

## SANITÀ, "RISPARMIARE SI PUÒ, ECCO COME"



**Nino Cartabellotta**

La polemica sui nuovi tagli per 10 miliardi alla sanità pubblica: "I margini per risparmiare ci sono, ma bisogna evitare il rischio di affossare il Sistema Sanitario Nazionale universalista. Come segnalano anche i medici di base della FIMMG con queste norme gli esami saranno sempre prescritti, per evitare di esporsi ad una causa risarcitoria, solo che li pagheranno direttamente i malati". Colloquio con Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione GIMBE. Tweet40 28 luglio 2015 Presidente, sottrarre 10 miliardi nei prossimi tre anni al nostro sistema sanitario nazionale con tagli alla spesa cosa significa in termini di sostenibilità e soprattutto quali conseguenze avrà per i cittadini? Innanzitutto una precisazione: il titolo di Repubblica sui 10

miliardi di tagli alla sanità ha scatenato un polverone, ma in realtà nell'intervista il supercommissario alla spending review Gutgeld non parlava di cifre e i 10 miliardi che troneggiavano nel titolo facevano riferimento al complesso dei risparmi attesi dalla spending. Il Ministro Lorenzin (presa in contropiede?) ha subito invitato a distinguere tra titolo e contenuto dell'intervista, ma successivamente è parsa accettare quei 10 miliardi seppure interpretandoli "come risparmi e non come tagli lineari", ribadendo che la maggior parte resterà nella sanità e sarà dedicata soprattutto alle assunzioni di nuovo personale, mentre un'altra parte contribuirà alla manovra di riduzione delle tasse annunciata dal premier. Ma siamo certi che per i cittadini sia più conveniente pagare meno imposte per poi spendere di più per farmaci e visite specialistiche? Dunque se il supercommissario si riferiva a una riduzione del finanziamento pubblico sarebbe il colpo di grazia per un servizio sanitario nazionale già messo a dura prova da oltre 30 miliardi di tagli dal 2012 a oggi. Se invece si riferiva a misure volte a qualificare la spesa sanitaria, contrastando inefficienze e sprechi in sanità, migliorando la qualità e l'accessibilità dei servizi, le cifre sono assolutamente realistiche. In altre parole, la spending review "è cosa buona e giusta" se i risparmi restano nel sistema socio-sanitario per offrire i livelli essenziali di assistenza oggi non garantiti a milioni di persone, per garantire le vere innovazioni e per ridurre i numerosi "balzelli" sulla salute: non solo ticket e aliquote IRPEF alle stelle nelle Regioni in Piano di Rientro, ma anche lo sgradevole obolo da versare per aggirare le liste d'attesa, ovvero pagamenti per prestazioni intramoenia o private. In ogni caso, è ormai tempo che la politica decida se la tutela della salute è ancora un diritto costituzionale oppure no, perché se lo è la strategia è quella di spendere meglio, se non lo è più avanti con i tagli lineari e la inevitabile privatizzazione del servizio sanitario. Si punta il dito soprattutto contro la cosiddetta medicina difensiva, in particolare contro esami diagnostici totalmente inutili, che costano 13 miliardi l'anno, prescritti da medici di base e specialisti per evitare cause da parte dei malati. Ma con l'attuale normativa come garantire al medico che poi non sarà denunciato per non aver prescritto quella TAC o serie di analisi che avrebbero potuto individuare per tempo una malattia? L'espansione della medicina difensiva è avvenuta in un contesto culturale, professionale e sociale condizionato dall'imperativo more is better: i sistemi sanitari di tutti i Paesi industrializzati si sono progressivamente ipertrofizzati per offrire un numero sempre maggiore di prestazioni diagnostico-terapeutiche, che incrementano la spesa sanitaria e aumentano la soddisfazione di cittadini e pazienti, spesso senza migliorarne lo stato di salute. Inoltre, gli stessi sistemi sanitari hanno costruito perverse logiche di finanziamento e incentivazione di aziende sanitarie e professionisti, basate sull'aumento della produzione e non sull'appropriatezza delle prestazioni. Dal canto loro i medici, ispirati dal modello ippocratico, avvertono il dovere professionale di aiutare i pazienti sfruttando l'intero armamentario a loro disposizione, perché morte e malattia devono sempre essere combattute a ogni costo. Tuttavia, decisioni e prescrizioni non sono immuni da conflitti di interesse oggi alimentati da vari fattori: seduzioni dell'industria farmaceutica e tecnologica, organizzazioni sanitarie che incentivano la produzione di servizi, reciproca solidarietà tra colleghi che genera offerta e induce

domanda. Pertanto, se è indubbio che il timore di conseguenze medico-legali per aver tralasciato qualcosa spinge i professionisti a prescrivere ogni possibile test diagnostico e a mantenere un approccio terapeutico molto aggressivo, è altrettanto vero che la medicina difensiva configura spesso un mero paravento per giustificare tutte le inapproprietezze prescrittive. Se così non fosse, i contenziosi da eccessi diagnostici e terapeutici non sarebbero in costante ascesa, testimoniando che la medicina difensiva, di fatto, non riesce nemmeno a raggiungere il suo obiettivo primario. Questo panorama estremamente variegato è completato da sentenze giudiziarie discutibili e avvocati senza scrupoli che contribuiscono a incrementare il contenzioso medico-legale, a cui i pazienti si aggrappano perché il sistema è incapace di ridurre le loro aspettative nei confronti di una medicina mitica e di una sanità infallibile. Infatti, consistenti evidenze dimostrano che i pazienti tendono a sovrastimare i benefici e a sottostimare i rischi degli interventi sanitari: questo rende insostituibile il ruolo del medico nel fornire al paziente informazioni bilanciate su rischi e benefici degli interventi sanitari, permettendogli di sviluppare aspettative realistiche e prendere decisioni realmente informate, diminuendo il ricorso alla medicina difensiva e i conseguenti sprechi. A parte i costi standard e le centrali di acquisto quali sono gli sprechi e le inefficienze più macroscopiche, nella gestione della nostra sanità? Il 27 marzo 2015, in occasione della 10a Conferenza Nazionale GIMBE, abbiamo aggiornato le stime relative alla tassonomia degli sprechi in sanità (oltre 25 miliardi di euro/anno), integrata nel nostro progetto Salviamo il Nostro SSN e già pubblicata su queste colonne: - Sovra-utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie inefficaci o inappropriate (7,69 miliardi di euro). - Frodi e abusi (5,13 miliardi di euro). - Tecnologie sanitarie e beni e servizi non sanitari acquistati a costi eccessivi (4,10 miliardi di euro). - Sotto-utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie efficaci e appropriate (3,08 miliardi di euro). - Complessità amministrative (3,08 miliardi di euro). - Inadeguato coordinamento dell'assistenza tra vari setting di cura (2,56 miliardi di euro). Ovvio che buona parte degli sprechi non sono eliminabili in tempi brevi perché fortemente radicati nel sistema, in particolare quelli conseguenti a una ipertrofia dell'offerta di servizi e prestazioni sanitarie. La sanità italiana è la meno finanziata in Europa, rispetto al PIL: ci supera perfino la Grecia. Il progressivo spostamento dei costi sui cittadini, attraverso ticket o prestazioni non rimborsabili, quali scenari potrebbe aprire in un Paese in cui, secondo l'Istat, quasi il 10% della popolazione ha già smesso di curarsi perché non ha soldi per medicinali e visite specialistiche? La riduzione delle prestazioni sanitarie pubbliche, considerata la scarsa comprimibilità della domanda, sposta i loro costi sulla spesa privata, con la rinuncia ad agli altri consumi. Tuttavia, il dato ISTAT conferma che il portafoglio dei cittadini non basta per coprire i bisogni sanitari non più soddisfatti dal sistema pubblico, determinando tre potenziali conseguenze: innanzitutto, ci si curerà sempre di meno peggiorando il livello generale di salute; in secondo luogo, assisteremo a una crescente competizione tra "poveri" per le prestazioni pubbliche residue, determinando l'involuzione di un diritto costituzionale in concessione di favore; infine, il progressivo e strisciante ingresso delle assicurazioni private aumenterà le diseguaglianze sociali. In ogni caso, a parte le cure odontoiatriche non incluse nei livelli essenziali di assistenza, mancano dati - sulla reale efficacia e appropriatezza delle cure a cui rinunciano i cittadini. Siamo proprio così certi che i 33 miliardi di spesa privata servono per acquistare servizi e prestazioni efficaci e appropriate? La risposta, ogni oltre ragionevole dubbio, è negativa ed è certo che la percentuale di sprechi in prestazioni inefficaci e inappropriate sia maggiore per la spesa privata che per quella pubblica. Una provocazione? Se i cittadini non hanno soldi per curarsi perché l'omeopatia in Italia ha un giro d'affari che supera i 300 milioni di euro l'anno e gli integratori alimentari di oltre 2 miliardi? Se il vero obiettivo è spendere meglio in sanità, cittadini e pazienti devono diventare protagonisti attivi del processo di cura e non semplicemente "destinatari" di prescrizioni e consumi per soddisfare le esigenze del mercato della salute. In particolare, sono indispensabili interventi sociali e culturali di sistema per informare adeguatamente i cittadini sull'efficacia, sicurezza e appropriatezza degli interventi sanitari. Non dobbiamo dimenticare che le tristi vicende Di Bella e di Stamina rappresentano solo la punta dell'iceberg di quell'asimmetria informativa tra il mondo della ricerca e quello della sanità, che genera aspettative irrealistiche dei cittadini nei confronti di una medicina mitica e di una sanità infallibile.