

Sanità

Anno XIX - n. 5
Poste Italiane Sped. in A.P.
D.L. 353/2003 conv. L. 46/2004,
art. 1, c. 1, DCB Roma

Settimanale
9-15 febbraio 2016
www.24oresanita.com

Troppi ritardi: arriva il commissario unico che dovrà garantire la dismissione degli ex manicomi giudiziari

Opg, l'ora del commissariamento

Regioni inadempianti nel mirino - Riparto 2016, accordo da record tra i governatori

Troppi ritardi sulla riforma degli ospedali psichiatrici giudiziari, chiusi (in teoria) un anno fa, il Governo decide di nominare un Commissario sulla testa di 5 o 6 delle 8 Regioni inadempienti, che sono Veneto, Piemonte, Toscana, Abruzzo, Lazio, Campania, Calabria e Puglia. Ancora 164 detenuti sono internati in 5 Opg che dovrebbero essere stati dismessi e riconvertiti. La nomina arriverà in uno dei prossimi CdM, intanto il tavolo sul monitoraggio al ministero della Salute ha già calendarizzato incontri tecnici nei prossimi giorni per trovare la quadra e agevolare una nomina che soddisfi le aspettative di tutti (o almeno del Governo). E, mentre tutto scorre, le Regioni trovano in tempi record l'accordo con il Governo sul riparto delle risorse: la coperta è di 108,4 mld netti (più risorse vincolate). Ora la parola passa al Parlamento. Restano le solite polemiche sui criteri di riparto con il Sud che chiede regole più attuali e le note dolenti sulla mobilità regionale. Troppe valigie della speranza, col record di 300 mln della sola Calabria.

VAZZA A PAG. 5

Troppo dolore al triage per i bambini

Quando un bimbo arriva in Pronto soccorso solo in un caso su 4 si procede alla misurazione del dolore e poco meno della metà dei piccoli pazienti riceve un trattamento antidolorifico. Il punto del Gruppo Piper (Pain in pediatric emergency room).

BENINI A PAG. 8



ANALISI ANAAO

Quei tagli che fanno morire

L'Istat dice che la mortalità esplode (+11,3%); ecco perché

Analisi Anaaio del fenomeno dopo i dati Istat che indicano una crescita della mortalità nel 2015 dell'11,3% (68mila persone). Incidono negativamente i tagli agli investimenti che accrescono le iniquità e impoveriscono le strutture.

A PAG. 12-13

Rebus comparti

La nuova mappa dei comparti presentata dall'Aran ai sindacati. Area autonoma per la dirigenza medica e sanitaria.

MAGNANO A PAG. 14

CERGAS BOCCONI

La rivoluzione delle cure

Focus cronicità tra Pdta e Population health management

Focus del rapporto Oasi 2015 sulle esperienze di Population health management (Phm), evoluzione naturale dei Pdta, avviate in particolare sulla cronicità in Lombardia, Toscana, Emilia Romagna e Veneto. Elementi distintivi sono lo sviluppo di approcci epidemiologici che utilizzano i database amministrativi, la segmentazione del-

la popolazione per classi di bisogno o condizioni di rischio, la progettazione di modelli di presa in carico specifici per condizione di salute o patologia e i sistemi di valutazione degli outcome sono gli elementi che contraddistinguono il Population health management.

TOZZI E MORANDO A PAG. 2-3

IL RAPPORTO 2015

Biomedicale conti alla mano

Spesa a 5,7 mld: l'impatto di payback e centrali d'acquisto

Nel 2014 i costi sostenuti per l'acquisto dei dispositivi medici da parte del Ssn sono stati pari a circa 5,7 miliardi oltre il 36% del complesso sistema dei beni e servizi sanitari. L'impatto di payback e centrali d'acquisto per risparmiare risorse.

CALABRESE A PAG. 10

Rimborsi più veloci

Icrediti vantati dalle industrie, in sei mesi, secondo i dati di dicembre, sono scesi del 30% per i farmaci e del 10% per i dispositivi medici.

LE GAZZETTE REGIONALI



NELL'INSERTO

Il Sud del Sud

C'è sempre un Sud del Sud. Ci sono sempre gli ultimi degli ultimi. C'è sempre chi soffre più di chi soffre. C'è sempre qualcosa che non va, che non basta, che viene negato, che si dimentica, che si perde di mano, che sbaglia gravemente e ancora più gravemente a lasciare nel retrobottega della mente. Ma che dire dei disabili soli, senza familiari che li accudiscano, senza un minimo di certezze intorno, che dire appunto? Anziani, vecchi, giovani o di qualsiasi età. Soli, senza sponde. E se non bastasse, in questa nostra sanità in cui il mitico territorio è un vuoto pneumatico che nessuno sa-vuole riem-

pire come occorre, senza quell'assistenza indispensabile in circostanze umane e sanitarie così drammatiche. La chiamiamo adesso la "legge del dopo di noi", quella appena approvata e ora in marcia verso il Senato. Un segnale, un motto di civiltà. Ma certo non abbastanza, disponga o meno il welfare in disarmo di risorse sufficienti. Novanta milioni, una goccia. Quel che serve, è ben di più. Ma ben venga. Purché sia solo l'inizio. Pensando magari di più a chi, tra quegli ultimi, è ancora più a Sud. I più poveri. (r.tu.)

A PAG. 4

GUIDA ALLA LETTURA	
■ Primo piano	a pag. 2-3
■ In Parlamento	4
■ Dal Governo	5
■ Dibattiti	6
■ Inserto	I - VIII
■ Aziende/Territorio	8 - 10
■ Mercati&News	10
■ Speciale	12 - 13
■ Lavoro/Professione	14 - 15
■ La Giurisprudenza	15

A PAG. 6

Internet

La ricerca (e i giudizi) sulla rete: come cambia la mappa degli studi dentistici

A PAG. 9

Lazio

Via a Forward: pubblico e privato insieme per condividere i saperi della sanità

A PAG. 15

Giurisprudenza

Studiare in romeno è possibile: stop al Miur e via libera ai corsi in Sicilia

Il Sole 24 ORE Sanità è anche una APP
Scaricala gratuitamente





ANAAO/ Analisi del fenomeno dopo i dati Istat: 68mila decessi nel 2015 (+11,3%)

«I tagli fattore di più mortalità»

Incidentano le iniquità, meno p.l., i carichi di lavoro. E l'impoverimento

Il setting all'interno del quale già da alcuni anni è stata approfondita la relazione tra uso delle risorse, in termini di personale medico e paramedico, carichi di lavoro e mortalità è indubbiamente la terapia intensiva (Uti). Recentemente uno studio longitudinale multicentrico, che ha coinvolto 5718 soggetti d'ambito sessi in 8 Uti francesi (1), ha dimostrato che, sotto la soglia di 2 infermieri ogni 5 pazienti e di un medico ogni 14 pazienti, si assiste a un aumento significativo del rischio di mortalità. Inoltre il medesimo studio ha dimostrato che in caso di aumento dei carichi di lavoro, con aumento del turnover dei letti o in caso di aumento delle manovre salvavita da parte del team di guardia, il rischio di mortalità, dopo aggiustamento per variabili confondenti, aumenta di 5,6 e 5,9 volte rispettivamente.

Analogamente Dara e Afessa hanno valutato 2492 soggetti in setting Uti con rapporto medico paziente di 1:7,5, 1:9,5, 1:12,5 e 1:15 rilevando dopo, aggiustamento per variabili demografiche e indice di gravità valutato con Apache III score, un aumento della lunghezza del ricovero nel caso di rapporti più sfavorevoli, ma non aumento significativo della mortalità intraospedaliera (2).

Uno studio inglese in terapia intensiva ha dimostrato che pazienti trattati e gestiti nel momento in cui l'intensità del lavoro in reparto era maggiore, avevano un rischio di decesso raddoppiato rispetto a quelli ricoverati in periodi di maggiore tranquillità (3). Tre misure del carico di lavoro erano risultate correlate col rischio di mortalità: tasso di occupazione, il fabbisogno medio di personale infermieristico per letto per ogni turno lavorativo (definito dalla Uti Intensive care society) e il rapporto tra letti occupati e personale medico e paramedico necessario.

Unruh e Fottler (4) hanno sottolineato come il turnover, definito come numero di ricoveri, trasferimenti e dimissioni, aumenta la necessità di personale medico e infermie-

I dati del bilancio demografico 2015 dell'Istat stimano un incremento del tasso di mortalità dell'11,3% rispetto al 2014, pari a un aumento di 68mila decessi in un anno. Questi dati non permettono al momento un'analisi dettagliata per età e per cause di morte, ma qualora venissero confermati impongono sicuramente più di una riflessione. A cosa può essere imputato questo aumento della mortalità? Questi dati sembrano in linea con quanto riportato nel rapporto Eurostat 2015 nel quale, sebbene per

numerosi indicatori di salute e qualità di assistenza sanitaria l'Italia si pone al di sopra della media Oece, rimane tuttavia arretrata rispetto agli standard di assistenza al paziente anziano e nella medicina preventiva.

Partendo dal presupposto che sia aumentato il numero di morti per patologie, l'analisi della letteratura ci rivela come più elementi possono concorrere all'incremento della mortalità sia in cura che extra-ospedaliera.

Innanzitutto è d'obbligo una premessa: l'utilizzo del tasso di

mortalità per determinati interventi e malattie come indicatore di qualità delle cure del sistema sanitario o come benchmark hospital performance, deve essere valutato con estrema cautela e aggiustato per case-mix. L'invecchiamento della popolazione unito a fattori climatici sfavorevoli e all'inquinamento ambientale (l'Italia ha il primato di morti per inquinamento in Europa: 84.000 decessi nel 2013) sono sicuramente alcuni tra i fattori determinanti, ma il potenziale ruolo legato all'iniquità nell'accesso alle

cure sanitarie e all'inefficienza del sistema sanitario, sottoposto da anni a tagli lineari, non possono non essere considerate. Gli eventi avversi, anche mortali, legati al progressivo aumento dei carichi di lavoro, il taglio di posti letto con conseguente creazione di ricoveri "in appoggio", le infezioni nosocomiali, la riduzione della copertura vaccinale, il peggioramento dello status sociale legato alla crisi economica, potrebbero essere infatti tra i determinanti di questo progressivo incremento.

ristico e incide negativamente sugli outcome del paziente. Needman et al (5) in una ampia popolazione di 200.000 soggetti ricoverati in 43 Uti rilevarono che il rischio di mortalità aumentava del 2% per ogni turno di lavoro con personale infermieristico sotto il livello minimo richiesto e del 4% per ogni turno a turnover elevato al quale il paziente era stato sottoposto durante il ricovero.

La relazione tra mortalità materna e infantile e carichi di lavoro è stata indagata in uno studio giapponese (6) che ha evidenziato come la causa più comune di morte della madre prima e dopo il parto siano le emorragie e come questa sia legata alla quantità di lavoro e al ridotto numero di medici specialisti in ostetricia presenti, in particolare nelle strutture periferiche.

Per quanto concerne la realtà dei reparti per acuti, Elliott et al (7) ha dimostrato che il tasso di occupazione e i carichi di lavoro del singolo medico hanno un'importanza rispetto alla durata del ricovero dei pazienti con gravi costi per il sistema sanitario nazionale. Infatti nelle realtà ospedaliere con un tasso di occupazione dei letti maggiore dell'85% e lavoro elevato si è assistito a un aumento dei tempi di degenza con conseguente aumento dei costi.

Un recente studio di Michtalik et al ha valutato il punto di vista degli operatori intervistando online 890 medici ospedalieri americani, invitati a fornire una autovalu-

tazione dell'organizzazione delle loro Unità operative. In particolare, l'impatto dei carichi di lavoro sulla qualità delle cure è stato valutato (secondo una scala da 1 a 5) in termini di mortalità, complicanze e morbidità, ritardi nel ricovero o nella dimissione, errori terapeutici (non correlati a scarse conoscenze o inesperienza), attivazione di procedure diagnostiche non necessarie, elevato tasso di riospedalizzazione a 30 giorni, scarsa soddisfazione dei pazienti.

Il 40% dei medici che ha risposto alla survey, ha confermato che almeno una volta al mese il loro carico lavorativo aveva superato livelli di sicurezza per i pazienti in cura (per il 36% degli intervistati anche più di una volta alla settimana), inducendo eventi avversi tra cui venivano riportati la necessità di un trasferimento del paziente a più alta intensità di cura, complicanze o morte (8).

Anche in setting chirurgico sono state riscontrate evidenze simili. Infatti uno studio inglese su pazienti post-chirurgici andati incontro a complicanze trattabili (9) ha rilevato che il rischio di morte da complicanza in tali pazienti era inversamente correlato al numero di infermieri e medici per paziente.

Da questa disamina della letteratura internazionale risulta evidente come sia in reparti per acuti e che di terapia intensiva il carico di lavoro possa aumentare in modo rapido e imprevedibile ed abbia delle indiscusse conseguenze sui maggiori outcome del paziente, quali tempi di degenza, complicanze e mortalità. L'attuale dotazione d'organico per ogni specialità dovrebbe rispecchiare gli standard

ospedalieri promulgati dal decreto legge Donat Cattin 109/1988, nella realtà mai applicato. Infatti la Survey Anaao pubblicata lo scorso anno conferma che il 46% dei medici italiani segue fino a 22 letti.

È di fondamentale importanza che chi ha la responsabilità di dirigere e amministrare gli ospedali valuti periodicamente i carichi lavorativi, individuando gli standard di sicurezza. La riduzione dei costi della sanità deve essere realizzata in modo oculato evitando tagli lineari, nella logica puramente economicistica di abbattere i costi sacrificando il personale. Bisogna essere coscienti che superata una certa soglia, questo tipo di atteggiamento può determinare un eccessivo abbassamento della qualità delle cure e generare un aumento paradossale dei costi sanitari, legato agli outcome negativi, oltre a un aumento esponenziale dei rischi potenzialmente letali cui i pazienti vengono esposti.

Rischio clinico e mortalità

La sicurezza dei pazienti è uno dei punti critici e pertanto uno degli obiettivi prioritari per tutti i sistemi sanitari e deve rappresentare uno degli elementi centrali per la promozione e la realizzazione delle politiche di governo clinico.

Problematica connessa al rischio clinico e quindi intimamente correlata all'aumentata mortalità intraospedaliera è la problematica degli "appoggi". Frequentemente pazienti con determinate patologie non vengono allocati nel reparto idoneo per mancanza di posti letto nel

setting di cura a loro adeguato. Numerosi sono per esempio i dimessi dalle chirurgie con drg medico, indicatore di appropriatezza organizzativa, che non dovrebbe superare il 20%, ma che in Italia raggiunge la media del 30,9%, con punte nella regione Calabria del 43,3% (rapporto Sdo 2012) mentre la media del sistema sanitario pubblico inglese è del 7,5% (10).

Seppur con peso differente, il problema è comune nei paesi con servizi pubblici sanitari e, come dimostrato da 2 studi osservazionali italiani, uno all'Ospedale di Fidenza nel 2011 e uno all'ospedale di Oderzo nel 2012, presente costantemente durante tutto l'anno, con punte nei mesi invernali che superano notevolmente l'obiettivo ministeriale del 20 per cento.

Entrambi gli studi dimostrano che i pazienti "appoggiati" sono per lo più anziani (media di 81 anni a Fidenza), pluripatologici e vengono ricoverati maggiormente nelle ore pomeridiane e notturne. Le criticità legate a questi ricoveri in setting inappropriati sono conseguenti alla presenza di personale infermieristico formato per problemi clinici differenti, alla mancanza di continuità e assiduità della presenza medica in reparto, alla difficoltà nel reperimento di farmaci non di uso corrente nel reparto "appoggiante" e ai problemi logistici di comunicazione del medico con il personale infermieristico e con i parenti. Nel 2009 l'European Journal of Internal

Medicine pubblicava uno studio su 243 pazienti con scompenso cardiaco ricoverati in reparti differenti dalla medicina/terapia intensiva: la degenza media degli "appoggi" risultava più lunga di 2,6 giorni, mentre i dati sulla mortalità non erano conclusivi (11). Molto probabilmente ulteriori studi che valutino la correlazione tra esiti di salute e allocazione in setting inappropriato, dimostrerebbero anche un incremento della mortalità nel gruppo dei pazienti "appoggiati".

Che un aumento del rischio di mortalità intraospedaliera possa essere determinato dal sovraffollamento dei Ps fa parte del sentire comune. Ma abbiamo conferma di questo fenomeno anche da lavori delle letterature internazionali. Infatti uno studio o

I pazienti «appoggiati» sono per lo più over 80

retrospettivo pubblicato su Annals of Emergency Medicine (12) dimostra che i pazienti che accedono al Ps durante i giorni di maggiore affluenza incorrono in un aumento della mortalità del 5 per cento. Un altro studio di coorte retrospettivo pubblicato su Academic emergency (13) ha evidenziato come i pazienti in attesa di ricovero che stazionano in Dea per meno di 2 ore hanno un tasso di mortalità del 2,5%, che aumenta a 4,5% se le ore di attesa sono di 12 o più e una durata di ricovero a parità di gravità clinica che passa da 5,6 giorni a 8,7 giorni.

Su Emergency Care Journal nel 2010 si dimostra inoltre che il sovraffollamento

BIBLIOGRAFIA

1. Neuraz A, Guérin C, Payet C, et al. Patient mortality is associated with staff resources and workload in the ICU: a multicenter observational study. Crit Care Med. 2015;43:1587-1594.

2. Dara SI, Afessa B: Intensivist-to-bed ratio: association with outcomes in the medical ICU. Chest 2005, 128:567-572

3. William tarrow-mordi C Hau A Warden Hospital mortality in relation to staff workload: A 4-year study in an adult intensive-care unit The Lancet (Impact Factor: 45.22). 08/2000; 356(9225):185-9

4. Lynn Y. Unruh et Myron D. Fottler Patient Turnover and Nursing Staff Adequacy. Volume 41, Issue 2, pages 599-612, April 2006

5. Jack Needleman, Ph.D., Peter Buerhaus, Ph.D., R.N., V. Shane Pankratz, Ph.D., Cynthia L. Leibson, Ph.D., Susanna R. Stevens, M.S., and Marcelline Harris, Ph.D., R.N. Nurse Staffing and Inpatient Hospital Mortality N Engl J Med 2011; 364:1037-1045

6. Ken Nagaya, MD; Michael D. Fetter, MD, MPH, MA; Causes of Maternal Mortality in Japan Jama.

2000;283(20):2661-2667

7. Effect of Hospitalist Workload on the Quality and Efficiency of Care Daniel J. Elliott, MD, MSCE, Robert S. Young, MD, MS; Joanne Brice, MD; et al. Jama Intern Med. 2014;174(5):786-793. doi:10.1001/jamainternmed.2014.300.

8. Impact of Attending Physician Workload on Patient Care: A Survey of Hospitalists. Henry J. Michtalik, MD,

MPH, MHS; Hsin-Chieh Yeh, PhD; Peter J. Pronovost, MD, PhD; Daniel J. Brotman, MD. Jama Intern Med. 2013;173(5):375-377.

9. Peter Griffiths Simon Jones Alex Bottle Is "failure to rescue" derived from administrative data in England a nurse sensitive patient safety indicator for surgical care? Observational study International Journal of Nursing Studies 2005



del Ps causa ritardo nei trattamenti, ritardo nei trasferimenti, aumento degli eventi sentinella e del contenzioso medico-legale (14).

Infezioni nosocomiali e mortalità

La maggior parte degli eventi avversi presenti in sanità sono correlati a pratiche chirurgiche e a infezioni nosocomiali.

Con il termine "infezioni nosocomiali" si definiscono quello spettro di infezioni che si manifestano 48 ore dopo l'ingresso in ospedale e pertanto acquisite durante la degenza ospedaliera. In questi ultimi anni tra le infezioni nosocomiali sono particolarmente allarmanti le infezioni da germi multi-resistenti. La mortalità associata a queste infezioni è stimata intorno al 5-15 per cento. Negli Stati Uniti le infezioni ospedaliere da germi multi-resistenti causano dai 20.000 ai 60.000 decessi annui, in Europa muoiono circa 25.000 pazienti l'anno mentre in Italia sono stimati 5.000-7.000 decessi all'anno con un costo superiore a 100 milioni di euro. Le infezioni ospedaliere sono, almeno in parte, prevenibili e l'adozione di pratiche assistenziali sicure comporta la riduzione del 35% almeno della frequenza di queste complicanze. Da qui la necessità di adottare pratiche assistenziali in grado di prevenire o controllare la trasmissione di infezioni sia in ospedale che in tutte le strutture sanitarie non ospedaliere. Una elevata frequenza di infezioni nosocomiali è quindi indice di scarsa qualità del servizio sanitario erogato oltre ad essere responsabile di costi sanitari evitabili.

Ma ospedali sovraffollati con un elevato indice di turnover e con personale sanitario insufficiente sono davvero in grado di attuare tutte quelle misure efficaci nel ridurre al minimo il rischio di trasmissione tra i degenzi?

Disequità in salute in Italia

Altro elemento da esaminare tra le cause di mortalità è senza dubbio la relazione tra salute, aspettativa di vita ed equità nell'accesso alle cure. È assodato da tempo, e validato da numerosi studi epidemiologici nazionali ed internazionali, che il tasso di mortalità e morbidità aumenta con il progressivo discendere lungo la scala sociale. La percezione comune è in realtà che l'offerta del nostro Ssn sia distribuita in modo universalistico, senza disuguaglianze nel diritto all'accesso alle cure essenziali e che i determinanti sociali della salute (reddito, scolarità ecc.) influiscano maggiormente sugli stili di vita (abitudine al fumo, all'alcol, obesità ecc.), sulla prevenzione e sull'aderenza alle terapie e non sulle cure ospedaliere, gratuite e accessibili a tutti.

Diversi studi italiani hanno però contraddetto questa opinione: nel 2010 Agabiti et al (15, 16) ha evidenziato come la bassa posizione socioeconomica sia correlata ad un aumento di mortalità a 30 giorni dall'intervento di frattura di femore e a una minor probabilità di essere sottoposti all'intervento tempestivamente, entro 48 ore, oltre che ad un aumentato rischio di morte dopo un intervento di bypass aorto-coronarico in particolare per i soggetti assistiti presso ospedali pubblici

di piccole dimensioni. Sono necessari ulteriori sforzi per identificare i fattori organizzativi e strutturali che peggiorano la prognosi intra-ospedaliera dei pazienti con maggior svantaggio sociale ma sicuramente la popolazione più povera è a maggior rischio di ammalarsi o di avere esiti intra-ospedalieri negativi perché si cura meno. In Italia infatti la spesa sanitaria "out of pocket" annua pro capite è di 444 euro ma quella dei poveri è di soli 69 euro; se ogni individuo povero spende 52 euro in medicinali (-2,1% rispetto all'anno precedente), in media gli italiani ne spendono 206,20 (+2,7% rispetto

anno precedente). Stanzialmente il 4% degli italiani rinuncia ad acquistare medicinali per il progressivo aumento del ticket o perché i farmaci non mutuabili sono troppo cari (17) e il 7,1% rinuncia alle cure (per costi elevati, lunghe liste d'attesa o ospedale distante), percentuale che però aumenta a 14,6% se si considera il 20% meno abbiente. In Italia aumenta la longevità, ma si sono ridotti gli anni vissuti in buona salute: da 2005 al 2013 meno 5,8 anni. È ovviamente a farne maggiormente le spese sono le fasce più disagiate della popolazione (18).

In ultimo, e non per questo meno importante, tra le cause di aumentata mortalità potremmo inserire anche la campagna di disinformazione presente su alcuni organi di stampa e sui social network che è in grado di provocare

L'Italia ha già oggi il tasso di posti letto più basso dell'Oecd

dutà libera), all'elevazione dei livelli di co-payment (tickets sui farmaci, sulle prestazioni diagnostiche e sui ricoveri) e all'incremento netto di pazienti non assicurati per l'improvvisamento di ampie fasce di popolazione.

La Grecia può prefigurare il nostro prossimo futuro? Noi pensiamo di no, in considerazione della diversa struttura economica e sociale. È comunque una dinamica che non ci può lasciare indifferenti perché il nostro centro-sud sta sperimentando da alcuni anni sulla propria pelle, con le politiche dei piani di rientro, l'effetto di questo tipo di tagli. Da Roma in giù, con l'eccezione della Basilicata, le amministrazioni re-

inutili allarmismi, che ha portato per esempio ad una riduzione nel 2014-2015 della copertura vaccinale anti-influenzale di circa il 20% e a un aumento del numero dei casi di infezioni con relative complicanze specie nei pazienti anziani pluripatologici fragili, fattore che indubbiamente ha condizionato l'aumento di mortalità registrato lo scorso anno.

Conclusioni

In una serie di articoli pubblicati nel 2014 su Lancet (19), ricercatori di sociologia ed epidemiologia delle Università di Oxford, Cambridge, Londra e Atene hanno reso noti gli effetti del taglio delle risorse, dovuto alla crisi economica, sullo stato di salute della popolazione della Grecia. I risultati sono drammatici. La mortalità generale annuale è aumentata nettamente dal periodo pre-crisi (2008) al 2012, raggiungendo il numero di 116.670 decessi, il più alto dal 1949. A morire sono stati soprattutto gli anziani, con un incremento del 12,4% nella fascia di età 80-84 anni e del 24,3% negli over 85. Secondo gli studiosi la ragione è da ricercare nelle difficoltà di accesso alle cure

per i malati cronici, legata alle drastiche misure restrittive assunte nelle politiche sanitarie (spesa sanitaria, portata al di sotto del 6% di un Pil in caduta libera), all'elevazione dei livelli di co-payment (tickets sui farmaci, sulle prestazioni diagnostiche e sui ricoveri) e all'incremento netto di pazienti non assicurati per l'improvvisamento di ampie fasce di popolazione.

Ma quando alla caduta importante delle capacità economiche dei cittadini si affianca un attacco al sistema di welfare e al sistema sanitario in particolare, lo scenario che si apre rischia di avvitarsi verso il dramma perché viene a mancare quel ruolo di collante e di "ammortizzatore" sociale che da sempre svolge il Ssn. I tagli economici subiti finora dal sistema nel periodo 2010-2013 ammontano a circa 31 miliardi di euro, come certificato dalla Corte dei conti. I tagli sono proseguiti nel triennio 2014/2016 e altri si preannunciano per il biennio 2017-2018. In rapporto ad altri Paesi europei, abbiamo tagliato molto di più, più dell'Inghilterra 20 miliardi di sterline entro il 2016, più della Grecia 25 miliardi di euro entro il 2015, più di Irlanda, Francia, Portogallo. Il livello di co-payment è aumentato. La progressiva riduzione dei posti letto ospedalieri verso l'obiettivo del 3,7 per mille abitanti ha portato al taglio di circa 25.000 posti letto nel periodo 2009-2015. Anche la falciatura delle dotazioni organiche di medici e infermieri, certificata dal Conto annuale dello Stato 2014, potrebbe trasformarsi in una ulteriore barriera di accesso fisico alle cure, che si sommerebbe alle barriere economiche già analizzate. L'Italia già oggi ha un tasso di posti letto più basso della media Oecd (4 contro 4,8 per mille) e molto lontano da quello dei paesi con cui oramai non possiamo più confrontarci: Germania 8,3%, Francia 6,3%, Svizzera 4,7%, Austria 7,7%. La coartazione drammatica del perimetro dei diritti in campo

sanitario e l'incremento del disagio sociale potrebbero rappresentare un mix preoccupante, anche per la tenuta democratica del nostro Paese. I tagli dovuti all'austerità hanno, in sostanza, messo il sistema sanitario sotto pressione, aumentando le disuguaglianze e minacciandone la sostenibilità futura in mancanza di investimenti nella tutela della salute e nella prevenzione delle malattie che garantiscano l'accesso universale di alta qualità ai servizi sanitari.

È essenzialmente per questi motivi che oramai da tempo andiamo sostenendo che la spending review in campo sanitario non può essere utilizzata per coprire il deficit di bilancio e che il sistema non appare in grado di sopportare ulteriori restrizioni. Ma è altrettanto chiaro che la sostenibilità del Ssn non può essere conseguita - e soprattutto mantenuta nel tempo - se continuano a sopravvivere sacche di inefficienze organizzative e gestionali, vicinanza improprie tra gestione del consenso politico e gestione del merito e della qualità professionale, allarmanti fenomeni corruttori, esasperazioni "consumistiche" della domanda di Salute.

Ed è proprio in questo contesto che occorre procedere a una virtuosa spending review "non lineare" sulle risorse e sull'etica del sistema, che svuoti sacche di inappropriato e inefficienze, fermi restando che le risorse così recuperate rimangano all'interno del sistema stesso, e siano destinate a finanziare processi di innovazione tecnologica, strutturale, organizzativa e professionale per mantenere i buoni outcome clinici che ancora le strutture ospedaliere riescono a garantire, come dimostrano i dati Oecd 2015, riducendo le disparità tra nord e sud e le barriere che ostacolano l'accesso ai servizi che rappresentano i veri elementi di iniquità del sistema.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

pagina a cura di
Andrea Rossi (responsabile Anao giovani Veneto)
Chiara Rivetti (segreteria Anao Assomed Piemonte)
Domenico Montemurro (resp. naz.le Anao giovani)
Costantino Troise (segretario naz.le Anao Assomed)
Carlo Palermo (vice seg. naz. vicario Anao Assomed)
Paola Gnerre (direttivo nazionale Anao giovani)

10. Audit Commission. Bed management Review of national findings. Audit Commission, NHS 2003
11. Clinical outcomes in medical outpatients admitted to hospital with heart failure. Carmen Suárez, César Alameda. European Journal of Internal Medicine 2009
12. Benjamin C. Sun, MD, MPP Renee Y. Hsia, MD Robert E. Weiss, PhD,

David Zingmond, MD, Li-Jung Liang, PhD, Weijuan Han, MS, Heather McCreath, PhD, Steven M. Asch, MD Effect of Emergency Department Crowding on Outcomes of Admitted Patients Annals of Emergency Medicine, June 2013, volume 61.
13. Singer AJ, Thode HC Jr, Viccellio P, Pines JM. The association between length of emergency department bo-

arding and mortality. Acad Emerg Med. 2011 Dec;
14. G. Rastelli et al. Sovraffollamento in Pronto Soccorso. Analisi del fenomeno e proposte di gestione. Emerg Care J; 2010
15. Colais P, Agabiti N, Fusco D, Pinnarelli L, Sorge C, Perucci CA, Davoli M. Inequality in 30-day mortality and the wait for surgery after hip fracture: the impact of the regional health care evaluation program in Lazio (Italy). Int J Qual Health Care. 2013 Jul;
16. Agabiti NI, Cesaroni G, Picciotto S, Bisanti L, Caranci N, Costa G, Forastiere F, Marinacci C, Pandolfi P, Russo A, Perucci CA; Italian Study Group on Inequalities in Health Care. The association of socioeconomic disadvantage with postoperative complications after major

elective cardiovascular surgery. J Epidemiol Community Health. 2008 Oct.
17. Rapporto 2015 - Osservatorio donazione farmaci. Donare per curare: Povertà sanitaria e Donazione Farmaci
18. Eurostat 2015
19. Alexander Kentikelenis et al; Greece's health crisis: from austerity to denialism. LANCET Published Online: 20 February 2014