

A che livello siamo

Stesse prestazioni sanitarie a tutti e riordino delle esenzioni: questo prevedono i nuovi livelli essenziali di assistenza appena aggiornati. Ma ci sono le risorse?

di Rosanna Massarenti

Il nostro servizio di sanità pubblica è, per i principi e i valori che lo fondano, uno dei migliori del mondo: universalistico, equo, solidaristico. Prevede cioè cure, prestazioni diagnostiche, dispensazione di farmaci, assistenza a soggetti fragili per tutto ciò che ritiene irrinunciabile ed efficace per la prevenzione, la cura, la salute collettiva e individuale. Queste, in sintesi, sono le atti-

IN SINTESI

- I Lea: che cosa sono e le principali novità
- Stanziamenti e sostenibilità economica
- Possibile aumento di costi per i cittadini
- Il nuovo piano dei vaccini

vità di quelli che in termini tecnici vengono definiti Lea, Livelli essenziali di assistenza, vale a dire le prestazioni che il Servizio sanitario nazionale (Ssn) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), usando le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale. Atteso da oltre 15 anni, l'aggiornamento

SERVIZIO SANITARIO: CHE COSA OFFRE E QUANTO COSTA

Nei Lea, livelli essenziali di assistenza, rientrano le prestazioni garantite in tutte le Regioni. Sono suddivise in tre aree: assistenza sanitaria collettiva (vaccinazione, prevenzione...); assistenza distrettuale (medico di base, visite, esami, Asl, assistenza agli anziani...); assistenza ospedaliera (pronto soccorso, ricoveri, day hospital...).



113 MILIARDI €
la spesa pubblica 2017

Le principali novità annunciate

- Numerosi interventi eseguiti in regime di ricovero ora diventano ambulatoriali: si pagherà un ticket, prima non previsto da alcune Regioni
- Si amplia l'offerta di vaccini
- Si introducono sei nuove malattie croniche, tra cui l'endometriosi e le malattie renali croniche
- Alcune malattie da rare passano a croniche, per esempio celiachia e sindrome di Down
- Viene aggiornato l'elenco delle malattie rare con 110 nuove voci, di cui molte già negli elenchi regionali
- Sono introdotte prestazioni più tecnologiche, come l'enteroscopia con microcamera ingeribile e l'adroterapia
- È aggiornato il nomenclatore delle protesi: ad esempio, apparecchi acustici digitali, ausili informatici per comunicare, servoscala per interni...
- Le prestazioni riguardanti la procreazione medicalmente assistita (omologa ed eterologa) sono erogate in regime ambulatoriale
- Sono introdotti nuovi screening per neonati
- Sono aggiornate le prestazioni per diagnosi e cura dell'autismo

I costi previsti

- **+800 MILIONI €**
aggiuntivi stanziati per l'aggiornamento dei LEA
- **60 MILIONI €**
nuovi costi a carico del cittadino (ticket)
 - ● ➤ **18 MILIONI €**
maggiori costi per i ticket legati al trasferimento di prestazioni dal regime ospedaliero a quello ambulatoriale
 - ● ➤ **42 MILIONI €**
nuovi ticket per le nuove prestazioni ambulatoriali



dei Lea, ha fatto un doveroso ordine, nella confusione che si è creata da quando la competenza sulla salute è passata alle Regioni, e questo ha determinato ingiuste e gravi disparità di accesso, di cura, di qualità del servizio: alcune Regioni sono in grado di fornire più prestazioni, magari avvalendosi anche di innovazioni efficaci, mentre altre per svariati motivi non hanno risorse o strutture per offrirle ai propri cittadini. Con il risultato di violare il principio costituzionale dell'eguaglianza nel diritto alla cura.

Non tutte vere novità

Dunque, molto di ciò che è presentato come novità di fatto è già attivo in alcune Regioni, o ha già in parte sostituito prestazioni ormai obsolete, visti i progressi per diagnosi e cure avvenuti negli ultimi anni. Ora si è voluto, meritoriamente, livellare verso l'alto tutti i

Il rischio concreto è che per i cittadini i costi aumenteranno ancora

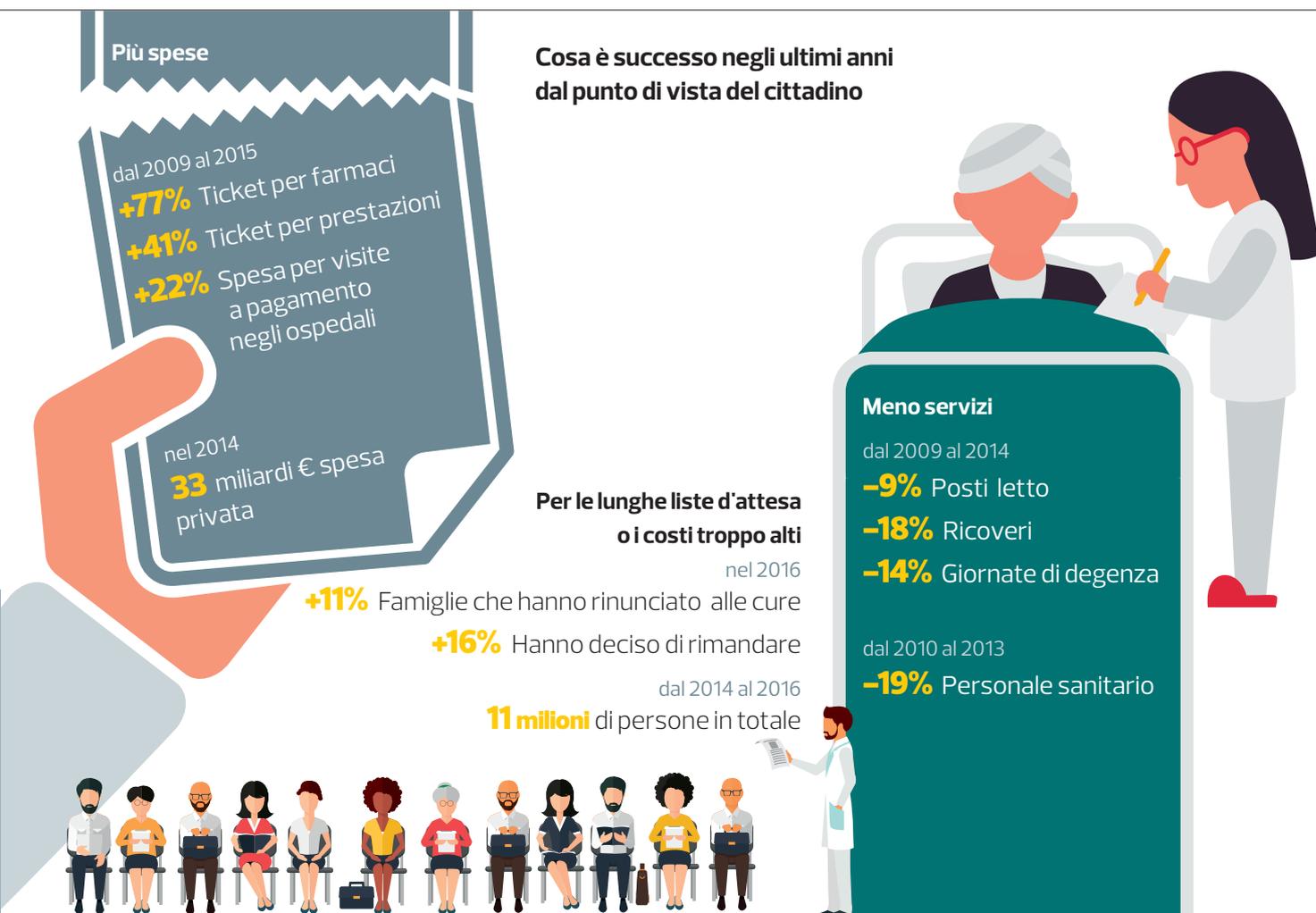
servizi da dare ai cittadini, sull'esempio delle Regioni più virtuose, aggiornarli e classificarli. Il nuovo documento descrive nel dettaglio prestazioni già incluse nei vecchi Lea, innova le liste delle visite specialistiche in ambulatorio e della fornitura di protesi, ridefinisce e aggiorna gli elenchi delle malattie rare, croniche e invalidanti che danno diritto alle esenzioni (vedi infografia qui sotto). Insomma, indica con precisione ciò che il servizio sanitario deve offrire come minimo su tutto il territorio nazionale, a tutti, in egual modo. Fermo restando che

ogni Regione può sempre aggiungere servizi per i propri cittadini.

È stata anche nominata una Commissione permanente per l'aggiornamento dei Lea, che sta vagliando le liste per eliminare le prestazioni non efficaci e che avrà il compito di monitorare e aggiornare ogni anno gli elenchi di ciò che rientra nei Lea in base alle evidenze scientifiche, introducendo trattamenti realmente migliori ed eliminando quelli obsoleti.

Sulla carta, perfetto. Ma siamo sicuri di essere in grado di dare a tutti queste prestazioni? La sensazione è che si stia facendo il gioco delle tre carte e qualche giro contabile, creando una grande illusione collettiva. Perché, comunque, risorse economiche (scarse), strutture sul territorio e personale sanitario rimangono gli stessi. E come sappiamo, per esperienza personale e per quello che ci ►

Fonti: Rapporto sulla sostenibilità del SSN 2016-2025, Fondazione Gimbe; Rapporto AIOP Ospedali & Salute 2016; Nota di lettura del servizio del bilancio del Senato sullo schema del decreto sui LEA





INTERVISTA

NINO CARTABELLOTTA

PRESIDENTE
FONDAZIONE GIMBE

Evidence for health

Qual è stato il criterio per inserire le prestazioni nei Lea?

«Non c'è nel testo una sezione metodologica che possa fare capire con quale criterio siano state incluse o escluse le prestazioni. La mia sensazione è che si sia cercato di raggiungere il massimo consenso sociale e professionale, allargando il paniere delle prestazioni e mettendoci dentro di tutto e di più, senza rigore metodologico. Che invece è indispensabile, se vogliamo usare il denaro pubblico per rimborsare solo prestazioni di documentata efficacia e appropriatezza, basate sull'evidenza e sul value, vale a dire il massimo ritorno in termini di salute delle risorse investite. Invece, i politici hanno deciso cosa inserire nell'elenco delle prestazioni, poi hanno affidato a una Commissione tecnica il compito di togliere quelle obsolete, inefficaci o inappropriate. Ora è necessario che la Commissione espliciti i criteri metodologici, scientifici, economici ed etici delle scelte che fa che, se pubblicati, potrebbero costituire una sorta di manuale per orientare professionisti e cittadini».

Nelle liste c'è qualcosa da aggiungere, o da togliere?

«Non si capisce, per esempio, perché non sia stata inclusa la telemedicina per il monitoraggio domiciliare dei pazienti con scompenso cardiaco, di provata efficacia, espressamente prevista dal Piano nazionale delle cronicità approvato dalla conferenza Stato-Regioni. Da togliere, penso all'adroterapia, per i tumori pediatrici, per cui non ci sono prove di efficacia, così come non ci sono robuste evidenze per una quantità enorme di altre cose. Il fatto è che lasciando le maglie troppo larghe a monte i problemi ricadono poi su Regioni, Asl,

medici che devono prescrivere e sui cittadini, che rivendicano diritti che stanno dentro i Lea, ma si scontrano con l'assenza di risorse: le liste di attesa si allungano e aumentano rinunce e spesa privata».

Nel 2013 Gimbe ha lanciato la campagna Salviamo il SSN e ha da poco pubblicato un rapporto di questi anni di studi e di analisi. Cosa emerge?

«Sono molte le criticità che fanno parlare di non sostenibilità del sistema. Primo, sono stati erosi in cinque anni più di 35 miliardi di euro, tra tagli e mancati aumenti: l'Italia è il Paese che spende meno per il finanziamento pubblico alla sanità. Secondo, la sanità integrativa, ispirata a forme solidaristiche, è poco sviluppata. In altri Paesi il 50% della spesa privata viene intermediata o da assicurazioni o da sanità integrativa, mentre da noi quasi tutta è a carico dei cittadini. Il mercato assicurativo si sta sviluppando senza regole e finisce per pagare prestazioni che dovrebbero essere a carico del servizio pubblico. Ma rimborsa solo chi ha la possibilità di farsi una adeguata copertura, creando ancora sperequazione sociale. Terzo, ci sono sprechi a tutti i livelli».

Da dove originano gli sprechi?

«Dall'eccesso di prestazioni inefficaci o inappropriate, così come dal sottoutilizzo di interventi efficaci, che produce complicità e interventi più costosi. Ci sono sprechi nell'assistenza di malati cronici in coordinamento con gli ospedali, nell'acquisto di attrezzature e farmaci troppo costosi o per il tempo perso in obblighi burocratici. Altre ingenti quantità di denaro sono erose dalla corruzione. Abbiamo quantificato gli sprechi in maniera analitica, e concluso che due euro su dieci vengono buttati». (R.M.)

▶ racconta ogni giorno la cronaca, le carenze strutturali sono tante - e gravi in certe aree del Paese - e gli interventi per rimediare spesso poco razionali e inefficaci.

Due rapidi conti

Partiamo dai soldi. Da quando è cominciata la politica di austerità, nel 2010, abbiamo assistito a una costante diminuzione di finanziamento alla sanità pubblica (35 miliardi in meno secondo le stime del Gimbe) e a un aumento del contributo dei cittadini alla spesa. Anche le Regioni meglio gestite cominciano a essere in difficoltà, mentre quelle più povere non riescono neppure ad adempiere ai vecchi Lea.

L'obiettivo del SSN deve essere il massimo ritorno di salute rispetto alle risorse investite

In questo quadro, la legge di stabilità ha stanziato 800 milioni di euro in più per la spesa sanitaria generata dai nuovi Lea. Li ha calcolati basandosi sulla stima dei costi da sostenere per le nuove prestazioni, cui ha sottratto i possibili risparmi derivanti soprattutto dallo spostamento di alcune prestazioni (per esempio, cataratta, calcoli renali, liberazione tunnel carpale...) dal regime ospedaliero dove erano erogate gratuitamente, a quello ambulatoriale, con relativo ticket a carico dei cittadini. Insomma, la prestazione è la stessa, all'ospedale senza ricovero costerà meno, ma si pagherà il ticket: quello che è un risparmio per il servizio pubblico, diventa un costo in più per i cittadini (18 milioni di euro). I quali pagheranno anche i ticket per le nuove prestazioni ambulatoriali (42 milioni di euro), che potrebbero essere sottostimati, se il costo del ticket aumenterà.

L'incognita ticket

Il punto di domanda, infatti, resta quello del nuovo tariffario, di cui per ora non si parla. Al momento non abbiamo alcun elemento per dire che ci sarà un aumento dei ticket (su cui le Regioni continuano a mantenere un'ampia autonomia). E speriamo non ci sia, visto che i fatti hanno dimostrato che, quando nel 2012 si sono alzati i ticket sperando in un aumento delle entrate, l'effetto è stato quello di un travaso di spesa verso la sanità privata - più efficiente e rapida, a costi appena più alti - per chi aveva disponibilità economiche e di rinuncia alle cure delle fasce più povere.

IN
CIFRE

113

miliardi di euro la spesa pubblica complessiva destinata alla sanità nel 2017

6,8%

percentuale del PIL destinata alla sanità pubblica. Era il 7% nel 2011. Negli altri Paesi del G7 nello stesso periodo è passata dal 7,9 all'8,2%

35

miliardi di euro persi dal 2010 a oggi per tagli alla spesa e mancati aumenti

20%

della spesa sanitaria erosa dagli sprechi tra cattive gestioni, frodi, abusi e inapproprietezza, pari a quasi 25 miliardi di euro nel 2015

I soldi sono pochi

Di fatto, gli 800 milioni stanziati sono una goccia nel mare di miliardi che servono alla sanità, restando immutata tutta la difficile situazione di contorno.

Sulla carta l'Italia offre più assistenza di tutti gli altri Paesi, ma la finanzia meno, anzi sempre meno, come abbiamo visto. E dunque non è in grado di mantenere tutto ciò che promette, almeno con i livelli di tempestività e qualità necessari, in modo uguale su tutto il territorio.

Così il sistema si ingolfa: scoraggianti liste d'attesa, pronto soccorso e ospedali senza posti letto, spesa privata record e, sempre più, rinuncia alle cure. Con i nuovi Lea, in prospettiva, si intravede addirittura un potenziale aggravamento della situazione. Se sono coperte dalla sanità pubblica nuove prestazioni, il loro consumo tenderà ad aumentare, facendo lievitare i costi e amplificando i disagi. Specialmente nelle Regioni già critiche, si rischia non solo di non migliorare il sistema, come si vorrebbe, ma persino di peggiorare l'esistente.

Fare rendere al meglio le risorse

Per dare tutto a tutti bisogna avere personale sufficiente, strutture adeguate, gestioni efficienti, gare d'appalto trasparenti, buone negoziazioni per i prezzi dei farmaci.

Per esempio, abbiamo abbastanza strutture e anestesisti per garantire l'epidurale a tutte le partorienti che la richiedono? Per l'autismo, abbiamo fondi per assicurare diagnosi, cura e trattamenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, visto che non è stato stanziato un centesimo? E così via.

Si rischia insomma un clamoroso effetto paradosso: offro tutto a tutti, ma il sistema non regge e la gente si cura meno e peggio di prima. O non si cura affatto. Rimandare una cura efficace o un esame diagnostico utile oggi può anche significare dover affrontare maggiori costi domani, per complicanze o ricoveri e cure più care.

Molti osservatori autorevoli dicono che i soldi a disposizione non sono sufficienti a garantire i nuovi Lea, come non lo sono per gli attuali. D'altra parte, a fronte dei minuziosi calcoli per stimare col bilancino questi costi aggiuntivi e trovare qualche milione per finanziarli, si continua a fare poco sul fronte dei risparmi intelligenti, dell'eliminazione degli sprechi, della lotta alla corruzione, da cui si possono ricavare decine di miliardi di euro da spendere per migliorare il servizio e lavorare su ricerca e innovazione.

Occorre anche stabilire delle priorità e predisporre piani di prevenzione e di educazione sanitaria e di indirizzo dei cittadini - ma anche degli operatori - al buon uso dei servizi della sanità pubblica.

Troppi esami inutili e sprechi

Per garantire la sopravvivenza del Ssn e soddisfare bisogni di salute con risorse sempre più limitate occorre far rendere al meglio queste risorse e allocarle in modo da avere il massimo di ritorno in termini di salute. Insomma, fare di più e meglio con meno. Dunque, disinvestire da prestazioni poco efficaci, che consumano risorse senza portare vantaggi, e destinare più fondi a servizi essenziali e innovazioni di provata efficacia. Questa è anche la strategia presentata nel Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Ssn 2016-2025. E che, pur con qualche distorsione e incomprensione, si è tentato di applicare con il decreto appropriatezza (*vedi AC 304 giugno 2016*). Che è stato percepito - e in parte forse lo era - come uno scaricare sui cittadini i costi di prestazioni che prima erano passate dal Ssn. Se ben applicato è un provvedimento giusto, visto che si assiste da anni a un eccesso di medicalizzazione e a un vero e proprio consumismo sanitario, con una spropositata richiesta di cure, esami, farmaci e prestazioni varie non necessarie, che sottraggono tempo e denaro ad attività indispensabili. Non si possono usare i soldi per prestazioni inutili e inappropriate e poi avere le casse vuote per far fronte a malattie gravi o a interventi d'urgenza o all'acquisto di farmaci salvavita, perché troppo costosi. E poi c'è la corruzione, che sottrae altri sei miliardi di euro all'anno alla cura dei pazienti, alla qualità del servizio della sanità pubblica e all'innovazione. Altroconsumo ha sostenuto la petizione promossa da Transparency International, Censis, Ispe e RISSC nell'ambito del progetto "Curiamo la corruzione" per chiedere al ministro Beatrice Lorenzin di promuovere una effettiva trasparenza e la massima integrità del settore sanitario (*vedi AC 307 ottobre 2016*).

Adulti e vaccinati

Sempre nell'ottica dell'uso ottimale delle risorse e della necessità di comunicare bene con i cittadini, va affrontato anche il discorso sui vaccini. I nuovi Lea includono le vaccinazioni già previste dal Calendario nazionale 2012-2014 (in cui erano state incluse ad esempio quelle contro pneumococco e meningococco C nei nuovi nati; HPV nelle ragazze undicenni) e introduce nuove vaccinazioni, previste dal nuovo Piano nazionale della prevenzione vaccinale 2017-2019. Quest'ultimo include, oltre a nuove vaccinazioni per i neonati (anti rotavirus e anti meningococco B) anche nuovi destinatari: gli adulti (anti pneumococco e anti Herpes Zoster) e i ragazzi (anti meningococco ACYW 135 per gli adolescenti e HPV per i maschi undicenni). La spesa per queste integrazioni è di 220 milioni di euro. Su quali basi è stato ►

► deciso l'ampliamento? Non è dato saperlo perché nel Piano non c'è alcuna spiegazione metodologica - evidenze di efficacia, sicurezza, sostenibilità, fattibilità - e soprattutto non ci sono dati sulla rilevanza sanitaria, cioè sulla diffusione delle malattie da cui proteggersi. Sono soldi ben spesi, dunque? Sarebbe stato meglio stabilire delle priorità, puntando sulle coperture davvero indispensabili. E non solo per risparmiare, ma anche per raggiungere più facilmente l'obiettivo più importante per la salute collettiva: mantenere la copertura elevata contro malattie un tempo molto diffuse, oggi non più temute. Infatti sono scese in modo significativo le coperture, sia per i vaccini raccomandati (morbillo, parotite, rosolia), sia per quelli obbligatori (come tetano, difterite, poliomielite e epatite B). L'ampliamento delle somministrazioni, soprattutto nei primi mesi di vita

Il nuovo piano vaccinale è troppo fitto: bisogna puntare alle coperture indispensabili

del bambino, rischia di causare ancora più disaffezione o di spaventare i genitori, che hanno più paura delle conseguenze delle vaccinazioni che delle malattie.

Da mesi il dibattito è molto animato, con toni anche troppo accesi e con informazioni e notizie degne di questa epoca di post verità. Cioè false. Le argomentazioni oscillano tra l'ideologico (favorevoli e contrari), il complottista (contro Big Pharma) e l'irrazionale (per il gonfiato allarme meningite). E' il momento di fare chiarezza e di ridare fiducia, invece di infittire il calendario. Altroconsumo ha sempre ribadito l'importanza delle vaccinazioni per la salute collettiva.

E lo ripete con forza ancora una volta. Ma non si può parlare di vaccini in generale: ognuno ha caratteristiche proprie e diversa utilità, a seconda anche delle situazioni e del momento. I sei vaccini aggiunti nei Lea non sono tutti utili e tanto meno indispensabili. In questo momento, più che pensare a introdurre nuove vaccinazioni, bisognerebbe puntare ad avere coperture ottimali dove servono. E cioè sia per le vaccinazioni che hanno sempre avuto buone coperture ma che negli ultimi anni stanno vedendo dei preoccupanti cali, sia per quelle vaccinazioni per cui le coperture ottimali non sono mai state raggiunte.

Ad esempio, quelle necessarie all'eliminazione del morbillo, il cui piano di eradicazione continua a slittare in avanti nel tempo, perché ancora non siamo riusciti a raggiungere coperture del 95%. Oggi c'è il rischio che l'aggiunta di sedute possa ridurre in modo significativo il ricorso a qualunque tipo di vaccinazione, dunque anche le "vecchie". Occorre anche migliorare la comunicazione verso i cittadini, che in questo momento sembra essere ancora più confusa e carica di ansia. La reintroduzione dell'obbligatorietà delle vaccinazioni per l'accesso a nidi e scuole viene vissuta male, come un'imposizione ingiusta, e sta portando indietro di un decennio il cammino intrapreso verso un'assunzione di responsabilità degli operatori sanitari e dei genitori nei confronti della comunità, oltre che dei propri bimbi. Solo quando scatta un presunto allarme, come quello meningite (*vedi TS 126 febbraio 2017*), tutti corrono a chiedere il vaccino: ed è un paradosso, perché si preoccupano più di una malattia estremamente rara che di malattie che invece possono dare epidemie estese a migliaia di persone, con decine di morti l'anno.

Lavori in corso aspettando le Idi di marzo

Nel momento in cui scriviamo, metà febbraio, i lavori fervono e i nuovi Lea aspettano l'approvazione ufficiale. Nel corso del mese la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea e la promozione dell'appropriatezza nel Ssn dovrebbe formulare una proposta di revisione delle liste che andrà presentata entro il 15 marzo. Sta lavorando anche sull'elenco delle protesi per disabili (e relativi prezzi e modalità di assegnazione) e sui difficili e delicati temi dell'assistenza socio-sanitaria (assistenza domiciliare, territoriale, semiresidenziale per soggetti anziani e fragili...). Sapremo a primavera, forse. ■

COSA PUÒ SUCCEDERE, SPESSO

Il nostro servizio Diritti in salute riceve spesso richieste di chiarimento relative alle prescrizioni di esami e farmaci. Se avete domande, scrivetecei.

"Mia moglie deve essere operata di cataratta e lo specialista le ha prescritto fiale di Clexane 4000 per 7 giorni prima e 3 giorni dopo l'intervento.

Siamo andati dal medico di base per la relativa ricetta a carico del Ssn, ma ci ha detto che non era prescrivibile nel suo caso, ma solo per determinati interventi, in cui, appunto, non era compreso quello di cataratta. Che cosa devo fare, visto che privatamente costa circa 30 euro? E chi non dispone di questa somma che fa? Non si opera o si mette a rischio per eventuali conseguenze?" Alfredo Spinelli - Gaeta (LT)



controllo, riscaltra una cisti ovarica. Le prescrive su ricetta bianca gli esami di laboratorio che ritiene utili: marker tumorali ca 125, ca 19.9 e Cea. Ma il suo medico curante le spiega che dei tre solo il primo può essere prescritto su ricetta rossa. Gli altri dovrà pagarli in regime privato. Con le

nuove indicazioni i tre esami hanno tutti una diversa nota di prescrivibilità, ma il profilo di Laura risponde solo a una delle condizioni previste. Però, per stare tranquilla, fa tutti gli esami prescritti e paga di tasca sua. Queste situazioni, oltre a prevedere costi che molte persone non possono permettersi, mettono molta ansia, se non viene spiegata bene la ragione che le origina: che è quella di evitare prestazioni inutili, per riservare risorse preziose ad altre, necessarie e irrinunciabili. Il principio è sacrosanto, ma non deve essere troppo rigido: il Ministero deve poter consentire ai medici la prescrizione in regime mutualistico di esami e farmaci utili per i pazienti non inclusi nelle note, se ben motivata. Sta alla coscienza professionale del medico attenersi ai criteri di appropriatezza, dettagliare le motivazioni e valutare in coscienza cosa è davvero utile.