tanto un budget economico, ma piuttosto un budget di obiettivi e di risultati. Va costruito tenendo conto che il servizio sanitario si deve certo far carico di tutto quello che in sanità serve davvero, ma solo di quello. Atti medici per cui non c'è evidenza di efficacia non se ne devono fare mai, per nessuna ragione.