

Intervista a Nino Cartabellotta, Presidente della Fondazione Gimbe

I fatti smentiscono i principi fondamentali del Ssn

Nel piano dei mille giorni del Governo Renzi non s'intravede traccia di impegni concreti per la Sanità e per il Ssn. Come interpreta questa "evidenza"?

Dal 22 febbraio, giorno del suo giuramento, il Premier non ha mai parlato di Sanità in termini di programmazione. Lo ha fatto solo occasionalmente quando è stato chiamato in causa dalla spinosa questione dei tagli: il 13 marzo a "Porta a Porta" ha smentito pubblicamente ulteriori "sforbiciate" alla Sanità pubblica; qualche giorno fa con un cinguettio al vetriolo ha ribadito che: «Revisione della spesa non significa tagliare la Sanità. Ma le Regioni prima di fare proclami inizino a spendere bene i soldi che hanno».

Questo "assordante" silenzio può essere interpretato in due modi: il primo è che manca un disegno in grado di generare consenso; il secondo è che il disegno esiste, ma è meglio non renderlo pubblico perché rischia di generare un dissenso generale. In particolare, se il Governo è stato sedotto dal "venticello europeo" che intende liberarsi di una consistente parte della spesa pubblica destinata alla Sanità meglio non parlarne. Peccato che questo stia spianando silenziosamente la strada all'intermediazione assicurativa e finanziaria dei privati e sfilando dalle tasche degli italiani un servizio sanitario pubblico, una conquista sociale difficilmen-

te compensabile con 80 euro al mese!

Renzi, grazie al suo spirito rottamatore, ha tutte le carte in regola per salvare il Ssn, ma non ho la certezza che questa sia una reale priorità del suo Governo. Se la strada intrapresa è irreversibile il Premier forse deve impegnarsi a riformulare anche l'articolo 32 sostituendo "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo" con "La Repubblica CONTRIBUISCE a tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo". Di fronte all'Europa e al mondo intero è anacronistico e sempre più imbarazzante sbandierare una Sanità pubblica, equa e universalistica se oggi i fatti smentiscono l'articolo 32 e i principi fondamentali del Ssn.

"Salviamo il Nostro Ssn", il progetto lanciato dalla Fondazione Gimbe, si fonda su alcuni valori di Sanità pubblica sempre più spesso ignorati per ragioni economiche. È ancora possibile farvi riferimento se oggi la Sanità appare come un mercato condizionato dall'offerta di fatto in mano alle Regioni?

I valori di Sanità pubblica su cui si basa il progetto sono proprio quelli definiti dall'articolo 32 e dalla legge 833/78, oggi continuamente smentiti da fatti e dati. Ecco perché per la politica è arrivato il momento di confer-



Nino Cartabellotta

marne la validità o meno, in particolare attuando una programmazione sanitaria coerente con la risposta a questa domanda: "Per tutelare la salute dei cittadini italiani è più importante finanziare con il denaro pubblico solo interventi sanitari efficaci e appropriati, oppure garantire loro un accesso illimitato e indiscriminato a servizi e prestazioni sanitarie?"

Con la riforma del Titolo V del 2001 alle Regioni è stata concessa una straordinaria opportunità di autonomia organizzativa dei servizi sanitari: tuttavia, il processo federalista si è limitato ad una delega al controllo della spesa e non ha costituito un incentivo a riorganizzare i servizi per migliorare la qualità dei servizi (spendere meglio) e ridurre i costi (spendere meno). Questa deriva regionalista è stata facilitata sia dall'eccessiva enfasi sul controllo della spesa posta dallo Stato

(dove il Ministero dell'Economia e Finanze ha preso il sopravvento su quello della Salute), sia dalla limitata capacità delle Regioni nella (ri)organizzazione dei servizi sanitari, fatte salve alcune lodevoli eccezioni. Ovviamente, se le responsabilità della situazione attuale non possono essere attribuite esclusivamente all'impianto federalista, il sistema non ha funzionato soprattutto per la mancanza di senso di responsabilità e l'incapacità di alcune Regioni - in particolare tutte quelle del Sud - a fare buona politica e buona gestione della Sanità. Infatti, sono state capaci di concretizzare l'inaccettabile paradosso "chi più spende, peggio spende", dove

livelli inadeguati di erogazione dei Lea coesistono con deficit finanziario, o se preferiamo il punto di vista dei cittadini, mobilità sanitaria passiva e aliquote Irpef più elevate. A fronte di questo malgoverno, lo Stato è intervenuto solo con i piani di rientro, uno strumento inadeguato per riquilibrare i servizi e garantire una sostenibilità del Ssn a medio-lungo termine. Soprattutto nessun Governo è mai intervenuto sui fattori che condizionano il binomio cattiva politica/cattiva Sanità perché la tutela della casta pesa più della salute dei cittadini.

Lea: parola chiave per garantire equità di accesso, universalità e sostenibilità oppure solo un acronimo alla moda?

I 14 anni della storia dei Lea sono costellati di scomodi insegnamenti per i nostri decisori. Innanzitutto, se è vero che si trattava di un decreto centralista, che non poteva tenere conto degli effetti della concomitante modifica del Titolo V, è altrettanto certo che molte Regioni hanno introdotto Lea aggiuntivi senza tenere in alcuna considerazione i principi di efficacia-appropriatezza, sfruttando la loro autonomia in maniera opportunistica, per appagare la domanda dei cittadini e ottenere consenso elettorale. In secondo luogo, l'articolazione dei Lea è rimasta trop-

po generica, senza mai definire tra le innumerevoli prestazioni sanitarie quali sono essenziali e quali no. Infine, il monitoraggio dell'adempimento al mantenimento dell'erogazione dei Lea (con identificazione delle Regioni promosse, rimandate e bocciate) è iniziato solo nel 2008, ben 7 anni dopo la pubblicazione del Dpcm sui Lea. Infine, rispetto alla ripetutamente annunciata revisione dei Lea, ritengo che, per garantire "equità di accesso, universalità e sostenibilità", la vera criticità non è rappresentata dall'aggiornamento in quanto tale, ma dalla capacità che questa revisione sia finalmente analitica e coerente con le evidenze scientifiche.

Nel tentativo di salvare il Ssn, qual è il ruolo dei professionisti sanitari e quale il loro "peccato originale"?

Oggi la Sanità è "vittima" dei progressi della scienza, per la crescente disponibilità di tecnologie sanitarie che incrementano i costi, producono benefici marginali o nulli e, spesso, aumentano i rischi per i pazienti. Inoltre, se non è mai mancata la consapevolezza che i medici possono essere responsabili di sottoutilizzo di test diagnostici e trattamenti, stanno emergendo consistenti evidenze sugli eccessi di medicalizzazione i cui risvolti sanitari, economici, sociali e medico-legali sono in gran parte ancora sconosciuti.

Il ruolo dei professionisti, pertanto, emerge in maniera rilevante se spostiamo il dibattito etico dal razionamento alla riduzione degli sprechi, rivalutando la responsabilità professionale sull'utilizzo appropriato delle risorse. In altri termini, se l'etica del razionamento appartiene alla politica, l'etica della riduzione degli sprechi è legata alla capaci-

tà di tutti i professionisti sanitari (medici in particolare) di ridurre la prescrizione ed erogazione di tutti gli interventi sanitari inefficaci, inappropriati e dal *low-value*. Purtroppo, da quando è emerso il tema della sostenibilità del Ssn i professionisti sanitari si sono limitati a preoccuparsi (giustamente) della riduzione delle risorse, senza prendere atto che una quota rilevante di sprechi deriva proprio dal sovra-utilizzo di interventi e prestazioni sanitarie. Di conseguenza, tutte le categorie professionali variamente schiacciate tra contingenti necessità di contenere i costi, irrealistiche aspettative dei cittadini e assillanti timori medico-legali, non riescono a riprendere in mano le redini della Sanità in un'ottica multi-professionale, basata sulle evidenze e centrata sul paziente, ma continuano a sprecare energie in lotte tra corporazioni estremamente competitive finalizzate a mantenere i privilegi acquisiti senza rinunciare a nulla per la causa comune. Il "peccato originale" dei professionisti sanitari? Essere professionisti sanitari!

Il nome della Fondazione Gimbe richiama direttamente l'Evidence-based Medicine. Per salvaguardare un sistema sanitario pubblico complesso come il nostro esistono strategie basate sulle evidenze?

Se sì, perché i decisori improvvisano continuamente?

La produzione, l'implementazione e il monitoraggio delle evidenze scientifiche in tutte le decisioni che riguardano la salute delle persone stanno alla base di qualunque sistema sanitario, o almeno così dovrebbe essere! Nel nostro contesto nazionale invece si tende ad improvvisare, esasperando le asimmetrie informative, perché è scomodo dichiarare esplicitamente che un intervento sanitario funziona/non funziona, serve/non serve: meglio lasciare un margine di discrezionalità per consentire alla politica, ai manager, ai professionisti sanitari e anche ai pazienti di prenderlo in considerazione. La conseguenza inevitabile è che il denaro pubblico oggi rimborsa innumerevoli servizi e prestazioni sanitarie inefficaci, inappropriati e spesso dannose, con il solo obiettivo di proteggere lobbies pro-

fessionali, interessi industriali e clientelismi di varia natura, oltre che di soddisfare la domanda dei cittadini/elettori.

Tutto ciò a dispetto del DM 29 novembre 2001 sui livelli essenziali di assistenza, dove si legge che i Lea devono includere quanto è di provata efficacia-appropriatezza, escludere quanto di provata inefficacia-inappropriatezza e sperimentare interventi, servizi e prestazioni sanitarie di dubbia efficacia e appropriatezza. Riguardo all'ultimo punto, utile ricordare che il denaro investito dallo Stato per rispondere a quesiti clinico-assistenziali rilevanti è inferiore alle briciole del fondo sanitario nazionale: si preferisce introdurre tutto e subito nel mercato della salute!

La strada può essere una e una sola: aggiornare continuamente i Lea, tenendo realmente conto delle evidenze scientifiche e monitorarne l'impatto, oltre che a livello macro, anche utilizzando indicatori più raffinati di appropriatezza professionale. Ovviamente, quale azione sinergica, è indispensabile ridurre le aspettative di cittadini e pazienti nei confronti di una "medicina mitica".

LA PAGELLA DI **Panorama della Sanità** redazione@panoramasanita.it



ROBERTA SILIQUINI, ORDINARIO DI SANITÀ PUBBLICA A TORINO, 8

Dopo essere stata nominata quale componente del Consiglio superiore di Sanità nel luglio scorso, Roberta Siliquini è la prima donna ad assumerne anche il ruolo di Presidente.



LA C.D. "COMUNITÀ INTERNAZIONALE" (E NON SOLO...), 5=

Secondo il Parlamento Europeo la cd "Comunità Internazionale" avrebbe sottovalutato i rischi dell'epidemia di Ebola e ora chiede alle Nazioni Unite di intervenire massicciamente. Nelle stesse ore la Ministra Lorenzin rassicura che il Fondo sanitario non sarà tagliato (per fortuna) ma che taglierà, per 40 milioni, il budget del Ministero. Dove? Controlli alle frontiere e ricerca scientifica... Incredibile.