

Secondo il Rapporto Gimbe si potrebbe investire meglio ed elevare i livelli di assistenza

# 6 miliardi di sprechi in sanità

## Dall'autonomia regionale grossa perdita per il Sud

DI CARLO VALENTINI

**A**ssieme alle pensioni, la sanità sta diventando l'altro buco nero nel welfare, con costi crescenti e qualità delle prestazioni calanti. C'è un'alternativa praticabile alla rassegnazione? A studiare ormai da anni e approfonditamente la spesa e le aree di inefficienza del servizio sanitario nazionale è la fon-

dazione Gimbe. Il suo presidente, **Nino Cartabellotta**, uno dei massimi esperti del funzionamento della sanità, spiega che la situazione è a rischio implosione «perché non si sta affrontando la riqualificazione della spesa, manca un'articolazione degli ambiti assi-



Nino Cartabellotta

stenziali per intensità di cura (ospedale, cure intermedie, assistenza domiciliare, residenze sanitarie assistite, hospice ecc.) in grado di assistere il paziente secondo i suoi reali bisogni di salute. Invece il baricentro è sempre l'ospedale con costi assai più alti rispetto alle possibili alternative. Ad esempio la carenza di hospice costringe i malati oncologici terminali a ricevere assistenza in ospedale, così come la scarsa disponibilità di assistenza domiciliare e di residenze sanitarie rende più difficile la dimissione dei pazienti dall'ospedale, spesso per ragioni sociali. Un altro caso di spreco è il non finanziamento da parte del servizio sanitario della telemedicina mentre il monitoraggio remoto di pazienti con talune malattie croniche avrebbe costi minori e migliorerebbe la qualità di vita dei malati. Il fatto è che manca la spinta necessaria per intervenire a fondo sul servizio sanitario, che però in questo modo rischia di andare alla deriva».

**Domanda. Intanto però i pazienti sono alle prese con ticket e superticket, in pratica un'ulteriore spesa oltre a quella pagata direttamente per il servizio sanitario. È giusto?**

**Risposta.** Se inizialmente il ruolo primario del ticket era quello di moderatore dei consumi, oggi è una consistente boccata di ossigeno per le Regioni che nel 2016 hanno incassato quasi 2,9 miliardi di euro, peraltro con una autonomia che negli anni ha generato una vera e propria giungla. Infatti, le differenze regionali sui ticket riguardano sia le prestazioni su cui vengono applicati, sia gli importi che i cittadini sono tenuti a corrispondere, sia le regole utilizzate per definire le esenzioni. Al fine di uniformare le differenze regionali, il Patto per la salute aveva previsto una «revisione della disciplina della partecipazione alla spe-

sa sanitaria ed esenzioni», per garantire un adeguato gettito finanziario per le regioni evitando che il ticket rappresenti una barriera per l'accesso a servizi e prestazioni e che importi troppo elevati favoriscano lo spostamento verso strutture private. La legislatura volge al termine, ma questa «buona intenzione» è rimasta lettera morta.

**D. C'è chi addebita una parte del deficit del sistema sanitario al ricorso alle strutture da parte degli immigrati. Nessun discorso discriminatorio o razzista ma qual è l'analisi per potere affrontare in modo positivo il problema?**

**R.** Gli immigrati residenti in Italia hanno diritto all'iscrizione al ser- vizio sanitario e contribuiscono al suo finanziamento attraverso la fiscalità generale. Per coloro che non sono in regola con il permesso di soggiorno, le spese sostenute per malattia e infortuni sono recuperate dai paesi di provenienza, rimanendo a carico del servizio sanitario solo quelle relative all'area materno-infantile e alla prevenzione. Studi effettuati in varie regioni documentano che gli immigrati sono meno costosi, essendo giovani e con bisogni contenuti. Peraltro, rispetto alle stime complessive per la gestione dei migranti (3,5-4 miliardi di euro) la spesa per l'assistenza sanitaria rap-

presenta solo una percentuale esigua. Quindi per ora non corrisponde al vero che gli immigrati rappresentino un costo che possa contribuire a fare deragliare il servizio sanitario.

**D. Frodi e abusi: quali strategie per avviare una nuova stagione etica nella sanità italiana?**

**R.** Nel nostro rapporto individuiamo 53 tipologie di sprechi, organizzate in 9 categorie, che erodono circa 5-6 miliardi di euro di spesa pubblica. Il denaro viene sottratto direttamente o indirettamente da fenomeni corruttivi e/o da comportamenti opportunistici influenzati da conflitti di interesse, che non configurano necessariamente reato o illecito amministrativo. Le iniziative istituzionali dell'Anac, Autorità anticorruzione e dell'Agenas) mirano prevalentemente a perseguire i fenomeni squisitamente corruttivi, mentre conflitti di interesse, abitudine a comportamenti illeciti e minimizzazione del fatto illecito sono aspetti che appartengono all'etica professionale e, più in generale, della società. In tal senso, non si vede all'orizzonte alcun impegno concreto di ordini professionali, società scientifiche, associazioni di pazienti.

**D. Alcune regioni chiedono più autonomia su talune materie. Già possono operare in autonomia sulla sanità. Si tratta di un'esperienza positiva?**

**R.** I dati dimostrano che 21 modi di organizzare l'assistenza sanitaria configurano una

strategia scellerata che sbiadisce l'universalismo del servizio sanitario. E nelle Regioni (prevalentemente del Sud) che non adempiono ai Lea (Livelli assistenziali di assistenza), i cittadini dispongono di servizi sanitari peggiori e pagano addizionali Irpef più elevate per risanare i conti della propria regione per poi essere costretti a spostarsi altrove per curarsi. Nel 2016 il fenomeno della mobilità sanitaria ha spostato 4,15 miliardi di euro, prevalentemente dal Sud al Nord.

**D. Rispetto agli altri Paesi Ue come si colloca l'Italia nel rapporto tra spesa, tipo di copertura e qualità delle prestazioni?**

**R.** Bloomberg colloca l'Italia sul podio perché nonostante la spesa pubblica sia inferiore alla media Ocse l'aspettativa di vita è molto elevata. Tuttavia, considerato che questo risultato è dovuto anche ad altri fattori (genetica, clima, alimentazione ecc.), investire sempre meno in sanità permette di scalare posizioni, perché questa classifica non tiene conto degli anni di vita guadagnati liberi da disabilità, dove invece siamo agli ultimi posti. La copertura, come documentano gli adempimenti dei Livelli essenziali di assistenza, è universale solo sulla carta, perché dal Lazio in giù (con eccezione della Basilicata) tutte le Regioni sono inadempienti. Infine, rispetto alla qualità delle prestazioni, l'Euro Health Consumer Index 2016 colloca l'Italia al 22° posto (su 35 Paesi). Quindi Bloomberg usa una me-

todologia discutibile e alla fine risulta troppo ottimistica

**D. L'invecchiamento della popolazione si profila come il prossimo buco nero della sanità: come affrontare il problema dell'assistenza, anche domiciliare?**

**R.** Oggi i bisogni socio-sanitari sono stimati in oltre 17 miliardi di euro, di cui 9 per l'assistenza familiare e i servizi di badantato, 4,2 di partecipazione alle spese sociali e 4,1 di mancato reddito dei caregiver (chi assiste un familiare disabile). Siamo assolutamente impreparati, sia rispetto agli investimenti necessari, sia rispetto all'offerta di servizi socio-sanitari uniformi su tutto il territorio nazionale. Il fondo per la non autosufficienza assegna solo briciole e quindi è assurdo che vengano fissati determinati livelli di assistenza se poi non si controlla se essi sono davvero raggiunti e non si finanziano.

**D. In che modo il privato sta supplendo alle carenze del pubblico? Quali sono i rischi della sanità che diventa business?**

**R.** Occorrono regole esplicite per garantire una reale integrazione tra pubblico e privato, limitando competizione, duplicazione di servizi, erogazione di prestazioni inappropriate e il «doppio ruolo» dei medici. Nelle Regioni in cui questo viene adeguatamente governato anche i rischi del «business sanità» sono contenuti, in altre, invece, il modello regionale indebolisce il pubblico e fortifica il privato.

**Twitter: @cavalent**