

L'analisi

I risparmi per una Sanità migliore

Silvio Garattini

Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin cerca di ottenere con grande determinazione che il bilancio del Servizio Sanitario Nazionale non venga decurtato nei prossimi anni in attesa che

l'auspicata ripresa permetta eventualmente di aumentare il budget. La salute non ha prezzo, ma ha un costo e perciò la soddisfazione per il risultato ottenuto non deve attenuare la necessità di ottenere la maggior "quantità" di salute con le risorse econo-

miche disponibili. Ciò vuol dire in altre parole che va perseguita con altrettanta determinazione la via della lotta agli sprechi. Si può obiettare che la gestione della Sanità non spetta al Ministero ma alle Regioni; è certamente così, ma ciò non toglie che lo

Stato possa dare direttive e indicazioni, cominciando a dare il buon esempio con ciò che è ancora sotto la sua responsabilità. Per fare un esempio dopo 20 anni sembra necessario che il Prontuario Terapeutico dei Farmaci debba essere revisionato in modo sostanziale.

> Segue a pag. 24

Segue dalla prima

Quei tagli da fare per una Sanità migliore

Silvio Garattini

Sia per quanto riguarda i farmaci di fascia A (prescrivibili sul territorio) sia per quelli di fascia H con tutte le variazioni (prescrivibili solo negli ospedali). Si tratta effettivamente di realizzare alcune regole di buon senso, quelle che vengono praticate dalle buone madri di famiglia. Ad esempio a parità di effetto oppure in assenza di confronti fra farmaci che hanno le stesse indicazioni si sceglie il farmaco che costa meno. I farmaci che hanno avuto un aumento dei volumi di vendita devono abbassare i prezzi. E' tuttavia importante evitare i soliti tagli trasversali e guardare invece nel dettaglio. Ad esempio, per alcuni farmaci importanti che hanno prezzi estremamente bassi può essere utile un piccolo aumento, per evitarne la scomparsa dal mercato. Un altro problema assolutamente trascurato è quello dei dispositivi medici (pace-maker, defibrillatori, cateteri, materiale per interventi chirurgici). Il marchio CE non può essere un salvacondotto che garantisce un accesso a tutti gli ospedali. Da anni si discute sulla necessità di avere una classificazione e una valutazione del rapporto costi-benefici, ma nulla accade e si continua a

non voler scegliere ciò che serve in base a qualità e costi con la conseguenza di ritrovarsi con i problemi delle valvole cardiache e delle protesi mammarie "inadeguate" allo scopo. E ancora dovrebbe far parte di direttive centrali stabilire quale sia il minimo di posti letto che deve caratterizzare un ospedale che non sia semplicemente una risorsa occupazionale che spesso purtroppo rappresenta un pericolo per i pazienti. Analogamente sarebbe ora di por mano alla pleora di chirurgie ad alta specializzazione, quali ad esempio le cardiocirurgie e le neurochirurgie. Per ogni milione di abitanti ne abbiamo più dei maggiori Paesi Europei. Perché non chiudere i reparti che non raggiungono un determinato numero di interventi per anno? In qualche caso si possono accorpate con un'importante diminuzione delle spese generali grazie alle economie di scala. Si potrebbe aggiungere l'analogia necessità di evitare il moltiplicarsi infinito di strumenti diagnostici e terapeutici ad alto costo (PET, risonanza nucleare magnetica, acceleratori e così via). Ognuna di queste apparecchiature non grava sul bilancio per il suo costo iniziale ma soprattutto per le spese di personale e di gestione. Come per le sale operatorie, gli strumenti dia-

gnostici dovrebbero lavorare almeno su due turni per evitare le lunghe liste d'attesa dei pazienti.

La spending review deve essere fatta in modo intelligente, diminuendo ma anche aumentando le spese per ottenere maggiore efficienza che di per sé è fonte di risparmi.

Infine, si deve prendere atto che la struttura attuale del Servizio Sanitario Nazionale è probabilmente superata per la sua eccessiva separazione fra medicina ospedaliera e medicina territoriale. L'aumento della popolazione anziana con la conseguente cronicizzazione delle malattie richiede un nuovo polo ambulatoriale polidisciplinare che permetta di diminuire il carico ospedaliero e aumentare le possibilità di diagnosi e terapia extraospedaliera con particolare riferimento alla medicina domiciliare. In altre parole, medici di medicina generale e medici ospedalieri devono far convergere le loro prestazioni in una struttura intermedia, come ad esempio la "casa della salute" evocata nel decreto Balduzzi. Il Governo deve dare qualche segnale per mostrare che le tasse pagate dai cittadini per avere un servizio sanitario adeguato non vanno disperse in mille rivoli, ma servono a migliorare l'efficienza della sanità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA