

## **RASSEGNA STAMPA Lunedì 9 dicembre 2013**

Meno politica più criteri di merito per le scelte nella sanità pubblica  
**CORRIERE DELLA SERA**

Chiudere i piccoli ospedali?  
"Anche i grandi devono cambiare".  
**LA STAMPA**

**La Rassegna Stampa allegata è estratta da vari siti istituzionali**

## MENO POLITICA PIÙ CRITERI DI MERITO PER LE SCELTE NELLA SANITÀ PUBBLICA

 Merito, qualità, trasparenza sono valori semplici, ma nel Paese dell'arte di arrangiarsi sembra impossibile applicarli. In sanità, dove riconoscere il merito è già di per sé complicato, proprio non se ne parla. In Lazio si litiga ormai da mesi sulla scelta di chi dovrebbe succedere agli attuali due sub-commissari alla sanità: difficoltà di selezione? Certo che sì, ma solo politica. In Lombardia il riassetto politico del Pdl con la nascita del Nuovo centrodestra ha sbilanciato gli equilibri della giunta regionale mentre le elezioni europee si avvicinano, con una chiara conseguenza: tempesta sulla riconferma dei direttori generali di Asl e ospedali e sugli avvicendamenti previsti per i prossimi mesi. Merito? Non se ne parla, il problema è solo l'appartenenza politica. Intanto gli ospedali sono paralizzati e mentre si aspetta che si definisca qualcosa, si traccheggia. Trasparenza? Parliamone.

La proposta di questi giorni del Consiglio regionale della Lombardia di mettere online i curricula dei medici di medicina generale ha scatenato un vespaio di polemiche. Non va certo meglio in campo universitario, dove la recente pubblicazione dei risultati delle prime commissioni per l'abilitazione

scientifica nazionale per professori ordinari e associati lascia poche speranze di cambiamento di un mondo ancora molto autoreferenziale: professionisti di chiara fama internazionale con curricula scientifici di gran lunga superiori a quelli dei commissari che li dovevano valutare sono stati bocciati con risibili motivazioni, solo per la colpa di essere sgraditi al mondo accademico, mentre si consumavano i consueti nepotismi a favore dei soliti noti, figli di rettori compresi.

Esistono molte ricette per risparmiare e fare meglio in sanità, una però è trasversale e certamente efficace: applicare criteri di merito, trasparenza, competenza. È semplice ma cominciamo a pensare come farlo davvero, come spingere fuori dal suo pascolo preferito la politica, come lasciarci alle spalle le nostre resistenze a qualsiasi cambiamento in un mondo che invece ogni giorno corre e si trasforma. E impariamo a misurare i risultati delle persone che scegliamo, delle strategie che sviluppiamo. Facciamolo partendo proprio dal settore che più ci tocca nel profondo.

**Sergio Harari**  
sharari@hotmail.it

© R. PRODUZIONE ESEMPLATA



# Chiudere i piccoli ospedali? “Anche i grandi devono cambiare”

Il docente di Economia sanitaria: “Nel Lazio i 6 centri trapianti lavorano meno di quello di Torino”

**LA DISECONOMIA**

Nel 2010 in un presidio sanitario per otto pazienti c'erano 130 tra medici e infermieri

**L'OCCUPAZIONE**

«Il personale può essere riconvertito nell'assistenza o spostato dove serve»

**175**

**piccoli ospedali**

Numero di strutture sanitarie italiane che il ministero vuole chiuderle o trasformare

**L'EFFICIENZA**

«Nei piccoli centri urbani le cure di base possono essere garantite dagli ambulatori»

**800**

**euro al giorno**

Il costo medio giornaliero per un ricoverato in un ospedale italiano: obiettivo del ministero è ridurre la spesa



**S**ono 175 i piccoli ospedali a rischio chiusura. Un rischio, dicono gli addetti ai lavori, che in realtà è un'opportunità per gli italiani: non solo perché queste strutture che hanno meno di 120 posti letto hanno un costo spropositato, ed esistono soltanto per ragioni di campanile o di potere locale. Ma perché in queste strutture locali si viene curati male.

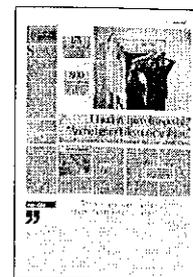
Secondo i dati della Fiaso, la federazione dei manager della sanità pubblica, in media, una giornata di degenza in un posto letto nel nostro paese costa ben 800 euro al giorno. «La questione - spiega il professor Francesco Saverio Mennini, docente di Economia sanitaria nell'Università di Roma Tor Vergata - è che l'indicatore del costo del posto letto non è quello corretto: bisogna considerare caso per caso il costo complessivo di ogni singola struttura ospedaliera, che comprende il costo degli infermieri, dei medici, dei clinici, del personale amministrativo». In alcuni casi, come l'ormai famigerato ospedale di Acquapendente, in

provincia di Viterbo, si arriva a numeri semplicemente paradossali: nel 2010 questa struttura per far funzionare soltanto 8 posti letto aveva a disposizione la bellezza di 130 tra medici e infermieri. «Al di là dei singoli quanto clamorosi casi - continua Mennini - lasciare aperta una struttura come questa non è corretto dal punto di vista economico e finanziario, ma neanche etico ed equitativo dal punto di vista dell'assistenza sanitaria. Anche perché tutte queste persone possono essere usate fuori dall'ospedale per garantire assistenza e servizi ambulatoriali, strutture di assistenza infermieristica, strutture di assistenza a domicilio. Tutti servizi che non solo costerebbero infinitamente meno al Sistema sanitario nazionale, ma che garantirebbero un livello di assistenza molto migliore ai cittadini che abitano in questi centri».

Senza contare che ci sarebbe un risparmio enorme sui costi generali delle strutture ospedaliere, che per quanto siano di piccola dimensione moderne, sono molto elevati, perché un ospedale tenderà a disporre di macchinari sempre moderni e aggiornati che per definizione sono sottoutilizzati. E dunque non saranno mai adeguatamente ammortizzati nel costo.

Come spiegano gli esperti, al di là delle prescrizioni delle tabelle ministeriali che stabiliscono i rapporti

«teorici» tra personale e posti letto, in questi piccoli centri in realtà non c'è una vera necessità di ospedali «generalisti», ma di presidi sanitari e di ambulatori; laddove il cittadino abbia bisogno di cure specifiche ospedaliere, sarebbe molto più sensato - e soprattutto «sicuro» dal punto di vista delle garanzie di una cura effettuata nel modo migliore - trasferirlo nei grandi centri ospedalieri, sia pure in elicottero. A parte le motivazioni di campanile - avere un ospedale mette un paese «sulla carta geografica» - molte sono le ragioni della tradizionale resistenza di istituzioni e popolazioni locali alla trasformazione degli ospedali in strutture di assistenza territoriale. Ci sono quelle meno nobili, come l'utilizzo dei miniospedali come ammortizzatore sociale e luoghi dove creare occupazione. Oppure il desiderio di favorire affari e commesse più o meno pulite. Ma di



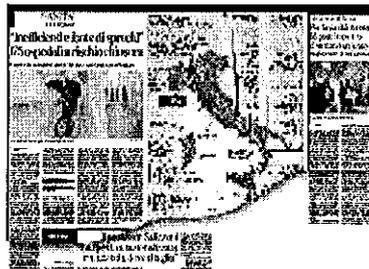
norma la paura è di perdere posti di lavoro. «Un timore infondato - spiega Mennini - tutto il personale potrebbe essere tranquillamente riconvertito nell'assistenza territoriale o spostato nelle strutture ospedaliere (e ce ne sono) che hanno bisogno di personale. L'occupazione resterebbe quella, dividendo un monolite che ha costi pazzeschi e spezzettandolo in servizi mirati, più utili e meno costosi».

Tutti discorsi che non necessariamente riguardano i piccoli ospedali.

Un esempio? «Nel Lazio ci sono almeno sei centri per i trapianti - ricorda il docente universitario - ma tutti insieme

effettuano meno trapianti di quanti ne faccia il solo ospedale delle Molinette a Torino. Non sarebbe meglio, in quella Regione, creare un polo unico che si occupi solo per i trapianti, invece di tenerne aperti sei, moltiplicando i costi?».

**Ieri su La Stampa**



Il piano del ministero della Salute, che prevede la chiusura di 175 ospedali sono meno di 120 posti letto, è stato pubblicato ieri da La Stampa. Adesso, si attende entro Natale il parere del governo e delle Regioni per il via libera definitivo.