

# Sanità e *timer*, binomio improprio

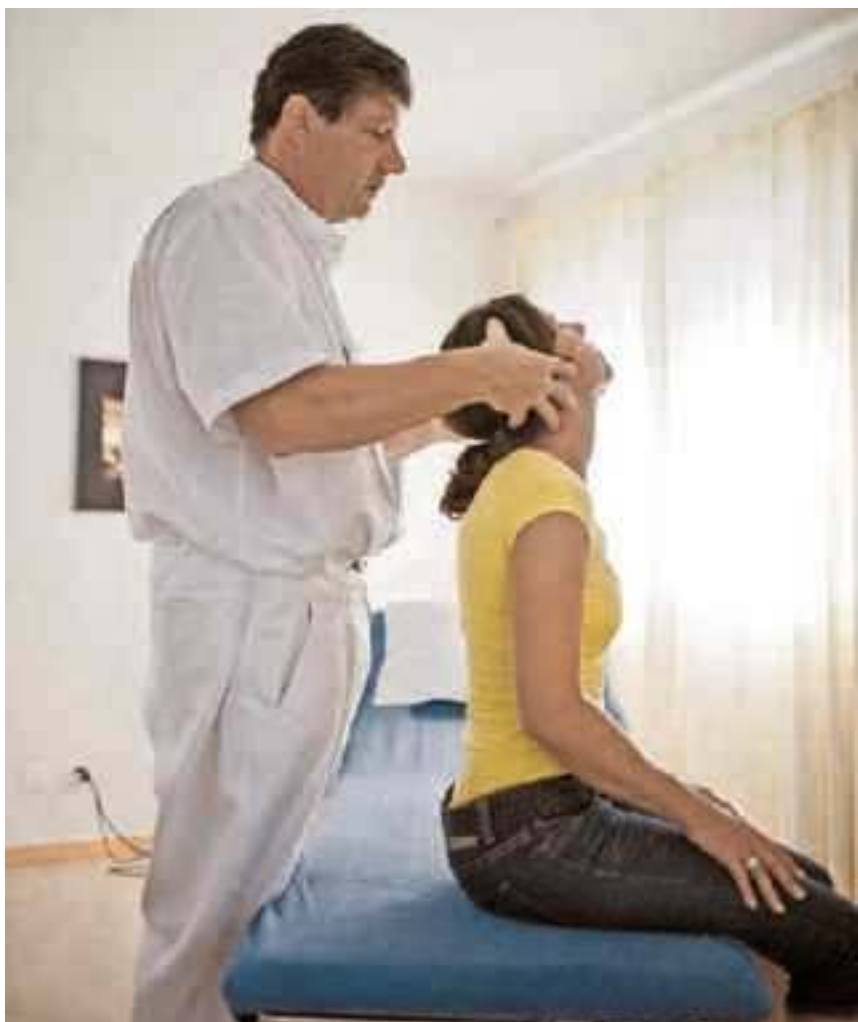
**Costi della salute** La riduzione delle tempistiche è associata a produttività e migliori risultati economici. Non in tutti gli ambiti dovrebbe, però, esserlo

Edoardo Beretta

Sono un sostenitore del fatto che «efficienza» e «ottimizzazione», con cui si può nel caso specifico definire il miglioramento della produttività (individuale e collettiva) per un migliore risultato economico, siano vitali in qualsiasi società post-moderna. Solo così sarà possibile conciliare a livello personale famiglia, lavoro e tempo libero oppure, sul piano societario, crescere in termini di PIL senza compromettere le già scarse risorse del pianeta. Altrettanto indiscutibile è la necessità di maggiore oculatezza nell'allocazione quotidiana di diversi fattori, fra cui rientra il tempo: in altri termini, sarà sempre più richiesto di «fare meglio (in meno tempo)». Tale principio presuppone che la qualità dell'*output*, cioè del risultato finale, avanzi con la diminuzione delle tempistiche ad esso collegate e per il bene «x» si necessitino sempre meno risorse (fra cui le cosiddette ore-lavoro): capovolgendone la relazione causale, il prodotto *pro* ora lavorativa è cresciuto negli USA dal 1947 al 2000 di più del 200%.

La domanda cruciale è ora, se tale approccio quantitavista possa e debba essere trasposto a settori diversi da quello industriale, che si occupa principalmente di semi-lavorati o merci: spingendosi oltre, può ad esempio il bene «salute» essere sottoposto a misure di ottimizzazione simili a quelle sopra ipotizzate? Evidentemente, solo in parte. Se da un lato il grado di soddisfazione della clientela è migliorabile senza necessariamente compromettere la solidità finanziaria del sistema sanitario, dall'altro lato la prudenza, con cui trattare la variabile «tempo» nel caso di pazienti, non è mai troppa. È di recente pubblicazione, infatti, uno studio universitario di Philadelphia, secondo cui i parametri clinici di pazienti diabetici avrebbero subito un miglioramento al crescere dell'empatia dimostrata dal proprio medico. Dunque, non soltanto è la cura ad essere efficace, bensì anche aspetti *soft* quali ascolto, comprensione, dedizione e chiarezza da parte del curante, che ne accompagnano la somministrazione. Del resto, già gli antichi greci postulavano che il calice contenente il rimedio medicinale dovesse essere «orlato» di miele per addolcirne il sapore: metafore a parte, una maggiore attenzione per l'aspetto umano, che sempre accompagna una malattia, è una misura efficace per evitare ricoveri non necessari (e le spese connesse).

Se tale ragionamento pare essere elementare, più arduo risulta conciliarlo con la logica del *timer* spesso soggiacente al consulto medico. La



Il tempo dedicato ai pazienti è un investimento fruttuoso. (Keystone)

computazione del prezzo finale – anche se così calcolata solo per certe tipologie di trattamenti (ad esempio, in scatti di «x» minuti) – pare, invece, volere trasporre un criterio numerico in un settore, che si caratterizza da parte del paziente, cioè della parte fragile, per timori e bisogno di rassicurazione (entrambi *time consuming*). Pertanto, se in quasi tutti gli ambiti economici è nell'interesse delle parti contraenti beneficiare di tempi rapidi, in ambito sanitario il criterio «tempo» dovrebbe essere associato solo alla tempestività d'intervento curativo: al contrario, se utilizzato come variabile di calcolo del prezzo delle prestazioni erogate, vi è il rischio (almeno teorico) di esporre soggetti curanti e curati – ciascuno per i propri motivi – a ciò, che in tedesco è l'intraducibile *Zeitdruck*, cioè la sensazione di dovere fare in fretta. Del resto, il cronometro (in una gara, in cucina o al lavoro) non ha mai messo a proprio agio. Se ciò poi possa avere contribuito al cambio di cassa malati da parte di quasi 700'000 assicurati (8,6%)<sup>2</sup> nel solo anno solare 2015, è di difficile ponderazione – sebbene il dubbio rimanga.

I vantaggi del criterio temporale sono perlopiù identificabili con la per-

cezione di maggiore oggettività o la migliore allocazione della risorsa «tempo». Come, però, in ambito industriale sono sempre più (per quanto ancora minoritari) gli esempi aziendali di sdoganamento della «logica del cartellino» («Azione 14» del 2015) a vantaggio di una determinata dal raggiungimento (o meno) degli obiettivi prefissati, vale perlomeno la pena domandarsi, se anche la «logica del *timer*» possa essere efficacemente, cioè senza perdita di qualità e aumento dei prezzi di fornitura, sostituita (o integrata). La questione non è nuova, poiché il rapporto trinomiale fra pazienti, medici e tempo è già stato analizzato in diverse ricerche americane, che hanno fra l'altro messo in luce i rischi della «soglia 15 minuti» di cui (al più) dispongono molti medici. Per quanto possa apparire solo idealistico a fronte di diffusa carenza di personale sanitario, aumento dell'età media della popolazione (che comporta una maggiore necessità di cure) e ristrettezza generalizzata di tempo, si dovrebbe puntare piuttosto su 1) soddisfazione del paziente e 2) prevenzione di visite mediche reiterate (imputabili anche a scarsa efficacia del primo incontro). Dopodiché, la fatturazione dei consulti sanitari potrebbe avvenire senza riguardo del tempo necessitato, ma con solo riferimento alle voci di spesa mediche effettivamente impiegate. È, però, certo che tale obiettivo non sarà raggiungibile prima di avere compreso che maggiore tempo per i propri pazienti non è sinonimo di minore efficienza, ma un fruttuoso «investimento» nel benessere collettivo. Come si suole dire, l'eccezione che conferma la regola.

#### Note

1. [http://groups.csail.mit.edu/mac/users/rauch/worktime/output\\_per\\_hour.pdf](http://groups.csail.mit.edu/mac/users/rauch/worktime/output_per_hour.pdf)
2. <https://it.comparis.ch/comparis/press/medienmitteilungen/artikel/2016/krankenkasse/wechselquote-2015-2016/krankenkassenwechsel-2015-2016.aspx>

## Output per ora, Stati Uniti d'America (indice 1992 = 100)<sup>1</sup>

	Imprese (business sector)	Imprese extra-agricole (non-farm business sector)
1947	31,8	36,7
1957	44,7	48,2
1967	63,4	65,8
1977	79,8	81,5
1987	91,9	92,3
1997	107,8	107,5
2000	118,6	118,1