

**SANITÀ**  
**PRESTAZIONI OSPEDALIERE**

Le tariffe proposte sembrano pensate a sussidio delle regioni meno efficienti e frenano l'innovazione - Meglio sperimentare forme di finanziamento privato

# Il paradosso della protesi all'anca

di **Alberto Mingardi**

**Q**uant'è giusto che costi una protesi dell'anca? La domanda non è triviale. Pagare gli ospedali "a prestazione" è, assieme, parte essenziale dei meccanismi di contenimento della spesa sanitaria e presupposto della libertà di scelta dei pazienti - dal momento che consente il pluralismo degli erogatori nel servizio sanitario nazionale e, quindi, la possibilità di usufruire di un'offerta più vasta.

È in ragione di questi motivi che la ridefinizione delle tariffe massime, da parte del ministero della Salute, non va considerata una mera *technicality* quanto un momento cruciale, per capire come sarà, quali prestazioni sarà in grado di offrire, il servizio sanitario nei prossimi anni.

Attualmente, il tariffario è oggetto di una consultazione presso gli attori rilevanti. Le nuove tariffe nazionali proposte sono frutto dell'operato di un gruppo di lavoro, in larga parte basato su rilevazioni di costo su un campione di ospedali. La campionatura è stata realizzata sulla base di principi di buon senso (dimensioni delle strutture, varietà delle patologie trattate, disponibilità dei dati ecc.) - eppure dà risultati curiosi. Su trenta ospedali presi in esame, otto sono emiliani, otto campani, e uno solo è lombardo. Questo è preoccupante a causa delle caratteristiche peculiari della sanità lombarda: innovativa, di qualità e reputata tale (grande polo d'attrazione per pazienti provenienti da altre regioni, oltre il 40% dei quali va a curarsi in ospedali privati) proprio perché costruita su un modello competitivo. Il fatto che circa un terzo delle prestazioni del servizio pubblico siano fornite da privati, in Lombardia, corrisponde a una maggiore capacità di mettere a disposizione del paziente l'innovazione medica.

Le nuove tariffe, viceversa, potrebbero avere effetti depressivi su tutta la filiera: non solo gli ospedali ma le tecnologie medicali nel loro complesso. Le prestazioni ospedaliere non sono, per-

lomeno da un punto di vista, diverse dai farmaci: stante la situazione di monopolio (molti venditori, un solo compratore) e l'assenza di un sistema dei prezzi effettivamente tale, un regime di prezzi amministrati ben temperato dovrebbe cercare di arginare le sue "controindicazioni". I calmieri disincentivano le scommesse: innovare ha un costo, e l'impossibilità di venire remunerato appieno, per averlo sopportato, porta a guardare altrove.

Le tariffe non sono prezzi di mercato. Proprio per questo, andrebbero fissate con cura, guardando all'appropriatezza e pensando all'innovazione. Scorrendo le nuove tariffe proposte dal ministero, a stupire è la forte penalizzazione dei trattamenti più innovati-

## MODELLO MILANO

**Il campione su cui sono state fatte le rilevazioni di costo prende in esame un solo ospedale lombardo, area altamente competitiva**

vi e complessi. Questo emerge confrontando le nuove tariffe proposte non solo con le precedenti ma con quelle in uso in Lombardia. L'impianto di un pacemaker dovrebbe costare secondo il ministero quasi cinquemila euro in meno rispetto alla tariffa adottata dalla Lombardia (-39,8%), ovvero -35% rispetto alla precedente tariffa ministeriale. Per l'impianto di un defibrillatore, a seconda della tipologia, si propone una tariffa inferiore fra il 15 e il 29 per cento. Cambiamo specialità: un intervento importante, articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori (la protesi dell'anca di cui sopra), dovrebbe costare il 24,27% in meno del precedente "prezzo" nazionale, cioè il 20,35% in meno di quanto venga attualmente rimborsato in Lombardia.

Vi sono anche esempi di segno contrario. La decompressione del tunnel carpale varrebbe oggi, in tutta Italia, il 203,78% di quanto vale in Lombardia

(2.388 euro contro 786: il ministero, nel 2005, pagava 1.503 euro). Il rimborso per malattie legate all'apparato digerente (esofagite, gastroenterite ecc.) costerebbe, per i pazienti sotto i 17 anni, il 70% più che in Lombardia. Ciò in assenza di innovazioni tecnologiche che paiano giustificare una tale impennata dei costi. Anzi, in generale, crescono i valori corrisposti per trattamenti di minore contenuto innovativo.

A pensar male, potrebbero sovvenire due riflessioni. La prima, è che le nuove tariffe rappresentano un sussidio implicito a quelle regioni d'Italia dove la sanità è meno efficiente. Alte tariffe per prestazioni semplici vanno *naturaliter* contro l'obiettivo di razionalizzazione della rete ospedaliera giustamente fatto proprio dal Libro bianco sul welfare. In un momento nel quale il ministro della Salute insiste con forza, e a ragione, sulla necessità di sanare il gap Nord-Sud nella prospettiva del federalismo fiscale, il nuovo tariffario potrebbe rivelarsi un ostacolo.

La seconda riflessione riguarda l'offerta dei servizi. Il contenimento della spesa in sanità è un'esigenza ineludibile, in un sistema pubblico, in presenza di una tendenza generale all'invecchiamento della popolazione e quindi alla crescita della domanda. Se l'obiettivo è contenere la spesa, disincentivare l'innovazione può servire allo scopo. Almeno in apparenza: cure meno appropriate possono essere meno costose nel breve ma non necessariamente nel lungo periodo. In tutta evidenza, questo è un ambito nel quale le priorità del sistema non sono sintonizzate su quelle dei pazienti. Meglio sarebbe cominciare a sperimentare forme di finanziamento privato, come auspicato dal Libro bianco, riducendo al limite con trasparenza le prestazioni offerte dal servizio sanitario. Nessun pasto è gratis, lo sappiamo bene. Anche per questo non si deve colpire l'innovazione alle spalle, penalizzando tutta la filiera e indebolendo l'offerta di qualità.

*L'autore è direttore generale dell'Istituto Bruno Leoni (www.brunoleoni.it)*

© RIPRODUZIONE RISERVATA