

Il rimborso delle prestazioni ospedaliere in Italia è impiegato male e si presta a frodi

I Drg affondano la sanità

I magistrati chiedono di abbandonarli

Milano - MAURO MISERENDINO

Urgono riforme nazionali per impedire all'attuale anarchia sanitaria di gonfiare la spesa al punto da affondare la sanità pubblica. Al convegno milanese "Sanità, spese e sprechi" organizzato al Tribunale dall'Areco (Associazione ricerca europea in chirurgia oncologica) e dalla Fondazione Amici del cuore, medici ospedalieri e magistrati sono uniti nel dire che i Drg vanno abbandonati al più presto come parametro per il pagamento delle prestazioni. O almeno ridisegnati. Così come sono, si prestano a essere gonfiati in maniera fraudolenta e a dissanguare il Fondo sanitario.

Per di più, alcune innovazioni dell'allora ministro Rosy Bindi, alla fine degli anni Novanta hanno indebolito i controlli esterni all'azienda sanitaria senza rafforzare quelli interni. E lo strapotere ai manager non sempre ha giovato alla trasparenza degli atti.

Anarchia interregionale

«Con riferimento ai ricoveri - denuncia Ermanno Leo, chirurgo oncologo dell'Istituto dei tumori di Milano - ogni regione ha elaborato un proprio sistema di rendicontazione delle prestazioni. I compensi variano sensibilmente: per l'asportazione della prostata si va da 4 mila euro rimborsati in Lombardia a 8 mila dell'Umbria. L'Abruzzo, poi, non applica i Drg ma ripiana a fine anno le somme delle rette di degenza come si faceva prima del '95».

L'anarchia c'è anche nell'indicazione delle patologie. «Ogni regione - spiega Giovanni Casiraghi, a

lungo nei nuclei operativi di controllo sulle schede di dimissione in Lombardia - adopera una diversa edizione della classificazione Icd9 (Gli Usa sono già alla quinta edizione degli Icd10, omogenea per tutti gli stati, ndr). In Lombardia e Lazio siamo alla diannovesima, in altre regioni si utilizza la quattordicesima o anche edizioni precedenti. Così, a patologie diverse corrispondono Drg diversi. Ma non è tutto; anche le regioni che utilizzano la stessa classificazione Icd9 pagano diversamente il Drg. Ciò provoca incomprensioni al momento di calcolare le compensazioni e gli esborsi dovuti ai viaggi della speranza dei pazienti verso i grandi ospedali di Roma o del Nord».

Leo segnala infine che, nella stessa regione e per la medesima patologia, il Drg può raddoppiare indipendentemente dal lavoro in più del medico: «E' il caso - dettaglia il chirurgo - dell'intervento per tumore al colon, che costa la metà se i linfonodi sono negativi. Ebbene, anziché la prestazione, questi soldi potrebbero rimborsare le cure successive al paziente, che va incontro a chemioterapia e a prestazioni aggiun-

tive». Con queste distonie le regioni faticano poi a trovare i soldi per fornire gli anticorpi monoclonali di ultima generazione, che allungano la speranza di vita dei malati. «Sono farmaci - accenna Alberto

Scanni, oncologo ora manager dell'ospedale di Melegnano - che coinvolte la chemioterapia in uso 5 anni fa». «Sono i grandi Irccs pubblici - conclude Leo - a trattare il

grosso delle urgenze e delle patologie complicate. Ma per ogni loro bilancio in rosso a fine anno si profilano strette e riflessioni, mentre il "virtuoso" privato in questi anni ha guadagnato posti letto e nomea, anche dove ha praticato tanta elezione e molta meno urgenza». Insomma, secondo alcuni i Drg non correttamente applicati si possono considerare "criminogeni" perché si prestano a essere gonfiati in cartelle non rispondenti al vero.

La ricorrenza del crimine

Non a caso Sandro Raimondi, pm della Procura di Milano, segnala le due più frequenti tipologie di reato nelle cartelle cliniche: falso materiale (per esempio, cartella sbianchettata e riscritta per celare errori) e falso ideologico (cure ambulatoriali passate come ricoveri). La Guardia di finanza ha contestato finora in Lombardia, sia falsi materiali, sia falsi ideologici, sia truffe aggravate: 95 le condanne a seguito delle indagini.

Molto di più non si può fare. «I contabili delle Asl, in genere ospedalieri esperti e addestrati, ispezionano il 5 per cento delle cartelle cliniche», ammette il direttore dell'assessorato lombardo Carlo Lucchina. Intanto, come sottolinea Domenico Spadaro, pg della Corte dei conti lombarda, gli apparati di controllo interni alle aziende sanitarie non hanno più i poteri ispettivi di una volta: il dlgs 289 del '99 li ha privati della facoltà di denunciare alle procure contabili le irregolarità riscontrate. Rimane la denuncia al direttore generale. La riforma

Bindi (dlgs 229/'99) ha inoltre abolito l'obbligo del direttore amministrativo di dare un parere sugli atti del manager. E quest'ultimo ha tra i suoi poteri quello di nominare i revisori, organo che in altre sanità pubbliche (Gran Bretagna) è parte "terza". La rotta è recente: difficile invertirla.