

IDEE PER LA SANITA'

PROF. VITO D'ANDREA



Il Servizio Sanitario Nazionale Italiano è universale e garantisce a tutti l'assistenza sanitaria gratuita, fondandosi sulla medicina di famiglia, sulla continuità assistenziale territoriale , sul Pronto Soccorso, sulla specialistica ambulatoriale e sulla Rete Ospedaliera.

La spesa per il Servizio Sanitario Regionale supera generalmente il 70% del bilancio complessivo di una Regione fino a raggiungere l'80% in qualche Regione. L'aumento progressivo dell'età media della popolazione italiana, con un'aspettativa di vita di 79 anni per gli uomini e di 84 anni per le donne, ha condotto l'Italia ad essere il Paese più longevo d'Europa, concorrendo peraltro ad aumentare anche la spesa sanitaria.

Il carattere universale della Sanità Pubblica Italiana ha meritato all'Italia il 2° posto, subito dopo la Francia, nella classifica OMS su 196 Paesi, ma se il bene Salute non ha prezzo, la Sanità ha un costo elevato e le risorse disponibili devono essere ben spese, secondo i principi dell'economicità di gestione.

La prima idea: gli Ospedali d'Eccellenza.

In alcune Regioni, soprattutto del Centro-Sud d'Italia, ci sono troppi Ospedali generalisti in rapporto alla popolazione residente: molti Comuni hanno voluto il proprio Ospedale, per dare ai cittadini la possibilità di essere ricoverati vicino casa, senza doversi allontanare e, con essi, i loro familiari. E' una idea sbagliata e pericolosa: oggi non ha più senso mantenere Unità Operative di Medicina e di Chirurgia Generale nei numerosi Ospedali esistenti nelle Regioni, perché è dimostrato che i migliori risultati terapeutici sono raggiunti dalle "Equipes" altamente specializzate in un'unica specialità medico-chirurgica.

Ad esempio, un'Equipe chirurgica è altamente specializzata in Chirurgia Tiroidea se esegue più di 30 Tiroidectomie totali all'anno, un'altra è altamente specializzata in Chirurgia Gastrica se esegue più di 30 Gastrectomie totali all'anno e così via. Oggi la scienza medica progredisce così rapidamente che un medico non può garantire ad un paziente il miglior trattamento possibile se non in una o due specialità della Medicina e Chirurgia. Ad esempio, un medico sarà tra i migliori specialisti per il trattamento del Diabete, un altro per l'Ipertensione arteriosa, un altro ancora per l'Osteoporosi, mentre un chirurgo sarà tra i migliori per la chirurgia della Tiroide, un altro per la chirurgia della Mammella, un altro ancora per la chirurgia gastrica e così via. Gli Ospedali generalisti di zona dovranno essere sostituiti dai Centri di Eccellenza, dotati di strutture recettive adiacenti per l'ospitalità dei familiari. Il passaggio dalla cultura dell'"Ospedale vicino casa" alla cultura dell'Ospedale d'Eccellenza ci consentirà di migliorare i risultati terapeutici e di risparmiare risorse preziose.

La seconda idea: la degenza post-acuzie.

Gli Ospedali d'Eccellenza devono servire per il trattamento dei pazienti "acuti". Dopo il trattamento medico-chirurgico di una patologia "acuta", i pazienti devono essere trasferiti in Reparti di prossimità, dove un posto letto costa molto meno, pur essendo garantita la continuità di cura, per lasciare il posto letto "d'eccellenza" ad un nuovo paziente da trattare per una patologia "acuta".

La terza idea: l'appropriatezza diagnostica.

Oggi i medici richiedono troppi esami diagnostici, in particolare TC e RM, che nell'80% dei casi risultano negativi. Spesso vengono richiesti esami diagnostici senza prima visitare i pazienti. Una visita medica accurata e completa permette di evitare esami diagnostici inutili e di richiedere soltanto gli esami necessari a confermare la diagnosi. Il medico deve visitare i pazienti: l'anamnesi e l'esame obiettivo consentono di arrivare alla diagnosi in più del 90% dei casi.

La conferma della diagnosi dev'essere affidata ad un esame diagnostico mirato. Il "check-up" di prevenzione medica dev'essere fondato su una visita medico-chirurgica completa e su pochi esami diagnostici scelti sulla base dell'anamnesi e dell'esame obiettivo del paziente.

La quarta idea: la mutualità integrativa.

Ancora oggi la spesa sanitaria privata delle famiglie italiane è valutabile in 25 miliardi di Euro all'anno, pari al 2% del PIL ed al 20% della spesa sanitaria totale. Il 57% di tutte le visite specialistiche è pagato di tasca propria dai cittadini, i quali pagano le tasse per l'assistenza sanitaria pubblica e pagano di nuovo per le visite specialistiche: il pagamento plurimo per le stesse prestazioni è assolutamente da bandire.

I cittadini hanno però il diritto di scegliere lo specialista di propria fiducia e di essere curati oppure operati da quello specialista. Non sempre la scelta del paziente è fondata su criteri oggettivi di qualità e professionalità dello specialista prescelto, perché spesso il paziente assume informazioni parziali e giudizi soggettivi che possono non corrispondere alla realtà. Ai fini della trasparenza e

del controllo di qualità delle prestazioni, è indispensabile controllare tutte le cartelle cliniche (e non soltanto il 2% di esse come succede adesso) e pubblicare in Internet i risultati ottenuti da tutte le Unità Operative operanti in Italia.

Al fine di rendere più efficiente il Servizio Sanitario Pubblico, ben venga l'integrazione con il Privato e con l'attività libero-professionale intramoenia, purchè i cittadini non debbano pagare di tasca propria le prestazioni ma siano garantiti dai Fondi Sanitari Integrativi.

Con il Decreto del Ministero della Salute del 17/03/2008 è stata istituita l'Anagrafe dei Fondi e ne sono stati già censiti più di 500.

In sede di contrattazione collettiva, è auspicabile che le Aziende assicurino a tutti i lavoratori ed alle loro famiglie l'attivazione dei Fondi Sanitari Integrativi per le prestazioni sanitarie non incluse nei L.E.A. ed anche per quelle incluse nei L.E.A. ma per le quali i lavoratori ed i propri familiari vogliano avvalersi del diritto della libera scelta del Medico.

Per i lavoratori autonomi ed i loro familiari, è auspicabile agevolare la stipula di un'Assicurazione , grazie al sistema delle deduzioni fiscali, già previste fino ad un massimale di Euro 3615 all'anno.

I professionisti, accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale, potranno convenzionarsi con le Assicurazioni e con i Fondi Sanitari Integrativi al fine di offrire a tariffe agevolate le prestazioni sanitarie comprese nella propria specializzazione.

La quinta idea: il riconoscimento giuridico dell'atto medico-chirurgico.

Il chirurgo che incide la cute del paziente con il bisturi compie una lesione dell'integrità fisica della persona!

Sembra incredibile, ma ancora oggi vige il codice penale Rocco, per cui un colpo di bisturi è assimilabile ad una coltellata! Soltanto il consenso informato, liberamente e validamente espresso dal paziente, evita al chirurgo l'incriminazione per il reato di lesione personale.

All'epoca in cui fu emanato il codice penale Rocco non era ancora iniziata la moderna chirurgia, che si sviluppò durante la II guerra mondiale, e quindi non era previsto l'atto chirurgico.

E' iniziata la XVII Legislatura senza che sia stato definito l'atto chirurgico nella legislazione italiana!

E' urgente e fondamentale, per i medici e per i pazienti, che l'atto chirurgico non sia più considerato una lesione personale, ma che sia definito giuridicamente.

Questa grave lacuna della legislazione italiana determina un enorme contenzioso nel rapporto medico-paziente con conseguenze negative soprattutto per i pazienti, i quali, per fare un esempio, invece di essere operati di asportazione di un tumore, potrebbero essere avviati alla terapia oncologica, che, se non è associata alla chirurgia, è spesso palliativa.

Il Parlamento Italiano dovrà approvare una norma che stabilisca che l'atto chirurgico NON è una lesione dell'integrità fisica della persona ma è un atto terapeutico!

Vito D'Andrea

<http://www.Quirinale.it/elementi/dettaglioonorificenze.aspx?decorato=185714>