

quotidianosanita.it

Giovedì 31 MAGGIO 2018

Per la sicurezza delle cure affianchiamo alla retribuzione per Drg quella per Pdta

La legge Gelli impone che il medico e quindi la struttura debba attenersi alle migliori linee guida, ma se un percorso vuole attenersi alle migliori pratiche internazionali i costi aumentano. Va fatto quindi un cambio di passo aggiornando la remunerazione adeguata non solo secondo Drg, come fatto fino ad ora, ma anche secondo Pdta

Garantire la qualità e la sicurezza delle cure. Dovrebbe essere la prima mission del Ssn. Oggi poi lo impone una legge. La legge Gelli Bianco. Ecco cosa è scritto nell'articolo 1:

"1. La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività". La stessa legge impone che il medico e quindi la struttura debba attenersi alle migliori linee guida che diventeranno imperative e pubblicate. Quindi da oggi in poi nessun alibi. Tutte le regioni e le Asl devono calare queste linee guida nella pratica clinica, mediante i Percorso diagnostico terapeutici Assistenziali (Pdta).

Bene, finalmente direi. Quando però andiamo a spacchettare un percorso in una serie di azioni da compiere ci accorgiamo che le buone pratiche ci impongono dei comportamenti o meglio una serie di comportamenti che hanno un costo. Non possiamo fare finta di nulla: se un percorso vuole essere sicuro ed attenersi alle migliori pratiche internazionali i costi aumentano. Ed ecco **quindi che ci accorgiamo che abbiamo aggiornato solo metà normativa; oggi dovremmo aggiornare anche quella che riguarda la remunerazione adeguata non secondo Drg come fatto fino ad ora ma secondo Pdta.**

Le Regione non dovrebbe più controllare solo il numero dei Drg dichiarato da una azienda, pubblica o privata che sia, ma anche che le procedure effettuate per arrivare a quel Drg abbiano rispettato gli standard di qualità previsti dai Pdta.

Un paziente operato di tumore del colon ha effettuato Tac, visita anestesiology pre operatoria e post operatoria, esame istologico, colonscopia riabilitazione, chemio o radioterapia li dove previsti? O viceversa in una struttura si è solo eseguita una parte del Pdta (quella remunerativa) mollando ad altre strutture quelle costose o peggio le complicanze?

Un altro esempio: se in pronto soccorso abbiamo un Pdta che prevede di poter arrivare ad una diagnosi di certezza non in reparto (remunerato da Drg) ma direttamente in p.s, spendendo però ingenti risorse, è poi possibile che dimettendolo senza ricovero si venga retribuiti (regione Lazio) con 200 euro? Oggi evitare un ricovero ed arrivare in tempi rapidi ad una diagnosi e cura non vien premiato (economicamente) ma diventa invece un extradeficit.

Al congresso del Rischio clinico di Firenze, 29 novembre 2017 il professore **Francesco Albergò**, Docente di Risk Management e Controllo nelle Aziende Sanitarie ha documentato come un intervento perfettamente seguito presso la struttura dove lavora, un intervento senza complicanze determina un deficit di bilancio.

"Conclusioni: dai dati ricevuti il valore medio di rimborso di un Drg 494 è di 2.379,02 €, a fronte di una spesa effettiva ottenuta con tecnica ABC di 2.689,943 € (come evidente dai precedenti passaggi tale valore ha considerato sicuramente i costi diretti nel percorso del paziente ma non tutti, volutamente, i costi indiretti, e

quindi, va da se, che il valore evidenziato è più alto); un valore più alto in termini percentuali di costi effettivi del 13,07%.”

Vi invito a leggere e studiare la bellissima analisi dei costi che permettere di giungere a tali conclusioni.

Ecco quindi che o:

- si bara: tutti gli interventi si complicano..., si registrano più prestazioni di quelle fatte (come peraltro è successo di recente ad una casa di cura privata convenzionata a Roma, etc),
- si risparmia sulla sicurezza,
- si scelgono solo le prestazioni che rendono (come fa una struttura della capitale che “resiste” alla apertura di un proprio pronto soccorso, preferendo scegliersi i “casi universitari” da trattare e su cui farsi remunerare.

Nel 2012 la regione Lombardia ha decretato“Ogni malato saprà il suo prezzo. Dal primo marzo i cittadini della Lombardia conosceranno per ogni esame, visita medica e ricovero quanto il servizio sanitario spende per curarli.” Vi è “l’obbligo per tutti i medici e gli ospedali di esporre nei referti, nelle lettere di dimissione e in ogni tipo di comunicazione ai pazienti il prezzo sostenuto dalle casse pubbliche per ciascuna prestazione”. Ritengo giusto che il cittadino venga informato non solo di quanto sia stato fatto per lui ma anche di quanto Stato e Regione abbiano speso per quella prestazione.

Nella carta dei diritti del malato dovrebbe essere riportato il Pdta che sarà seguito in quella struttura ma anche dove e come saranno curate eventuali complicanze ma anche quanto si è speso. Tutto ciò dovrebbe far parte del consenso informato.

Ma ancora, se elaboriamo con cura un Pdta vediamo che ogni momento del percorso del paziente è scomponibile in processi.Responsabile di ciascun processo è solo e soltanto un operatore: medico, infermieristico, tecnico etc. Se fossimo in casa di cura privata ogni prestazione sarebbe registrata con relativa fattura. In ospedale no. È uno sbaglio. Noi in realtà non sapremo mai quanto quel paziente è costato realmente all’ospedale: anzi visto che nel momento di chiudere la cartella sappiamo che saremo pagati per il totale delle prestazioni erogate e non per ogni singola prestazione resa, spesso per spicciarci non le registriamo neanche tutte, tanto di fatto non serve. Centinaia di migliaia di prestazioni rese non risultano per tali motivi registrate e non compaiono poi nei registri che vengono inviati in regione ed a livello nazionale. Esattamente l’opposto di quello che avviene nel privato che tende invece a registrarle tutte! Ma soprattutto nessuna “pesa” veramente il lavoro dei singoli operatori permettendo agli scansafatiche di annidarsi nelle pieghe del sistema e viceversa a chi tanto fa di non veder riconosciuti i propri meriti.

Perché non prendere spunto dai Pdta per cominciare a rivoluzionare il nostro modo di essere, di comportaci.Sarebbe il solo vero modo per far vedere quanto lavoriamo e quanto facciamo potendo in tal modo sì, richiedere maggiori risorse.

Dire, come facciamo oggi, che lavoriamo tanto (vero) perché facciamo più delle ore contrattuali, che poi non ci vengono neanche pagate, è anacronistico. Non funziona!

Dobbiamo poter dire che vogliamo più risorse perché a fronte di un fatturato prodotto da un singolo medico di esempio 10.000 euro riceviamo solo 2.500 euro di stipendio!

Ma il primo passo oggi è quello di cambiare, subito, prima possibile il sistema di pagamento,

anche solo affiancando alla retribuzione per Drg (creato da Robert B. Fetter e John D. Thompson nell'Università Yale ed introdotto dal Medicare nel 1983;) quella a Pdta, remunerando il totale delle singole prestazioni che determinano la best practice oggi imposta da legge dello stato, come ci ha dimostrato il lavoro del professor Albergo.

Francesco Medici

Consigliere Nazionale Anaa