

quotidiano**sanità**.it

Martedì 14 OTTOBRE 2014

Classifica Bloomberg. Sistema italiano efficace ma con risultati ancora troppo disomogenei

Questi dati dovrebbero farci riflettere sull'opportunità di ulteriori tagli al già basso finanziamento del fondo sanitario. Esiste un preciso rapporto negativo tra regioni in piano di rientro e qualità delle cure. Il nostro Ssn confrontato con quello degli altri paesi OCSE riesce ad ottenere molto di più in termini di esiti clinici rispetto a quanto sarebbe lecito attendersi in base al livello di spesa effettivamente sostenuto

Sulla stampa, specialistica e non, in questi giorni è stata riportata la notizia di una [ottima performance dell'Italia relativamente all'efficienza nell'uso delle risorse in campo sanitario](#). Il nostro tanto bistrattato sistema sanitario pubblico risulterebbe al terzo posto, dopo Singapore ed Hong Kong, tra i 51 paesi più sviluppati economicamente. Ma è vera gloria?

A ben analizzare gli indicatori utilizzati, qualche dubbio in effetti dovrebbe essere sollevato. In pratica Bloomberg, il famoso gruppo di analisi economiche che ha svolto l'indagine, assume come indicatore di salute l'aspettativa di vita media delle popolazioni dei singoli paesi. L'Italia, com'è noto, con 82,9 anni si pone nella top five della graduatoria mondiale, insieme a Giappone, Svizzera, Islanda e Spagna. Gli altri indicatori utilizzati sono di carattere prettamente economico:

- 1) Costo del sistema sanitario in percentuale sul PIL (prodotto interno lordo)
- 2) Costo del sistema sanitario pro-capite
- 3) Variazione del costo della Sanità pro capite
- 4) Variazione del PIL pro-capite
- 5) Inflazione

Certamente l'aspettativa di vita rappresenta un indicatore aggregato dello stato di salute di una popolazione ma risulta non strettamente correlato alla qualità di un sistema sanitario, essendo influenzato da molti altri fattori: genetica, stili di vita, qualità dell'ambiente, qualità dell'alimentazione etc. Inoltre, l'Italia tradizionalmente presenta un costo pro-capite del sistema sanitario che si colloca al di sotto della media dei paesi OCSE (3209 vs 3484 US\$ corretti per il potere d'acquisto, dati riferiti al 2012). In una fase storica di recessione economica e quindi di riduzione del PIL e degli investimenti in sanità, gli elementi economici di calcolo della efficienza generale del sistema sanitario vengono ulteriormente "valorizzati" e, pertanto, la performance appare indubbiamente e fortemente dipendente da essi.

Ma dobbiamo continuare a lamentarci e a mantenere i nostri pregiudizi non solo sulla efficienza ma anche sulla efficacia del sistema sanitario italiano? Se allarghiamo lo sguardo forse qualche motivo di orgoglio incomincia a manifestarsi. L'analisi dei dati Ocse (Health at a Glance 2013) dimostra che l'Italia per quanto riguarda gli esiti di malattie a forte impatto sociale ottiene risultati apprezzabili. La mortalità a 30 giorni per infarto del miocardio è del 5,8% rispetto ad una media OCSE del 7,9% (10° posizione su 31 paesi). Anche la mortalità dopo uno stroke è relativamente bassa: 6,5% vs 8,5%. Peggio di noi fanno Germania, Svizzera, Inghilterra, Francia, Olanda e Spagna. Anche per quanto riguarda il miglioramento della cura dei tumori l'avanzamento è evidente, con una riduzione del 20% del tasso di mortalità confrontando i dati del 1990 con quelli del 2011. Ancora una volta rientriamo

nella top ten dei paesi con migliore performance. Se si sposta l'analisi su alcuni aspetti della sicurezza delle cure, si può rilevare come le complicanze tromboemboliche e settiche dopo interventi chirurgici siano particolarmente basse, collocandosi l'Italia sempre tra i 10 paesi migliori. Se, infine, rapportiamo aspettativa di vita e mortalità evitabile, i due più importanti indicatori aggregati, l'Italia si pone in terza posizione tra i paesi OCSE (Health Working Papers n° 55- 2011).

Bisognerebbe piuttosto stigmatizzare la non omogeneità di questi esiti sul piano nazionale. L'analisi dei dati del Piano Nazionale Esiti riferiti al 2012 mostra una grande variabilità di risultati tra le regioni. Se da un lato Toscana, Veneto, Trentino, Friuli, Emilia Romagna presentano una bassa percentuale di indicatori in area critica (dall'8 al 12% di quelli utilizzati), dall'altro Campania, Abruzzo, Molise, Lazio, Basilicata, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna presentano percentuali ben più alte (dal 19 al 24%). Esiste un preciso rapporto negativo tra regioni sottoposte a piano di rientro ed esigibilità dei LEA e qualità delle cure.

Questi dati dovrebbero farci riflettere sull'opportunità di ulteriori tagli al già basso finanziamento del fondo sanitario nazionale, essendo convinzione diffusa che gli sprechi e le inefficienze nel sistema siano ancora consistenti e facilmente recuperabili, anche in tempi brevi. In realtà il nostro sistema confrontato con quello degli altri paesi OCSE riesce ad ottenere molto di più in termini di esiti clinici rispetto a quanto sarebbe lecito attendersi in base al livello di spesa effettivamente sostenuto (Spandonaro). Indubbiamente gli sprechi vanno combattuti con tutte le nostre forze, soprattutto nel settore degli acquisti di beni e servizi, ma tutti i risparmi dovrebbero essere utilizzati in investimenti per incrementare la dotazione del personale, l'organizzazione, le tecnologie e la sicurezza delle cure, migliorando l'erogazione dei servizi in termini di qualità ed efficacia. Particolarmente in quelle zone d'Italia dove ancora troppe risorse vengono distratte per corruzione dalla loro naturale destinazione: la difesa del diritto alla salute, l'unico che la Carta Costituzionale definisce fondamentale.

Carlo Palermo

Vice segretario nazionale vicario Anaa Assomed