



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.