

Claudio Giorlandino

Piccolo “libro bianco” sull’ambulatorietà nel SS Regionale.

Lotta all’effetto Knock

per sanare il SSN attraverso i seguenti meccanismi:

RIDURRE LA RICHIESTA DI PRESTAZIONI INUTILI ESEGUIRLE NELLE STRUTTURE A MAGGIOR
CONTROLLO DI SPESA fino a 3- TRASFERIRE IL BUDGET REGIONALE AL CITTADINO

Luglio 2008

PREMESSA

*L'ambulatorietà privata convenzionata rappresenta per la Regione una straordinaria risorsa, in termini di servizio, per qualità, quantità e convenienza. Le circa 600 strutture, diffuse sul territorio, eseguono milioni di prestazioni annue. Per le sole analisi cliniche queste soddisfano oltre il 90% delle prestazioni richieste gravando invece solo per l'1% sulla intera spesa sanitaria regionale. Quando, ad ottobre dello scorso anno, si è voluto ridurre del 50% il budget a loro destinato (tentando di ridurre la spesa di un insignificante 0.5%) i laboratori hanno serrato i cancelli e **tutto il sistema ambulatoriale regionale è caduto nel caos**, con ripercussioni anche sui sistemi a ricovero Tale decisione non produsse nessun "risparmio". Innanzitutto va detto che la somma fu immediatamente utilizzata per erogare servizi di lungodegenza (cfr: Delibera 1061 del 28 dicembre 2007) ed a questo si aggiunse il fatto che gli ospedali cercarono di assorbire la richiesta dei centri convenzionati accelerando il deficit sanitario. Infatti il costo dei servizi ambulatoriali, negli Ospedali, è incalcolabile (sensu strictu) in relazione all'impossibilità di calcolare davvero quanto costa poiché i DRG non coprono le spese! Tuttavia è lecito ritenere che una prestazione ambulatoriale, in un Ospedale costi, alla Regione, da 3 a 5 volte di più che in una struttura ambulatoriale convenzionata. Ma tale differenza non è valutabile in relazione all'impossibilità di scorporare, dalle spese generali, i costi relativi agli ambulatori ed ai laboratori. La ragione risiede in diverse peculiarità del pubblico. Di base il costo del personale è più elevato poiché più numeroso, spesso addirittura esuberante per il numero di prestazioni eseguite, come oramai dimostrato si assenta più spesso e per periodi più lunghi. I turni brevi di servizio. Si deve poi considerare che il costo dei materiali "consumabili" per i laboratori e per le radiologie, a parità di prodotto, nel pubblico è di regola maggiore dal 70 al 90% rispetto ad un centro privato.*

Chissà se un giorno, qualcuno, se ne chiederà il perché...

Fin qui il costo per la Regione. Ma anche il cittadino ci rimette. Secondo una indagine recente, se si calcolano tempi di attesa e le "perdite di tempo" per eseguire, ad esempio, una radiografia del torace un paziente con un'attività professionale o dirigenziale, spende 10 volte di più a rivolgersi in un ospedale rispetto che ad una struttura convenzionata!

INTRODUZIONE:

È ben noto che le autorizzazioni costituiscono il requisito di base per l'apertura e l'esercizio delle attività sanitarie e che sottendono alla presenza di standard minimi di sicurezza e qualità che, alla luce del rinnovato assetto costituzionale delle competenze (L.cost. 3/2001), spetta a ciascuna regione predeterminare. L'autorizzazione istituzionale (Art. 8-bis, comma 3 d.lgs. 502/92 e s.m.i.) prevede la delibera autorizzativa, da parte delle Regioni come requisito basilare per un rapporto contrattuale tra la Regione e le strutture sanitarie che intendono erogare un servizio. Tali autorizzazioni si applicano diverse tipologie: **a)** strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti (*in-patient*) finalizzate a *degenza, emergenza, eccellenza*. Siano esse ospedali, case di cura IRCCS ecc. **b)** strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio (*out-patient*); **c)** strutture sanitarie e sociosanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo o diurno (*residency o Day hospital*); **d)** Prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente (*Day surgery*)

La maggiore spesa sanitaria attiene alle strutture ospedaliere.

I costi di queste ultime, come vedremo, sono elevati oltre che per l'*in-patient* (che gli compete organizzativamente e strutturalmente) soprattutto per l'*out-patient* per il quale tali strutture non sono dedicate con la conseguenza di gravare, sui servizi ambulatoriali, spese aggiuntive di gestione generale. E' infatti per questo, va detto subito, che tutte le strutture ospedaliere favoriscono l'accesso del paziente ambulatoriale, su di questo possono far gravare costi diversi e centri di spesa misti. Insomma, altri servizi da "gestire" in senso economico ed organizzativo.

Nella nostra Regione tale fardello è maggiormente appesantito da strutture sanitarie molto grandi con spese incontenibili per alti costi e per pagamenti che sfiorano immancabilmente la programmazione. In pratica benché il costo di un ricovero o di una prestazione ambulatoriale dovrebbe essere contenuto entro un DRG definito questo non copre mai le spese finali. In particolare, poi, il costo di una prestazione ambulatoriale è particolarmente antieconomico giacché le strutture ospedaliere erogano le prestazioni ambulatoriali in misura limitata rispetto alle loro reale potenzialità. Benché sia impossibile disporre di un calcolo attendibile (i costi del personale non sono calcolabili e i costi delle apparecchiature e reattivi sono complessivi dell'in ed out-patient), è lecito ritenere che una prestazione ambulatoriale, in un Ospedale, costi da 3 a 5 volte di più che in una struttura ambulatoriale convenzionata. Una analisi, purtroppo parziale, si può emergere da alcune fonti ufficiali Sias -ASP LAZIO. Da semplici calcoli appare che, ad esempio, in un laboratorio convenzionato il costo medio di un esame è di euro 3.46, il più basso di ogni altra struttura ed addirittura meno della metà di quello che costa in un policlinico universitario. Ma tali spese sono sempre irrisorie se si pensa che il prezzo pagato per eseguire un esame in una di tali strutture è solo un costo teorico. Di fatto, poi, per aziende ospedaliere e grossi policlinici privati, si finisce sempre per coprire i maggiori debiti che i rimborsi per prestazione ed i DRG non coprono. Se non si ripianassero i debiti "a piè di lista", in altri termini, se fossero onnicomprensivi, alla Regione, paradossalmente converrebbe più pagare i 7.29 euro di un policlinico universitario privato (sebbene sia il più caro) che quei teorici 5.79 che spende per nei suoi laboratori.

| | Privato | Classificato | A.O. (senza spese generali) | Policlinico Universitario (pubblico + privato) | IRCCS (pubblico + privato) | Extraterritoriale (SMOM + Bambino Gesù) |
|--|---------|--------------|--------------------------------------|---|----------------------------------|---|
| BRANCA SPECIALISTICA | | | | | | |
| 00 Laboratorio Analisi | 3,46 | 6,05 | 5,79 | 7,29 | 5,41 | 5,89 |
| 56 Medicina Fisica - Riabilitazione | 5,08 | 4,49 | 5,96 | 5,95 | 3,48 | 9,88 |
| 61 Medicina nucleare | 74,83 | 61,45 | 86,88 | 191,55 | 40,41 | |
| 69 Radiologia Diagnostica (*) | 11,46 | 31,03 | 34,84 | 41,36 | 32,08 | 76,35 |
| 70 Radioterapia | 8,73 | 40,16 | 107,42 | 39,38 | 33,22 | |
| 79 Risonanza magnetica (*) | 163,47 | 303,54 | 141,76 | 218,03 | 167,64 | |

Dati Sias - ASP LAZIO

Sulla nostra Regione grava, infatti, il fardello grandi dove, spesso, vi è una richiesta esagerata di esami, prestazioni, ricoveri lunghi e reiterati. Di analisi praticate più volte, ossessivamente. Una propedeutica che poco ha a che fare con la clinica e che, in tali casi è finalizzata ad una semplice pubblicazione scientifica, funzionale ad una tesi o, più pragmaticamente, ad un titolo di carriera accademica. Le grandi amministrazioni hanno poi, in generale, la possibilità di amplificare costi e trarre vantaggio con molti metodi. A parte gli scandali recentemente denunciati nella Regione Lombardia dei quali da noi, per fortuna, non se ne ha notizia o ipotesi, vi sono innumerevoli possibilità di aggirare mille piccoli artifici i DRG e rimborsi. Tra questi è facile aggiungere un esame inutile e costoso per aumentare un rimborso oppure spostare un paziente lungodegente da una struttura all'altra in modo da esigere una retta sempre maggiorata così come stabilito nei primi mesi o, ancora, quando è possibile "eludere" i controlli, registrare i pazienti con DRG più onerosi rispetto alle reali patologie. In questi casi si può anche trattare di strutture eccellenti, fortemente radicate nel tessuto sociale, economico e politico della Regione per le quali il bisogno di coprire costi esorbitanti rende il termine "contenimento" del tutto elusivo. Strutture, in molti casi, di indubbio valore professionale ma che per diversi motivi, dal retaggio storico di gestioni poco oculate alla necessità di moltiplicare reparti e servizi per pressioni esterne (parleremo dell'effetto Dr. Knock) erogano prestazioni a prezzo molto elevato.

Certamente, a ben vedere, è in tali aspetti che va ricercato il male della sanità, soprattutto privata, lì dove essa collude e ingaggia relazioni "privilegiate" con le amministrazioni locali e lì dove lucra poiché crea strutture e servizi funzionali ai suoi conti economici, non alle reali esigenze del cittadino. Il resto della sanità privata, quella che lavora nel libero e sano mercato del "concreto e necessario" servizio al paziente, quella è una risorsa straordinaria. Impossibile, per molti motivi, modificare "ope legem" i servizi offerti dalle grandi strutture ospedaliere. L'unica strada percorribile è far sì che "naturalmente" si riduca, presso di queste, la richiesta delle prestazioni maggiormente onerose o, per le quali, non sia possibile controllare la spesa, in una parola: le **prestazioni ambulatoriali**. Per far questo bisogna favorire in ogni modo il libero e gratuito accesso verso la rete di strutture ambulatoriali presenti sul territorio. Stante il funzionamento organizzativo delle strutture ospedaliere l'impresa non è difficile. A quel punto, se i manager saranno accorti, smantelleranno presto quei servizi ambulatoriali non produttivi all'interno delle strutture ospedaliere ed indirizzeranno risorse e personale nelle 3 aree di loro specifica competenza: *degenza, emergenza, eccellenza*. Lì le risorse non devono essere lesinate!

LA REGIONE LAZIO E L'EFFETTO KNOCK

A mio vedere la Regione Lazio (più di altre) sembra essere preda dell'effetto Dr. Knock, ovvero del "trionfo della medicina": il medico che aumenta i malati. Così come magistralmente descritto nella famosa commedia omonima di Jules Romains, dove un medico generico, il dottor Knock, giunto in un piccolo paese di montagna chiamato Saint Maurice, dove nessun medico sopravviveva a causa della buona salute degli abitanti, con la scusa di sottoporre tutti gli residenti ad una visita gratuita di controllo trasforma Saint Maurice, in un anno, in un gigantesco ospedale. Quest'opera, il cui tema principale è il modo in cui persone sane vengono trasformate in pazienti, evidenzia come i medici possono, anche involontariamente, solo per il fatto che "fanno medicina" amplificare, con la loro attività, diagnosi e terapie. Costi e malattie.

Per scoprire se il principio è valido anche oggi eseguiamo un semplice raffronto fra la spesa regionale per le spese ambulatoriali specialistiche (*out-patients*) di tre Regioni: il Lazio, la Lombardia ed il Veneto.

Nel **Lazio** vivono 5.146.000 abitanti e sono presenti, in totale, 44590 medici (1 medico su 115 abitanti).

In **Lombardia** vivono 9.122.000 abitanti e sono presenti, in totale, 55301 medici (1 medico su 164 abitanti)

Nel **Veneto** vivono 4.527.694 abitanti e sono presenti, in totale, 21.907 medici (1 medico su 206 abitanti)

Ne deriva che, nel Lazio, vi è un rapporto medici/pazienti superiore del 30% rispetto alla Lombardia e di oltre il 40% rispetto al Veneto. Se la nostra ipotesi fosse corretta sarebbe lecito attendersi, nel Lazio, un effetto Knock che porti ad una spesa di circa un 30% superiore alla Lombardia e di un 40% rispetto al Veneto.

In effetti la spesa sanitaria pubblica in regime di convenzione (*out-patients*) per funzione economica e regione (fonte ISTAT Indicatori socio-sanitari regionali Anno 2005) è la seguente:

Lombardia: Euro 681 pro capite.

Veneto: Euro 586 pro capite

Lazio: Euro 875 pro capite: esattamente il **28.5%** in eccesso rispetto alla Lombardia e del **35%** rispetto al Veneto **L'effetto Knock è dimostrato!**

Ma anche per la **spesa farmaceutica** (dati 2001) le cose sembrano confermare l'ipotesi Knock:

Lombardia: Lire 383.209 pro capite

Lazio : Lire 460.832 pro capite oltre il **30%** in eccesso!

La spesa sanitaria cresce in percentuale corrispondente al numero dei medici: è una realtà dimostrata "per tabulas".

Ma questa regola non è valida solo per le spese ambulatoriali ma, in genere, per tutta la spesa sanitaria delle Regioni (in e out-patients). Qui, il dato più interessante non attiene solo al numero dei medici, ma anche alla loro distribuzione sul territorio. Infatti se consideriamo il medico come il volano per la "domanda" di esami e terapie e il territorio come l'offerta di servizi clinico-diagnostico-terapeutici, è intuitivo che, nelle aree metropolitane, l'offerta di servizi e prestazioni sia superiore. Ne consegue che la maggiore concentrazione di medici nelle aree metropolitane è un elemento critico dell'incremento di spesa sanitaria.

In altri termini si ingenera un circolo vizioso: più medici = più servizi = più medici nei servizi e più medicina, e così via.

| Regione | Abitanti | Medici | Rapporto Abitanti/Medici | Spesa Abitante | capoluogo | Rapporto Medici/Comune |
|-----------|-----------|--------|--------------------------|----------------|-----------|------------------------|
| LAZIO | 5.146.000 | 44.590 | 1/115 | 1964 | Roma | 1/95 |
| CAMPANIA | 5.701.931 | 37.402 | 1/150 | 1659 | Napoli | 1/143 |
| FRIULI | 1.183.764 | 7.277 | 1/163 | 1597 | Udine | 1/173 |
| LOMBARDIA | 9.122.000 | 55.301 | 1/164 | 1512 | Milano | 1/140 |
| TOSCANA | 3.500.000 | 21.540 | 1/165 | 1591 | Firenze | 1/121 |
| PIEMONTE | 4.214.677 | 24.302 | 1/175 | 1639 | Torino | 1/152 |
| SICILIA | 4.968.991 | 26.737 | 1/185 | 1580 | Palermo | 1/136 |
| VENETO | 4.527.694 | 21.907 | 1/206 | 1539 | Venezia | 1/210 |

Nelle grandi città, dove si concentrano anche maggiori "offerte", in termini di servizi sanitari, l'effetto si manifesta in modo più evidente e la medicalizzazione aumenta.

Ma tornando alla nostra Regione ed al raffronto con la Lombardia che, per lo stile di vita e per le caratteristiche socio-economiche meglio le si confronta, si deve aggiungere che **la deriva Knock pare in continua crescita!** L'aumento relativo, nel Lazio, della richiesta di prestazioni avanza progressivamente e la "forbice" si apre. Infatti, negli ultimi 10 anni (1995/2005) si è avuto un progressivo aumento relativo dei costi a fronte di una differenza demografica praticamente imm modificata: in Lombardia siamo passati da una spesa pubblica di 7.737.000 a 14.260.000 (+ 84%) e nel Lazio siamo passati da 4.624.000 a 9.796.000 (+ 111%). Una differenza in crescita +27% ! La richiesta di prestazioni e la conseguente aumentata pressione economica sulla Regione Lazio cresce.

Va inoltre detto che questo 30%/35% di prestazioni in eccesso rispetto a Lombardia e Veneto è una percentuale inferiore al vero. Infatti molte prestazioni sfuggono al computo, sono a pagamento, non registrate, oppure non incluse nelle spese SSN della Regione Lazio (perché non retribuite per esaurimento dei budget). Di fatto la richiesta è sicuramente maggiore. Si sappia che, nella nostra Regione si eseguono almeno 400.000 risonanze magnetiche l'anno (ne basterebbero meno della metà, secondo i radiologi). In definitiva si ritiene che un cittadino medio laziale richieda in media un 35% di prestazioni sanitarie in più di un lombardo ed oltre il 40% più di un veneto dove il ricorso al "privato" è minimo.

Eppure, a passeggiare per Roma, non sembra di vedere gente con il 40% di malanni in più di un milanese o di un veneziano!

Qui val la pena di aprire una piccola parentesi sulla ragione di questa nostra **pletora di medici**: in media 1 su 180 abitanti. Troppo, negli USA è circa 1 su 500.

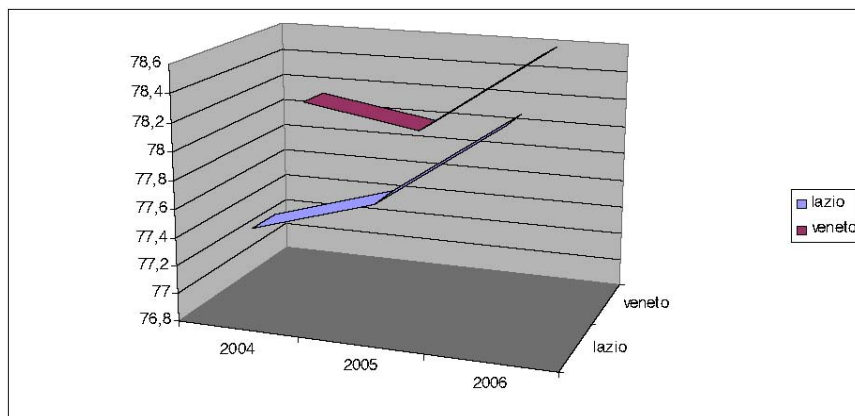
La programmazione del numero chiuso alla facoltà di medicina per decenni fu controversa e rimandata fino alla promulgazione della legge 264/1999. Coloro che la sostennero ritenevano che, lasciare libere le iscrizioni, avrebbe portato un gran numero di disoccupati. In effetti nel 1998 se ne contavano circa 80.000 in queste condizioni. Nessuno però poteva immaginare che questa fiumana di esuberanti avrebbe poi prodotto un danno maggiore, di portata economica più ampia e che quei disoccupati, dopo aver sofferto e ritardato il loro inserimento professionale, in un modo o nell'altro, chi meglio e chi peggio, nella quasi totalità sono comunque riusciti a fare i medici.

Certamente se guardiamo ai soli strutturati nelle aziende ospedaliere o nel SSN ci sembra che la massa stia ancora "a spasso", ma questo non è assolutamente vero. Il medico che non si colloca nel SSN fa comunque il medico, quasi sempre è uno "specialista". Costui, per lavorare, sceglie ambiti di nicchia, si dedica al suo ambulatorio, fa prevenzione, controllo, check-up, si arrangia. Segue le novità, le mode, cerca di esplorare sempre nuovi aspetti della medicina a volte più raffinata, a volte meno ortodossa o tradizionale, spesso ridondante, alle volte inutile (effetto dr.Knock). in ogni caso fa "medicina".

Ne è derivato che, a pagare il conto dell'eccesso dei laureati, non sono stati loro, i medici in esubero, ma tutto il sistema economico (ed a volte il cittadino).

Il Lazio poi, più di altre regioni, soffre del fatto che ha un **numero esagerato di facoltà e di corsi di laurea in scienze sanitarie** e nel suo territorio i laureati si stabiliscono anche da altre regioni trovando un volano di crescita della richiesta sanitaria che deriva dal meccanismo già menzionato del *più medici = più servizi = più medici nei servizi e più medicina*.

Fattispecie interessante e, per certi versi "illuminante", è quella relativa alla **speranza di vita** nelle diverse regioni. Se prendiamo l'esempio della regione Veneto, generalmente intesa come una regione tra le più "virtuose", soprattutto perché ha pochi medici e poca medicalizzazione, osserviamo che la speranza di vita di un maschio nato nel 2006 è di 78 anni mentre nel Lazio, regione più "spendacciona", è di 77,70. A vedere tale raffronto "semberebbe" che nel Lazio, oltre al fatto che si spenda di più, la Sanità funzioni peggio. Questo però non è vero. Se consideriamo che le morti per "accidente" sono rimaste praticamente costanti negli ultimi tre anni nelle due Regioni, è di tutta evidenza che il relativo aumento della speranza di vita di un cittadino del Lazio rispetto a quello di un veneto, sia dovuto alla migliore sanità.



Quindi è palese che l'eccessiva medicalizzazione fa male alle tasche ma non alla salute!

Ciò non esclude che lo stesso risultato potrebbe essere ottenuto evitando gli eccessi di una medicalizzazione impropria.

Orbene, avendo oramai compreso che i soggetti intorno ai quali ruota il sistema sanitario sono 3: il **cittadino**, la **struttura sanitaria** e la **Regione** ed avendo chiaro che il punto fermo è il bilancio regionale (cifra fissa), appare del tutto evidente, che per arrivare al pareggio, bisognerà scegliere: o si scontenta il cittadino o si mette mano all'attuale sistema delle strutture sanitarie. La scelta dell'Amministrazione non può essere che una: **privilegiare e proteggere il cittadino.**

Il metodo utilizzato fino ad ora per risparmiare è stato quello di inibire e controllare i medici generici in base ad un programma di controllo di qualità dei dati il qua-SIAS (*delibera regionale n. 1455 dell'8/11/2002*) ma, purtroppo non può funzionare perché registra e monitorizza solo le prescrizioni del medico del SSN ma lascia il libero professionista senza freni poiché non rappresenta una linea-guida valida per tutti.

In tal modo la spesa si aggrava sempre di più. **Se si prescrive si spende.**

Il metodo per accontentare il cittadino e la Regione passa (inevitabilmente) per la disintegrazione del "sistema" Knock: medici e strutture sanitarie che accrescono la richiesta di prestazioni anche inutili e cercano di accaparrarsi i budget più alti con tutti i meccanismi possibili. Ognuno pretende la fetta maggiore indipendentemente dalla sua "competitività" professionale ed economica.

A questo punto bisognerà scontentare quella parte dell'apparato medico che, fino ad ora, ha erogato un servizio superfluo spesso in assoluta buona fede altre volte lucrando o amplificando la spesa a suo favore. Si tratterà di una scelta contro-sistema poiché una certa inadeguatezza amministrativa e gestionale di molte strutture pubbliche così come i privilegi economici di altrettanti Servizi accreditati si sono strutturati attraverso meccanismi trasversali, politici, economici, burocratici. Nel tempo si sono andate formando reti di clientele, amicizie, accordi complessi e protezioni sia in ambito politico che culturale o ideologico. Convenzioni inutili o pleonastiche fino a ieri divengono, improvvisamente, di assoluta necessità se ben sostenute. Si provi a controllare, poi, in molte strutture, se i DRG siano corretti o se le spese o i contratti siano tutti "trasparenti". Si provi a smaltire o snellire servizi sovrabbondanti, inutili, eccessivi, costruiti attorno ad una "baronia" o ad un interesse più che ad un bisogno. Ci si accorgerà della difficoltà di agire su tali profili! Lottare contro il perverso metodo Knock vuol dire vincere resistenze nei grandi gruppi sanitari e nell' establishment organizzativo ed amministrativo sanitario regionale. Questo non può essere fatto in un solo colpo. Bisognerà intervenire in tempi rapidi ma successivi

L'eliminazione di tale sistema passa per tempi fondamentali:

Nella prima fase:

- 1 - Ridurre la richiesta di prestazioni inutili
- 2 - Spingere il cittadino a servirsi delle Strutture Sanitarie meno costose

Nella seconda:

Giungere alla totale eliminazione di budget e accreditamenti per lasciare libero il cittadino di spendere il suo credito sanitario dove meglio desidera.

Tutto questo rappresenterà una vera e propria "rivoluzione copernicana"

La RIVOLUZIONE COPERNICANA NEL SISTEMA DI “CREDITO” SANITARIO AL CITTADINO

Il cambiamento, radicale, che deve portare alle due finalità menzionate, deve essere progressivo e graduale in modo che gli “scossoni” siano lievi e le ripercussioni modeste.

PRIMA FASE:

1 - Per prima cosa è necessario **ridurre il numero delle prestazioni e delle prescrizioni inappropriate**. Questo è incredibilmente semplice, attraverso tre meccanismi:

a) per prima cosa bisogna elaborare e diffondere:

- Linee-guida per esami e prestazioni ambulatoriali
- Linee-guida per prescrizioni farmaceutiche

(NB: le Linee-guida non devono essere quelle controllate dal sistema QUASIAS. Non basta. Devono essere linee-guida di valenza medico-legale. Queste valgono per tutti. Soggetti del SSN e no. Di regola sono automaticamente accettate poiché nessun medico prescriverebbe ciò che le linee guida non prescrivono. Il sistema linee guida si autocontrolla per il timore medico-legale!) La costituzione di tali strumenti metodo-logici è divenuto adesso di particolare urgenza, infatti i nuovi Livelli minimi di Assistenza (LEA) assicurano, in strutture ospedaliere, la gratuità su praticamente tutte le prestazioni che lo scibile medico (anche il più fantasioso) può proporre: dalla psicoterapia di gruppo (e tutti sanno che, se vai dallo psicologo, e non paghi, i risultati sono scadenti) fino al dosaggio dell'acido citrico (fondamentale per salvare la vita ai pazienti che bevono limonate) passando per la ricerca degli anticorpi anti testicolo (per salvare i quali, caro lettore, non c'è rimedio. In tutti i sensi!) Una enormità di esami e prestazioni costose, spesso ripetitive, ridondanti, pleonastiche anche per le diagnosi differenziali più sottili e, in definitiva: inutili, ovvero utili solo al laboratorio che le esegue. I medici, poi, mancando di linee-guida ragionevoli ed ufficiali si fanno trascinare dalle mode (vedi oggi l'esasperata ed esagerata diagnostica funzionale sulla tiroide e le, in gran parte inutili, ricerche sulle trombofilie) aumentando il carico ospedaliero di richieste non motivate e sottraendo risorse al paziente acuto o grave.

b) Reintroduzione immediata, anche se temporanea, **del Ticket sanitario fisso** per ricetta e soprattutto per farmaco.

Tale scelta, apparentemente impopolare, è comunque indispensabile a frenare il malcostume dello spreco e per proteggere lo stesso cittadino dall'esagerata e gratuita prescrizione di farmaci ed esami inutili. Il ticket è solo apparentemente impopolare poiché le classi “protette” rimarranno esenti. Sarà comunque necessario ridimensionarle essendosi verificato un progressivo ed eccessivo aumento delle stesse. Inoltre è del tutto indispensabile limitare e controllare gli “esenti” ed eliminare il sistema della autocertificazione che, come ribadito al punto 6, si presta alla frode. Certamente la reintroduzione del ticket non è più impopolare (e soprattutto immorale) della pratica scandalosa delle prestazioni ospedaliere intra-moenia (vedi al punto 6).

c) Assoluta equiparazione del valore di un esame eseguito in una struttura privata ed una pubblica.

Nel tempo, senza che sia possibile risalire al momento ed al perché, si è generata, di fatto, una dicotomia culturale tra il sistema sanitario pubblico e quello privato. Anzi, per maggior precisione, è il Sistema sanitario pubblico che, a diversi livelli, non tiene conto di esami o prestazioni del privato, anche di quello accreditato

perché ritenuti preconcettualmente “non validi”. Così le indagini vengono ripetute, magari solo a distanza di pochi giorni, in una struttura pubblica con inutile dispendio di risorse.

Accade infatti, molto spesso, che un medico di base non prescriva un farmaco costoso se non ha un esame che ne stabilisca la necessità per il timore di essere sottoposto a controllo da parte della sua ASL. Facciamo l'esempio di un farmaco per l'osteoporosi. Una paziente in menopausa esegue la MOC in una struttura privata (a sue spese) e chiede al medico la terapia. Questi gli risponde che l'esame eseguito in quella clinica non è valido e gliene richiede un altro identico da eseguire nella ASL ritenendolo “ufficiale” o più autorevole. A questo punto la nostra paziente è costretta a sottoporsi alla stessa procedura con il paradosso, non infrequente, che si ritrovi ad eseguirla con lo stesso medico e con un apparecchio del tutto simile! Quello che, la nostra paziente aveva fatto per velocizzare il suo percorso, a sue spese, finisce per esserle un danno e non porta nessun risparmio né razionalizza il percorso diagnostico terapeutico. Portiamo questo esempio negli ospedali, dove di regola c'è il malcostume di “ripetere gli esami eseguiti fuori” e ci rendiamo conto delle sue dimensioni e dello spreco che, talvolta, trova un suo razionale solo in un malinteso o involontario sciovinismo che si è andato ingenerando nei ranghi pubblici.

2- E' poi immediatamente necessario **semplificare la burocrazia:**

- **Validazione delle autorizzazioni e ri-autorizzazioni mediante la semplice presentazione delle domande.**

Le domande, debitamente compilate comprovanti i requisiti richiesti debbono ritenersi provvisoriamente accettate e valide. Il controllo, severo e puntuale, seguirà l'inizio dell'attività. Chi non ottempera a quanto dichiarato subirà sanzioni severe.

Tale percorso è la soluzione ai ritardi e alle inadempienze che si verificano. Se le normative vengono emesse queste debbono avere un rapido seguito ed attuazione.

Si pensi, in particolare, all'applicazione della legge 4 emanata nel 2003 il cui piano di attuazione è del 2007! Questo ritardo ha prodotto una serie di ritardi e scompensi:

- Tutte le strutture hanno dovuto presentare migliaia di domande e documenti di autorizzazione e ri-autorizzazione (scad. 30/6/07) comprovanti (sulla carta) la loro idoneità. Di conseguenza in Regione si è accumulata una quantità impressionante di pratiche cartacee che, ha determinato un “blocco burocratico” che ha paralizzato soprattutto per “prime autorizzazioni” (pare solo ora si stiano preparando le commissioni di verifica!)
- Fino ad ora, per aprire uno studio medico si impiegavano 2 anni (solo dopo 18 mesi di reiterate proteste si è fatto un piano di precisazione) A questo si aggiungano i noti casi “scandalo” di funzionari inadempienti od inetti che ritardano anni autorizzazioni e pratiche amministrative. Si consideri che, di base, tutte queste pratiche non sono altro che “carta”. Ognuno, sulla carta, può scrivere e documentare ciò che meglio crede. Senza le opportune verifiche, presentare domande formalmente ineccepibili, non garantisce l'amministrazione ed il cittadino. Non sarebbe allora stato molto più semplice emanare solo le norme attuative, tecnicamente chiare, magari lasciando aperto uno sportello (preferibilmente con un funzionario “gentile”) disposto ad ascoltare dubbi e fornire chiarimenti? Ognuno avrebbe dovuto “esclusivamente” presentare una comunicazione (meglio se via rete) di apertura o adeguamento del proprio studio/struttura secondo la norma. In seguito, una commissione itinerante, sarebbe passata a controllare che tutto fosse stato fatto secondo le regole. Se si fosse disposto in tal guisa, il sistema non sarebbe stato bloccato, medici ed imprenditori sarebbero stati soddisfatti, il SS ed il cittadino sarebbero stati ampiamente garantiti dalle verifiche, e tutto il processo sarebbe risultato molto più rapido. Non si sarebbero creati disfunzioni, ingorghi. Non ci sarebbe stato spazio per favoritismi al fine di accelerare una pratica o cavilli per ritardarne un'altra. Non si sarebbero avute le note proteste dell'ordine dei medici, disservizi, ritardi, accumuli, confusione. Una amministrazione moderna deve emanare disposizioni e controllare che vengano rispettate. Tutto qui. Deve farlo con agilità e con trasparenza, con buona disposizione verso tutti i suoi amministrati, con spirito di collaborazione fattiva eliminando quel clima “borbonico” che, purtroppo, ancora si respira in alcuni (o molti) uffici. Clima fatto di arroganza, supponenza, di repressione per chi non è “nelle grazie” e di favore per l'amico. Comportamento che getta discredito e rende invisibile, anche un'Amministrazione sostanzialmente sana. Questa, infatti, solo per il com-

portamento pregiudizievole di pochi funzionari “ancient regime” diviene ostile e, nell’immaginario del suo amministrato, sede di chissà quali oscuri intrighi e corruzione. Personalismi, favoritismi, percorsi privilegiati debbono essere combattuti in entrambi i contraenti, la regione dovrebbe prevedere un turn over dei propri funzionari prima che questi possano intrattenere relazioni privilegiate con le strutture sanitarie.

D’altra parte le strutture sanitarie dovrebbero essere adeguatamente controllate e le violazioni perseguite con fermezza. Nella stessa ottica **è necessario che si persegua anche il controllo e la verifica delle applicazioni normative regionali da parte delle ASL** sia verificata puntualmente. (forse troppe norme?).

- **Eliminare tutti i bizantinismi.** Chi ha avuto modo di leggere solo una delle delibere non può che stupirsi della loro astrusità, cavillosità, tortuosità.

Solo per sorridere: (e per comprendere quanto il SSR sia divenuto assurda preda di un tecnicismo e di una burocrazia esagerata) basti leggere un decreto.

Il decreto D.G.R. n. 174 del 21/03/2008, ad esempio, ancor prima di arrivare al sodo, alla delibera, contiene:

-23 ripetizioni di capitoli “**visto**” contenenti oltre 50 richiami a decreti e leggi.

-4 ripetizioni di capitoli “**preso atto**” contenenti 30 richiami normativi e legislativi.

-10 ripetizioni di capitoli “**considerato**” contenenti oltre 40 richiami normativi e legislativi

-2 ripetizioni di capitoli “**atteso**” contenenti 5 richiami diversi ad altre norme

-5 ripetizioni di capitoli “**tenuto conto**” contenenti oltre 10 altri riferimenti

-1 “**premessato**” contenente 3 paragrafi!

- 1 “**evidenziato**” anch’esso contenente 2 paragrafi.

-2 ripetizioni di capitoli “**rilevata**”

-8 ripetizioni di capitoli “**ritenuto**” contenenti altre disposizioni

Non ci si avvede che siamo in un pieno vortice deliberativo contorsioni stico, tutto basato sul principio del *aut simul stabunt vel simul cadent?* Un sistema che, per funzionare, si regge su di un palinsesto a dir poco “lacoontesco”, avvolto totalmente su se stesso.

- **Semplificare conti e fatturazioni.** Il QUASIAS è dannoso se utilizzato in maniera impropria! La registrazione delle prestazioni deve avvenire in diretto link telematico. Il paziente, nel laboratorio, presenta un documento e registra la sua impegnativa che, automaticamente, affrisce al centro di controllo, verifica e pagamento. Senza altro intervento.

○

3 – Da parte sua la Regione deve avere il coraggio di **smantellare progressivamente le strutture inutili**, in particolare i laboratori “autonomi”. Facendo questo deve seguire l’esempio del privato che, per risparmiare, centralizza i servizi e differenzia le competenze altre Province e Regioni stanno adeguando il loro network laboratoristico a tali modelli. Prendiamo ad esempio la Provincia di Modena, che ha ben organizzato la sua rete nel sistema denominato “BLU” che rappresenta un HUB di altissimo livello al quale afferiscono gli esami delle strutture di base. Il sistema ha previsto una rete di PoCT (Point of Care testing, punti di esecuzione di esami decentrati) con la presenza di strumentazioni per l’esecuzione, in tempi rapidissimi e nelle immediate vicinanze del paziente e conserva, negli ospedali i Laboratori di Patologia Clinica “Tradizionali” (HOT TESTS) per l’utilizzo di esami di routine per le degenze.

Tra queste ultime “invenzioni assistenziali”, sono comparsi una serie di percorsi “contorsionistici”, complicati da gestire ed applicare e che operano in sede a chi le prescrive e le eroga in pieno conflitto di interesse.

- Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (APA)
- Pacchetti Assistenziali Complessi (PAC)

4 – **Ridistribuire le risorse verso i bisogni prioritari del sistema sanitario** evitando, soprattutto in questa situazione di contingenza, di erogare extra gettiti alle strutture meno impegnate nella salvaguardia della salute fisica del cittadino. Si apprende, ad esempio che, a seguito del risparmio relativo al mancato

riconvenzionamento di strutture sottoposte ad interdizione dal TAR (nota vicenda di Lady ASL), ben 93 milioni di euro venivano elargiti a surplus di quelli già previsti nei budget (all'interno della delibera 7190 del 8/5/2008) a decine di ONLUS, centri di "studio" e cooperative di servizi. Tutte strutture che, corre l'obbligo di sottolinearlo, in molti casi svolgono un'attività lodevole, come manifestazioni sociali e servizi di assistenza a particolari categorie, sono comunque già ben sorrette e non operano verso servizi di prima necessità e soprattutto non urgenti. Ci si aspetterebbe una priorità alla copertura di esami clinici e di radiologia necessari per la salute fisica (non solo psicologica e ludica) dei nostri cittadini.

5- Affrontare lo "scandalo" delle prestazioni intra-moenia. Questo modo di praticare prestazioni ambulatoriali o in regime di ricovero, all'inter-no di strutture pubbliche, rappresenta una "forzatura" del diritto e, secondo molti, addirittura un illecito. Si tratta di una "invenzione" a tutto vantaggio della struttura sanitaria e, talvolta, anche del medico che vi opera. Se un cittadino si rivolge alla struttura ospedaliera per eseguire una radiografia intramoenia paga il medico, la sede, il consumo e l'apparecchiatura che gliela esegue. Ma, a parte il medico, che è presente al di fuori del suo orario di lavoro, ed ha quindi il diritto di essere pagato, perché il cittadino dovrebbe pagare anche la sede? L'ospedale non lo ha già pagato con le tasse? Poi perché dovrebbe corrispondere una somma per l'uso di un'apparecchiatura che gli appartiene? Perché dovrebbe pagare il materiale che è acquistato già a sue spese? Ma quante volte deve pagare? Nessuno darebbe danaro due volte per la stessa cosa. Attualmente ci giunge notizia che le strutture sanitarie si devono addirittura organizzare *con urgenza* per creare nuovi spazi e strutture dedicate all'in-tramoenia. Tutto questo con il denaro dei cittadini che poi dovranno pagare di nuovo per servirsi di cose già loro! **È immorale.** La cosa sarebbe invece accettabile solo se tali strutture le costruissero, a loro spese, i medici che vi operano, ma se le realizza la Regione devono essere gratuite! Ma insomma, l'ospedale è pubblico o è privato? Oppure è pubblico dalle ore x alle ore y e diventa privato dalle ore z alle ore w? Se così è allora perché il cittadino non deve entrare nella spartizione del guadagno derivato per l'utilizzo di qualcosa che è suo? Troppo comodo dire che i soldi vengono reinvestiti in sanità. Un cittadino, che ha già pagato per la sanità pubblica, potrebbe non volerne usufruire in quel senso. E sarebbe un suo diritto. Tutto il sistema è nato dal compromesso, da un accordo tra medici e politica nazionale, dalla necessità di non scontentare le potenti associazioni dei medici e, contemporaneamente, trarne vantaggio. Cosa ne è derivato? Scontento, continui brogli e comportamenti illegali, furbizie e truffe che, quotidianamente, leggiamo sulle cronache.

La soluzione è semplice e razionale:

- .-Se un medico vuol fare attività privata fuori della struttura deve tornare ad essere pienamente libero di farla.
- .-Se un cittadino richiede l'operato di un particolare specialista dentro la struttura pubblica a costui dovrebbe essere concesso di operare con il ruolo di "consultant", ben noto ai paesi anglosassoni.
- .-Se il medico è già operativo in una determinata struttura sanitaria costui non può eseguire attività privata al suo interno. Resta libero di farla fuori. Chi non si comporta con onestà e deontologia va punito con fermezza.

6 - Eliminare il sistema della "falsa autocertificazione" di basso reddito. Con tale sistema molti cittadini approfittano della incontrollabilità della propria dichiarazione ed ottengono, senza averne diritto, la esenzione completa

Da uno studio svolto presso Centri ambulatoriali accreditati è emerso quanto segue. Al paziente che si dichiarava "esente" per autocertificazione, il personale edotto riferiva che lo stesso documento autocertificante sarebbe stato inviato a verifica, presso il ministero delle Finanze. A tale informazione oltre **il 40% dei sedicenti esenti**, ritirava la stessa.

7 - Per ultimo, la proposta più importante: chiarezza metodologica

1. agli **Ospedali** urgenza/degenza/eccellenza
2. nelle **Case di cura** degenza e, dove presente, eccellenza.
3. alle **Strutture ambulatoriali**. Diagnosi/Day surgery

Questo controlla la spesa. Si conosce e si prevede quanto si spende. Per far questo certamente non si potrà "togliere" all'ospedale l'ambulatorietà, ci sarebbero rivolte. Ma, di contro, se si favorisse l'accesso alle centinaia di piccole strutture ambulatoriali diffuse sul territorio "de facto" si sposterebbe l'utenza verso un erogatore a

basso costo, controllabile, credibile. L'accordo "de novo" con associazioni sane, moderne ed autorevoli con il progressivo incremento del budget e con il progetto di affidare ai suoi iscritti il compito di erogare un servizio di alto livello qualitativo a costi controllati, deve essere il primo passo per procedere verso una riorganizzazione delle competenze funzionale al cittadino ed all'Amministrazione. Questo è il primo step. Quando, sotto il controllo unico e diretto di Confindustria, le strutture ambulatoriali potranno operare a pieno regime e garantire qualità ed adeguatezza si potrà passare, come vedremo tra poco, alla fase più importante, quella di attribuire direttamente il credito al cittadino. Dialogare con Confindustria è garanzia di valore, efficienza, serietà ed impegno nel perfezionamento dei compiti assunti. L'accordo dovrà prevedere il controllo delle strutture (qualitativo e normativo) con immediato allontanamento dei consociati inadempienti. L'accordo si giustifica ampiamente, infatti, le **strutture ambulatoriali** sono, in effetti le **più qualificate per tutti i soggetti: Cittadino, Regione, tessuto economico del territorio**

- a) **Per il cittadino:** Il rapporto tra il Centro di Analisi ed il paziente è di fiducia, spesso "antico e personale". Oggi gli esami vengono eseguiti nel giorno stesso nel quale il cittadino si reca al laboratorio. Nella maggior parte dei casi si ottiene una risposta in "tempo reale". I medici sono diffusi sul territorio in modo da poter recarsi, nella bisogna, ai domicili dei pazienti. Nessuna struttura pubblica o Megacentro potrà mai arrivare a fornire tali servizi che sono, francamente, antieconomici! Il Network favorisce il cittadino, soprattutto l'anziano ed il diversamente abile, evita spostamenti e costi sociali sotto la forma di giornate di lavoro perdute.
- b) **Per la Regione:** nel corso dei passati 50 anni, il network dei piccoli e medi laboratori ha creato una opportuna rete di distribuzione dei Servizi che la Regione non potrebbe mai ricreare con quella capillarità e quella "naturale distribuzione sul territorio" che solo la spontanea autoregolamentazione conseguente alla richiesta del mercato ha potuto determinare. Il rapporto tra il costo ed il servizio è certamente inferiore di quello dei centri ospedalieri.
- c) **Per il tessuto economico del territorio:** le piccole e medie realtà "fanno impresa". Si tratta della piccola e media impresa che è l'elemento strutturale più importante e "portante" della nostra economia.

Le **strutture ambulatoriali** sono **molto meno onerose** per la Regione. Il pagamento è all-included. Non ci sono sorprese o piè-di-lista. La Regione sa, esattamente, quanto spende e quanto eroga. Le spese sono chiare ed oggi, molto limitate, infatti a fronte di una spesa Sanitaria della Regione Lazio di 9.800.000.000 di euro, le analisi cliniche e le prestazioni di radiologia incidono per i soli laboratori privati solo per 108.000.000. meno dell'1% della spesa pubblica.

Le **strutture ospedaliere** e cliniche sono **molto più costose**. Come già detto, inoltre, è lecito ritenere che una prestazione ambulatoriale, in un Ospedale costi da 3 a 5 volte di più che in una struttura ambulatoriale convenzionata. Tutto, in Ospedale finisce per essere più caro, dal personale che ha una percentuale di assenze maggiori (4 giorni di malattia l'anno per i dipendenti di strutture private, 18 in media l'anno per quelli pubblici) fino al materiale di consumo o al costo delle apparecchiature.

NB: a grandi linee si può ragionevolmente affermare che la differenza di costo dello stesso strumento tra pubblico e privato va dal 30 al 200% in più nel pubblico. A solo titolo di esempio si dica che lo stesso ecografo (ad esempio un GE E8 al privato costa 150.000 euro + IVA al pubblico lo stesso viene venduto a 230.000 . Al privato NMR e TAC associate costano 900.000 euro e, *gli stessi apparecchi*, al pubblico non meno di 1.500.000. I materiali "consumabili" per laboratorio e per radiologia, costano, nel pubblico, a parità di prodotto dal 70 al 90% in più. **Chissà se un giorno, qualcuno, se ne chiederà il perché...**

Sempre per esempio si favoleggia del fatto che il laboratorio di analisi dell'Ospedale Tor Vergata abbia oltre 150 frigoriferi. Forse sono meno, ma forse sono anche di più! Nel policlinico Umberto I ci sono decine e decine di laboratori ognuno dei quali opera come un piccolo reame autonomo all'interno di un unico Stato. La maggior parte di questi forniscono analoghe prestazioni. Ognuno di questi ha una sua dirigenza, personale designato, organizzazione autonoma. In termini finanziari rappresentano "centri di costo" ripetuti decine di volte. Questi talvolta sono stati creati per chi vi doveva trovare un ruolo, una "apicalità" più che per reale bisogno. Come si accennava i costi esorbitanti non sono solo a carico della Regione. Una attenta analisi eseguita a giugno 2006 dal Dipartimento Fisiopatologia Medica della Sapienza in collaborazione con *Cittadinanzattiva*, è emerso che, a causa dell'enorme perdita di tempo necessaria per eseguire una semplice radiografia del torace in una struttura pubblica, ad un professionista medio questo esame finisce per costare da 5 a 10 volte di più del ticket che gli è richiesto da una struttura convenzionata. In quest'ultima, infatti, la rapidità, efficienza ed organizzazione portano ad una enorme riduzione di tempi morti o di attesa.

IN CONCLUSIONE:

Eliminare i tetti di spesa per l'ambulatorietà privata (sotto l'egida ed il controllo di adeguatezza e correttezza di Confindustria) vuol dire: RISPARMIARE e servire tutta la Regione con qualità e capillarità e rapidità. **I tetti di spesa non trovano legittimazione nel libero mercato**, l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, ai sensi dell'articolo 21 della legge 10 ottobre 1990 n. 287, il 2 maggio di questo anno ha redatto un parere e segnalato al presidente della Regione Puglia, alcune considerazioni di natura concorrenziale in merito al sistema di ripartizione dei fondi del Sistema Sanitario Nazionale tra i laboratori di analisi cliniche privati convenzionati. I principi sono identici anche nella nostra Regione. Rileva infatti, giustamente l'Autorità, che il sistema dei "tetti di spesa" contribuisce, in modo determinante, a cristallizzare le posizioni detenute dai laboratori convenzionati, ostacolando così la crescita economica e le sane dinamiche concorrenziali nel mercato della fornitura di esami clinici in regime di convenzionamento. Alla luce di una serie di considerazioni di carattere giuridico e normativo, anche l'Autorità auspica che tale sistema sia sostituito da una differente modalità di ripartizione dei fondi sanitari pubblici che non determini discriminazioni e che permetta l'in-staurarsi di condizioni concorrenziali nel mercato della fornitura di analisi cliniche.

Modificare il rapporto di convenzionamento. La trattativa dovrebbe passare agevolmente attraverso forme di contratto tra la Regione (meglio delle singole ASL) e le strutture consorziate. In tal modo si eviterà il passaggio attraverso le delibere. Questo è infatti uno strumento complesso, poco affine ad un mercato dinamico e paritario, troppo rigido e frutto di accordi complessi, difficili e, sempre più spesso, origine di controversie ed impugnative. Il contratto, di durata triennale, è uno strumento più moderno, dinamico, trasparente, egualitario e lascia le parti soddisfatte dopo l'accordo.

SECONDA FASE:

Per RIDURRE ulteriormente le prestazioni inutili, e controllare gli sprechi, eliminare interessi e collusioni amministrative/imprenditoriali, il metodo finale sarà quello di spostare il budget disponibile dalle strutture ai cittadini.

FRAMEWORK:

- . • Il cittadino ha un budget annuale personale, un "credito sanitario" (credit card o tessera sanitaria) per prestazioni ambulatoriali. Il credito è suddiviso, a seconda di un nomenclatore, per età, stato di salute, condizione economica. La tessera, oltre a "scaricare" il credito ad ogni prestazione può acquisire e registrare, nella sua memoria, tutti i risultati degli esami e dare uno "storico" del paziente eliminando tonnellate di carta.
- . • Il Budget distribuito è il budget fissato annualmente dalla attribuzione finanziaria nazionale-regionale. Non di più (*da dove prenderebbe gli altri soldi?*), non di meno. Ecco risolto il problema del deficit!
- . • Il cittadino deve comprendere che il suo budget è limitato. Questo è oggettivo. Ma saprà bene che sarà lui stesso a gestirlo. Non ci sarà più il meccanismo di accreditamento tra amministrazione e strutture sanitarie. Fine degli accordi! Il cittadino può rivolgersi ad ogni struttura (ospedaliera o privata istituzionalmente autorizzata) scaricando il suo credito ad ogni prestazione
- . • Il budget annuale non utilizzato può servire alla Regione quale *tesoretto* da ridistribuire l'anno successivo o da impiegare per altri fini.
- . • Se ha patologie dimostrate il suo credito aumenterà secondo un nomenclatore specifico
- . • Se è socialmente non protetto (redditi minimi) può avere un incremento del budget. Ma sarà l'amministrazione a controllare ed adeguare il budget. Non potrà più comodamente autocertificare.
- . • Se un cittadino avrà un comportamento disonesto o truffaldino perderà la sua carta di credito sanitario.
- . • Se una struttura intratterrà rapporti disonesti o truffaldini anche con un solo cittadino perderà l'autorizzazione istituzionale.

RISULTATI: ogni cittadino controlla il suo medico e "risparmia" il suo tesoretto ogni cittadino si rivolgerà alle

strutture con miglior rapporto costo/beneficio il medico non potrà richiedere prestazioni inutili o inviare a centri di riferimento personali senza giustificazione è implicito che, automaticamente, non sarebbe più possibile, da parte di medici, strutture ambulatoriali e ASL, intrattenere rapporti truffaldini come in passato emerso dai riscontri della magistratura, in particolare:

- Nessun medico potrà accordarsi con una struttura per prescrivere esami “fantasma” all’insaputa del cittadino perché solo con la presenza fisica del cittadino la struttura può detrarre il corrispettivo legato alla prestazione.
- Nessuna struttura potrebbe fatturare più volte la stessa prestazione poiché il cittadino paga direttamente scaricando la sua credit-card.
- Nessun cittadino potrebbe accordarsi con la struttura medica utilizzando il suo credito al solo scopo di riceverne una parte in danaro. Il rischio di perdere la sua card sanitaria scoraggia comportamenti disonesti.

Questa ultima, sostanziale modifica, rappresenterà la vera e completa “rivoluzione copernicana”.
Di qui tutta una serie di conseguenze positive:

Il **cittadino** ne rimarrà soddisfatto, non sarà un oggetto passivo nel suo percorso clinico e diagnostico ma attivamente e responsabilmente sarà libero di scegliere quella che, a suo giudizio o esperienza, sarà la struttura o il servizio che più gli aggrada. Esattamente alla stregua di quei “privilegiati” che posseggono una esclusiva *sanitary-card* assicurativa

La **Regione** controllerà perfettamente la spesa. Impossibile “sforare”; si eroga quel si che programma. Il SSR risparmia ed accumula gli anni seguenti. È infatti inimmaginabile che tutti i cittadini spendano tutto. Eliminando nel rapporto quella parte della sanità che, finalmente, possiamo chiamare il *contraente lucrativo*, che esigeva più di quanto produceva o vendeva quel che non serviva, di certo almeno un terzo di quanto programmato non verrà speso.

A questo punto tutto si semplificherà. I grandi interessi non entreranno più in gioco e, di conseguenza, non saranno più necessarie le centinaia di laconiche “delibere di aggiustamento” per coprire da una parte scoprendo poi dall’altra.

Per favorire questo, ai danni dell’altro.

La **struttura sanitaria** dovrà competere esclusivamente sulla qualità del servizio, migliorando l’offerta sanitaria. Accetterà ben volentieri il paziente. Soddisfatta di un rimborso certo ed immediato della prestazione erogata, la struttura sana, per avere successo, dovrà solo impegnarsi sul “servizio qualitativo al cittadino”.

Ne avrà la Regione la forza?

Avrà la forza di intaccare una rete di grandi e piccoli interessi e privilegi consolidata e tenace, fatta di accordi, connivenze, alleanze, pressioni politiche locali, rivendicazioni sindacali di parte e giochi di lobby radicate sul territorio? Pronti, per difendersi, ad invocare “principi ideologici” di tutto comodo, e media? Solo il tempo potrà dircelo ma... non ce ne è rimasto molto.

Claudio Giorlandino M.D.
docente universitario

- Delegato UIR per i problemi sanitari dell’ambulatorietà
- Membro Esperto Consiglio Superiore di Sanità - Ministero della Salute
- The Journal of Prenatal Medicine - Editor -in-Chief
- Presidente Società Italiana di Diagnosi Prenatale e Medicina Materno-fetale (S.I.Di.P.)
- Presidente del FORUM delle Associazioni di GENETICA e RIPRODUZIONE (ForAGER)
- Presidente del Registro Nazionale Operatori ed Esperti in Ecografia Ostetrica -Ginecologica e Diagnosi Prenatale (R.E.N.E.D.I.P.)
- Direttore Scientifico Centri Clinico-Diagnostici ARTEMISIA

