

quotidianosanita.it

Giovedì 15 GIUGNO 2017

Fake news in sanità

Nessuno nega che corruzione e difficoltà di accesso alle cure esistano. Ma dai dati Censi/Rbm a quelli di Gimbe traspare un'immagine della nostra sanità che non corrisponde alla realtà. Una realtà che forse racconta meglio Lancet, che ci classifica al dodicesimo posto, su 195 paesi, nella qualità della cura di 32 malattie. Meglio della Germania e allo stesso livello della Francia, che mediamente spendono il 30% in più

[Fassari ha ragione](#). Troppe fake news in giro.

Poi, come si fa a fidarsi ciecamente della ricerca Censis-Rbm? RBM rappresenta un fondo sanitario integrativo e francamente mi sembra in leggero conflitto di interesse. Ha certamente una sua convenienza nel dilatare i numeri, confondendo i diversi gradi di rinuncia. Siamo sicuri che si tratti di una rinuncia completa? Se in Italia sono 12 milioni le persone che rinunciano alle cure, in Toscana dovrebbero essere almeno 700.000. Ma quanto mai!!

I dati di Gimbe sono una pedissequa traslazione all'Italia di lavori sviluppati negli Stati Uniti (Berwick, Jama 2012). Ma avete idea di quanto spendono negli Stati Uniti per la sanità? Siamo a circa 9500 € pro-capite all'anno (Ocse 2016). La popolazione è di circa 325 milioni. Provate voi a fare il calcolo del totale sborsato ogni anno e poi confrontatelo con i miserrimi 145 miliardi di € che versiamo in Italia tra componente pubblica e privata della spesa.

Per rispettare la proporzione dovremmo spendere 570 miliardi di €! Il sistema sanitario USA è privato per il 50%, i processi di cura accessibili solo ad una parte della popolazione, con costi elevati a causa dell'intermediazione finanziaria. La spesa è pompata verso l'alto dalle innovazioni tecnologiche e farmacologiche, spesso futili, dai costi delle polizze assicurative sanitarie che scontano anche quelli amministrativi e da quelle per la tutela assicurativa e legale dei medici, soggetti a richieste esose di risarcimento.

E' quanto meno problematico trasferire una proiezione effettuata in un tale contesto organizzativo sulla realtà italiana che presenta caratteristiche del tutto diverse, con una spesa pubblica che copre il 76% del fabbisogno economico e che non supera i 114 miliardi di €, con un accesso universale alle cure e processi di integrazione tra ospedali e tra questi e il territorio ben avviati, almeno nelle regioni più avanzate, che permettono una presa in carico dei problemi di salute dei pazienti.

Nessuno nega l'esistenza di inapproprietezze, di frodi, di abusi, ma ancora una volta riesce difficile valutarli in 25 miliardi di € ogni anno anche perché i processi di "efficientamento" del sistema sono stati feroci dal 2009 ad oggi.

Circa 40.000 operatori sanitari sono usciti dal sistema, di cui 9000 sono medici, le Unità operative complesse sono state ridotte del 25%, il tasso di posti letto per mille abitanti è tra i più bassi d'Europa e rappresenta la causa principale dell'indecoso affollamento del Pronto Soccorso che affligge nei periodi di picco epidemiologico sia gli ospedali del centro-sud che quelli del nord.

Se invece volete confrontarvi con i nostri vicini, i tedeschi, che sui bilanci sono molto attenti e non mi sembrano culturalmente avvezzi agli sprechi, spendono 300 miliardi di € e hanno un tasso di posti letto intorno all'otto per mille, mentre i nostri cugini transalpini sono a circa 230 miliardi di spesa complessiva e un tasso di posti letto del

5,2 per mille abitanti.

Per non dire degli stipendi degli operatori sanitari: mediamente il doppio di quelli italiani. Chissà che mole di sprechi si annida nelle loro organizzazioni sanitarie.

Eppure la qualità delle cure e gli esiti continuano a mantenersi ad un buon livello in Italia. La rivista *Lancet* in un recente articolo ci classifica al dodicesimo posto, su 195 paesi, nella qualità della cura di 32 malattie. Meglio della Germania e allo stesso livello della Francia, che mediamente spendono il 30% in più.

Semmai il problema in Italia sono i circa 35 miliardi di spesa *out of pocket*, di cui 4,5 gestiti con fondi integrativi o assicurazioni. Forse è questa componente che si trascina un grado di inappropriata spesa elevato nell'utilizzo delle risorse.

Infine sulla medicina difensiva e i suoi costi. La vicenda, come ha ricordato Fassari, nasce da una *survey* lanciata dall'Ordine dei Medici di Roma alcuni anni fa. Risposero in circa 2700 iscritti affermando che qualche volta un comportamento opportunistico era stato messo in campo. Dai dati furono derivate le cifre con moltiplicazioni e somme, arrivando fino a 13 miliardi di €, addirittura più dell'intera spesa farmaceutica territoriale. Dimenticando una regola aurea delle indagini su campioni non selezionati di popolazione: le *survey* servono a generare ipotesi e non risposte definitive.

Ma almeno in questo caso i dati sono serviti a porre il problema del contenzioso medico/paziente, mentre la ricerca del Censis/Rbm spinge verso un universalismo selettivo attraverso il rafforzamento della seconda gamba di sostegno del sistema sanitario e quella di Gimbe, anche se inconsapevolmente, finisce per giustificare i tagli al nostro fondo sanitario nazionale.

Qualcuno ha affermato che un sistema sanitario è sostenibile per quanto noi vogliamo lo sia. In un paese dove l'evasione fiscale ha raggiunto i 120 miliardi di € e la corruzione nella pubblica amministrazione brucia 60 miliardi ogni anno, forse è meglio lottare per la sua integrale sostenibilità senza se e senza ma.

Carlo Palermo

Vice Segretario Nazionale Vicario Anaa Assomed