

L'analisi**Ma per migliorare le cure
non basta offrire più servizi****Silvio Garattini**

Con i nuovi Livelli Essenziali per l'Assistenza medica è stato allargato il recinto della sanità

pubblica e sono stati riposizionati i paletti per le erogazioni a carico delle casse statali: arriva al traguardo una delle riforme più attese da anni nel Servizio sanitario nazionale.

Ma per migliorare le cure non basta offrire più servizi**Silvio Garattini**

Ovvviamente è un bene che il nostro sistema, già universalistico, estenda ancor più i suoi confini in chiave solidale. Ma il rischio è fare della riforma un paravento ideologico dietro cui si nasconde una realtà allo sfacelo. Talvolta il meglio è nemico del buono.

Se il nuovo paniere delle prestazioni pubbliche, riempito dal ministro della Salute Beatrice Lorenzin, irrobustisce la lista della spesa risalente al lontano 2001, facendo risuonare in alto i principi di tutela della salute pubblica costituzionalmente garantiti, considerato il basso livello di partenza della qualità della sanità su cui sono relegate molte regioni del Sud (in Campania punteggio 99 dove il minimo è 160), il banco di prova reale è nella sostenibilità del sistema e la qualità della sanità reale. Non basta dare gratis gli ingredienti per fare un buon pranzo se poi in tavola c'è sempre la solita minestra.

La sfida principale per le regioni è soprattutto recuperare terreno e iniziare a misurarsi con una migliore risposta dei servizi, sia ospedalieri sia territoriali, tenendo ben presente che l'aspetto organizzativo è cruciale quanto il resto, visto che una fetta dei finanziamenti ai nuovi Lea (garantiti per 800 milioni dallo Stato) proverranno proprio dai risparmi conseguiti dalle singole Regioni in termini di qualità della spesa, eliminazione degli sprechi, appropriatezza delle attività sanitarie. Quello che è accaduto giorni fa a Nola è emblematico di quanto sia centrale, rispetto a liste

di prestazioni gratuite, anche la appropriatezza amministrativa. Tenere inutilizzata per anni una rianimazione pronta, e piena di tecnologia, è l'esempio tangibile di quanto sia impellente intervenire anche sulla semplificazione amministrativa, su norme, leggi, codici e codicilli che si frappongono come scogli insormontabili ai livelli di assistenza. Senza contare che liste di attesa, carenze di strutture e personale nel pubblico e tetti di spesa, percorsi di esenzione e ticket nazionali e regionali, per visite e ricette, nel versante accreditato che comportano costi che finiscono per dirottare una quota consistente di prestazioni, soprattutto ambulatoriali, sul fronte totalmente privato, (per chi può) facendo evaporare in una bolla di sapone le buone intenzioni dei Lea.

Sono due i criteri fondamentali su cui dovremmo misurare l'appropriatezza della riforma: l'evidenza scientifica delle prestazioni erogate a carico del Servizio sanitario per le quali ci sia una evidenza di efficacia e, in secondo luogo, un confronto con vecchi presidi e farmaci nel rapporto costi-benefici. Una riforma orfana, inoltre, di alcune necessarie valutazioni comparative per applicare il criterio dell'appropriatezza anche sulle scelte politiche nel campo della assistenza farmaceutica. Le specialità di ultima generazione e il loro costo non sempre offrono vantaggi terapeutici significativi rispetto a vecchi farmaci fuori brevetto. Varrebbe la pena di interrogarsi anche sulla opportunità ed eticità di garantire a carico delle casse pubbliche farmaci oncologici che offrono in media

uno o due mesi di vita in più se poi vengono negate le unità di personale che servono in un pronto soccorso o in una corsia ospedaliera.

Sarebbe bene pertanto procedere a una revisione completa del prontuario farmaceutico come avvenne nel 1993. Poi per alcune terapie introdotte nel Lea, come le terapie termali (certo, riposarsi e fare bagni fa bene ma anche un viaggio di piacere dona benessere) e per alcune terapie riabilitative come l'ozonoterapia e l'iperbarica, la prova di efficacia non è accertata e sarebbe stato opportuno almeno un supplemento di istruttoria in uno scenario in cui i costi e la sostenibilità di un Servizio sanitario votato all'universalismo rappresentano i principali nodi irrisolti da decenni.

Il servizio sanitario merita una riorganizzazione: è molto più importante per i cittadini rimettere nel sistema dell'emergenza la medicina di base e garantire un filtro al pronto soccorso piuttosto che

estendere a tutti prestazioni virtuali cui non corrisponde un'assistenza reale. E qui anche le aggregazioni territoriali di medici e pediatri per garantire nei distretti un primo livello di cure, sono troppo simili alle vecchie associazioni di medici per funzionare come cura ai pronto soccorso affollati. Per le Unità complesse di cure primarie e le Case della salute servono investimenti. Ma i fondi per l'edilizia ospedaliera che spettano alle Regioni (quelli già stanziati da vecchie leggi come la finanziaria del 1988) in cassa non ci sono. Né sono sufficienti per ammodernare il parco tecnologico di ospedali e ambulatori. Un fusibile che manca nella rete delle cure per evitare il corto circuito nei pronto soccorso. Ci sarebbe da ragionare ancora a lungo non solo sui diritti quanto sui doveri del servizio sanitario a garantire l'assistenza che invece, in molti casi concreti, è un diritto negato ai cittadini malati e bisognosi di cure.

