

SSN CERCASI: IL PROGRESSIVO IMPOVERIMENTO DELL'OFFERTA SANITARIA E LE CONSEGUENZE SULLA SALUTE DELLA POPOLAZIONE

BACKGROUND

L'Italia è indubbiamente un paese che continua ad essere in grandi difficoltà economiche con importanti ripercussioni in ambito Sanitario. La revisione OCSE sulla qualità dell'assistenza sanitaria in Italia presentata dal Ministero della Salute **(1)** ha infatti evidenziato come gli indicatori relativi a demenza, numero di anni di vita in buona salute e limitazioni nelle attività quotidiane dopo i 65 anni siano tra i peggiori rispetto alle medie OCSE. Nel 2014 l'Istat ha inoltre rilevato come quasi il 10% della popolazione italiana rinunci alle cure per motivi economici **(2)**, e nel 2015 ha riportato un incremento della mortalità del 9%, pari a 54.000 decessi in più, rispetto all'anno precedente.

Questi anni di de-finanziamento, con blocco dei turn-over e taglio dei posti letto, hanno quindi determinato un progressivo depauperamento del Ssn contribuendo fortemente a peggiorare la qualità dei servizi sanitari, incidendo prevalentemente sulle fasce reddituali più povere. In questo scenario l'Anaaio Giovani ha avviato una nuova indagine che partendo da quesiti specifici come la valutazione dei carichi di lavoro, della continuità di cura tra ospedale e territorio o l'effetto di eventuali carenze organizzative sull'attività lavorativa, mira a far emergere le criticità concrete che i medici devono affrontare ogni giorno nell'esercizio della loro professione.

LA NOSTRA SURVEY: SSN CERCASI

Il questionario è stato sottoposto dal 18 gennaio 2016 al 7 marzo 2016 ai medici dipendenti operanti sul territorio italiano. Hanno risposto 1089 medici. La diffusione della Survey, come per le precedenti, è stata realizzata attraverso newsletters, testate mediche specializzate e sui siti Anaaio Assomed nazionali e regionali.

Il possibile bias di selezione, conseguente ad eventuali risposte da parte di non medici, è stato superato richiedendo il numero di iscrizione all'Ordine dei Medici di appartenenza, verificato attraverso l'anagrafe Fnomceo. La singolarità delle risposte è stata valutata attraverso la registrazione dell'indirizzo IP dei rispondenti.

CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE

Poco più della metà dei responders (56.0%) esercita la propria attività nel Nord Italia, il 21.8% in Centro Italia, il 13.8% nel Sud Italia e l'8,4% nelle Isole.

In linea con le precedenti Survey la fascia d'età più rappresentata è quella dai 51 ai 60 anni (39.7%), segue la fascia di età tra i 41 e i 50 anni (24.6%), quella tra i 31 e i 40 anni (18.7%), gli over 60 anni (12.3%) ed è praticamente nullo il contributo dei medici under 30 (1.1%).

Vi è stata una prevalenza di risposta da parte dei medici di sesso maschile (maschi 66.9%, femmine 33.1%).

Le specialità più rappresentate sono state: Anestesia e Rianimazione (13.5%), Chirurgia Generale (9.2%), Medicina Interna (8.1%), Cardiologia (7.2%), Medicina d'Accettazione e d'Urgenza (5.9%) e Psichiatria (4.5%).

La maggior parte degli intervistati (97,5%) esercita nelle strutture pubbliche, solo il 2% nel privato convenzionato e lo 0.5% nel privato.

Solo il 14% dei responders lavora in un'Unità Operativa differente dalla specialità conseguita. Disaggregando i dati per aree geografiche, non si osservano sostanziali differenze.

Il 70.1% dei responders lavora in strutture ospedaliere con un'organizzazione per dipartimenti, il 21,7% per specialità e solo l'8,2% dei medici intervistati lavora in presidi ove sussiste

un'organizzazione per intensità di cure. Disaggregando i dati per area geografica, nelle regioni del sud vi è una prevalenza degli ospedali con un'organizzazione per specialità.

CARICHI DI LAVORO

In merito alla valutazione dei carichi di lavoro sono stati quantificati il lavoro notturno, e successivamente il rispetto della normativa Europea a tre mesi dall'entrata in vigore della Legge 161/2014.

Il 37.7% degli intervistati effettua da 1 a 3 turni di **guardia notturna** al mese, il 30.7% da 4 a 5 turni, il 9.1 % tra 6 e 7, e il 3.5% più di 8 turni. Se al Nord un medico su due svolge al massimo 3 turni di guardia, nelle isole il 50% copre 4-5 turni di guardia al mese.

Filtrando poi il dato in base all'età anagrafica si osserva come il 28% dei responders over 50 svolga 4-5 notti al mese. Questo dato correla con l'elaborazione effettuata dalla Fnomceo **(3)** che mostra come il 40% dei medici operanti in Italia sia over 60 con un'età media che si aggira intorno ai 53 anni.

Il 60% dei responders gestisce meno di 50 **pazienti per turno notturno**, il 17,7% tra i 50 ed i 100, il 9.9% circa tra i 100 e i 200 e circa il 5% oltre 200. Il 7% dei medici è di turno in Pronto Soccorso e contemporaneamente di guardia per almeno 50 pazienti (**grafico 1**). Dall'analisi dei dati sono emerse significative differenze geografiche: nel nord-ovest ben il 10,8% gestisce nel corso della notte più di 200 pazienti mentre al Sud solo il 2,88%.

Da sottolineare come i medici afferenti all'area medica siano quelli che maggiormente gestiscono nel turno notturno un numero elevato di pazienti. La gestione di oltre 100 pazienti per turno di guardia, con punte superiori ai 200 non può che incrementare il rischio clinico sia per il medico che per il paziente mettendo a repentaglio la qualità dell'assistenza.

Quasi la totalità dei responders (88%) ha inoltre riferito di aver dovuto fronteggiare **contestualmente due urgenze cliniche**, di questi più della metà afferma che l'evento sia frequente.

Nonostante l'attuazione della norma sul rispetto dell'orario di lavoro (Legge 161/2014) il 44.7% dei responders dichiara ancora di **eccedere il limite settimanale delle ore lavorative** previsto dalla legge, e di questi più della metà lavora extra orario senza alcuna remunerazione. (**grafico 2**). Ciò dimostra come la Legge 161/2014 sia stata adottata senza che prima si mettessero in opera quei necessari processi di riorganizzazione sia del personale, prevedendo soprattutto nuove assunzioni, che del sistema di rete ospedaliera.

Grafico 1. Quanti pazienti sono affidati alle tue cure in un turno di guardia notturno?

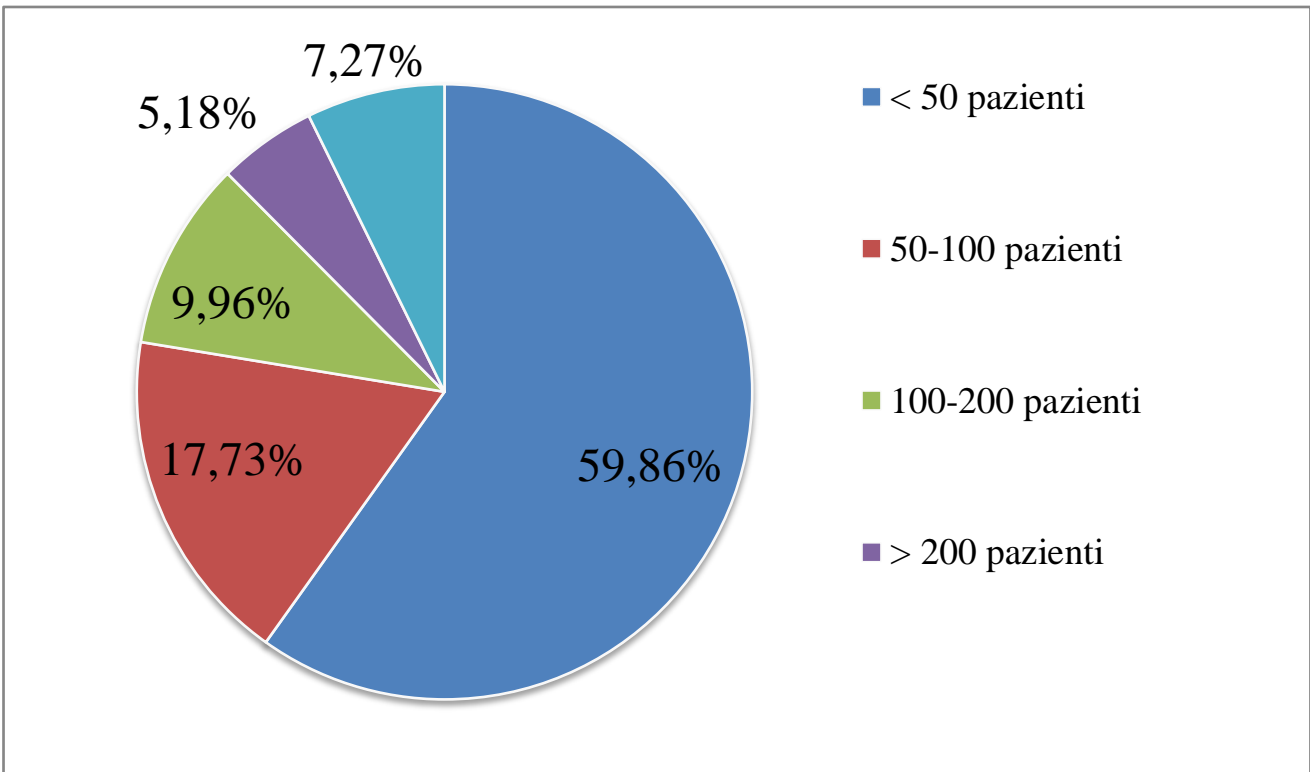
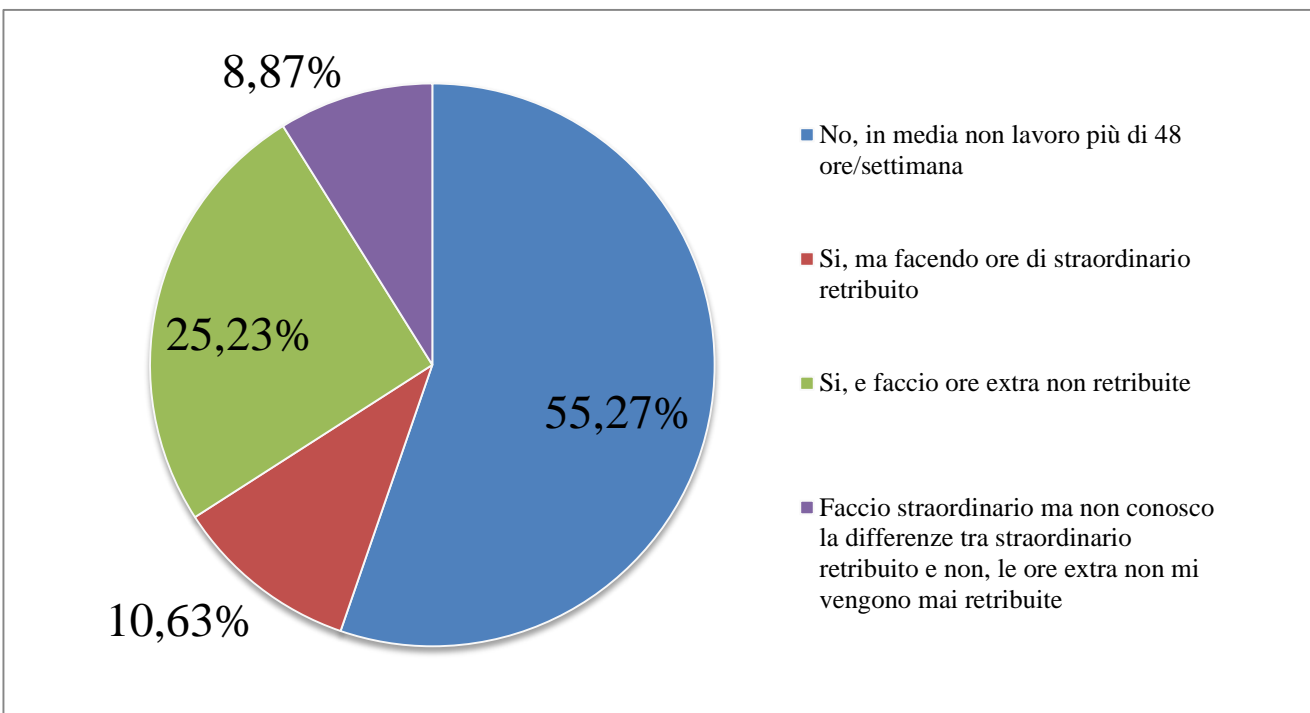


Grafico 2. Il tuo orario di lavoro medio settimanale supera il limite di 48 ore previsto dalla normativa europea sull'orario di lavoro in vigore dal 25 Novembre 2015?



ORGANIZZAZIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE

La qualità dell'assistenza sanitaria è stata sondata indirettamente valutando il fenomeno dei ricoveri fuori dal reparto di appartenenza, l'indice di rotazione dei posti letto, la qualità della comunicazione tra medico e paziente e aspetti puramente organizzativi come i tempi di evasione nella richiesta di un farmaco.

In merito alla problematica dei **pazienti “fuori reparto”** ben il 73% dei responders ha dichiarato di gestire pazienti in appoggio, di questi circa la metà lo fa frequentemente (**grafico 3**). Le criticità legate alla gestione del paziente in appoggio sono correlate sia alla presenza di personale infermieristico formato per problemi clinici differenti, sia alla mancanza di continuità e assiduità del medico referente in reparto, sia a problematiche prettamente pratiche come ad esempio la difficoltà nel reperimento di farmaci non di uso corrente nel reparto «appoggiante» e i problemi di comunicazione tra il medico, il personale infermieristico e i parenti. Anche la letteratura scientifica conferma ciò (**4**) dimostrando che il paziente ricoverato in appoggio ha una degenza media più lunga (2,6 giorni) rispetto al paziente allocato nel reparto di appartenenza.

Il primo semestre 2015 ha evidenziato un'ulteriore diminuzione del volume dell'attività ospedaliera erogata in Italia: sono state registrate 3.178.661 dimissioni per acuti in regime ordinario, 877.627 in regime diurno, 170.730 in riabilitazione e 54.635 in lungodegenza (**5**). Questi dati confermano il trend di riduzione del numero dei ricoveri e dei posti letto dell'ultimo decennio. La contrazione dei posti letto ne ha conseguentemente incrementato il tasso di occupazione e comportato una riduzione della durata della degenza ospedaliera. Tutto ciò ha determinato un incremento del numero di re-ricoveri. Uno studio recente (**6**) ha evidenziato come quasi un paziente anziano su 5 oltre i 65 anni torna al Pronto Soccorso dopo le dimissioni: il 17,3% rientra in ospedale una sola volta, il 4,4% più volte nel mese successivo. Anche per i nostri responders (circa il 59%) la **riduzione della degenza media** comporta una riduzione della qualità dell'assistenza sanitaria con il rischio di re-ricoveri e di incremento della mortalità se pur il 41.04 % lo considera invece uno stimolo al miglioramento delle cure offerte.

In merito all'**indice di rotazione dei posti letto**, la maggior parte dei responders afferma che non c'è mai (51%) e comunque solo raramente (41%) più del 10% del totale dei letti libero inutilizzato per oltre 24 ore (**grafico 4**), dati preoccupanti poiché è consolidato in letteratura che l'occupazione costante del 100% dei posti letto comporti un incremento della morbilità e mortalità dei pazienti ricoverati (**7**). Filtrando per dimensione degli ospedali, risulta che strutture con un bacino d'utenza più piccolo (tra 80.000 – 150000) hanno nell'11.97 % dei casi posti letto liberi, contro il 5.43 % e il 5.67 % rispettivamente degli ospedali con un bacino d'utenza tra 150.000 – 300000 e tra 600000 - 1.200000. Questi dati vengono spesso utilizzati per sostenere la chiusura/riconversione di ospedali “piccoli” a favore di quelli di maggiori dimensioni.

In questo senso, i volumi di attività fotografati dal Programma Nazionale Esiti potrebbero, più di altri indicatori, essere d'aiuto ai decisori politici per le scelte di programmazione sanitaria e ristrutturazione della rete ospedaliera. Tuttavia sia i dati di volume, che dal 2017 saranno utilizzati anche per verificare l'attività dei singoli medici, ma soprattutto quelli di esito, sono inficiati da numerosi bias (**tabella n.1**) e dovrebbero essere unicamente utilizzati per audit clinici o di valutazione di qualità delle codifiche inserite, mentre vengono spesso usati strumentalmente per valutare le singole strutture o unità operative.

Grafico 3. Ti capita di dover ricoverare i pazienti in appoggio fuori reparto?

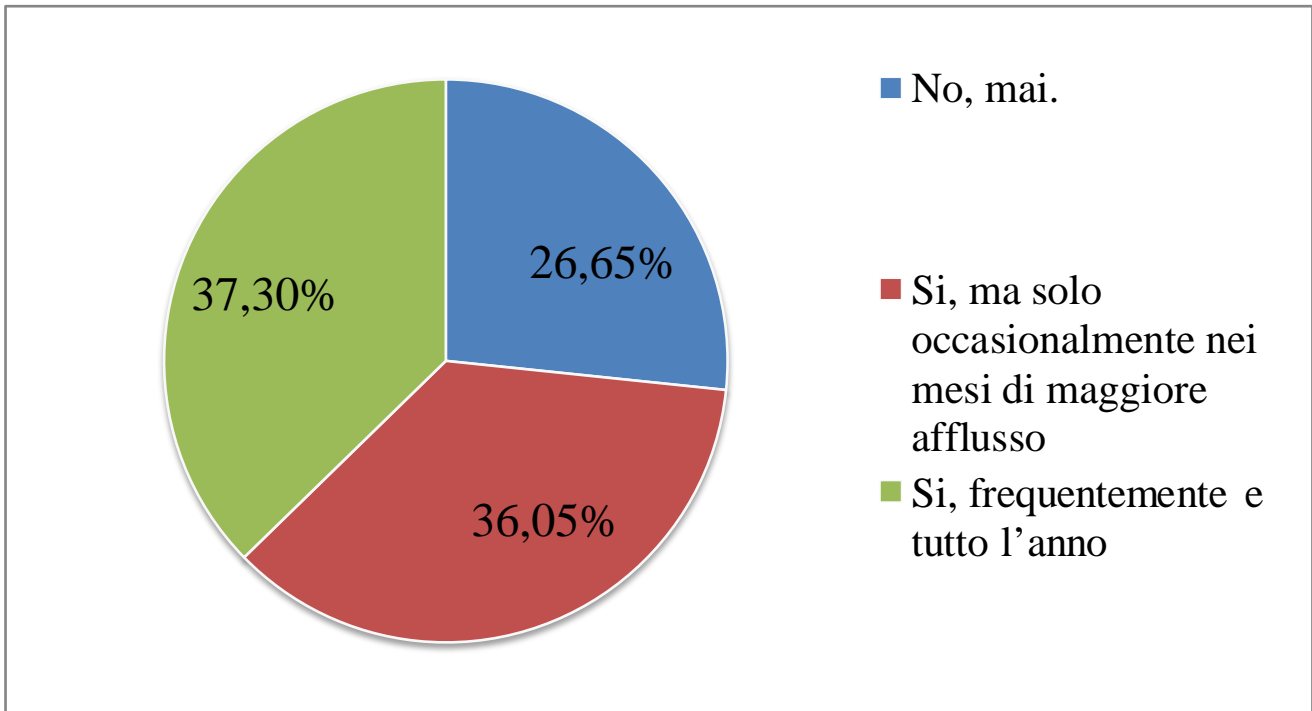
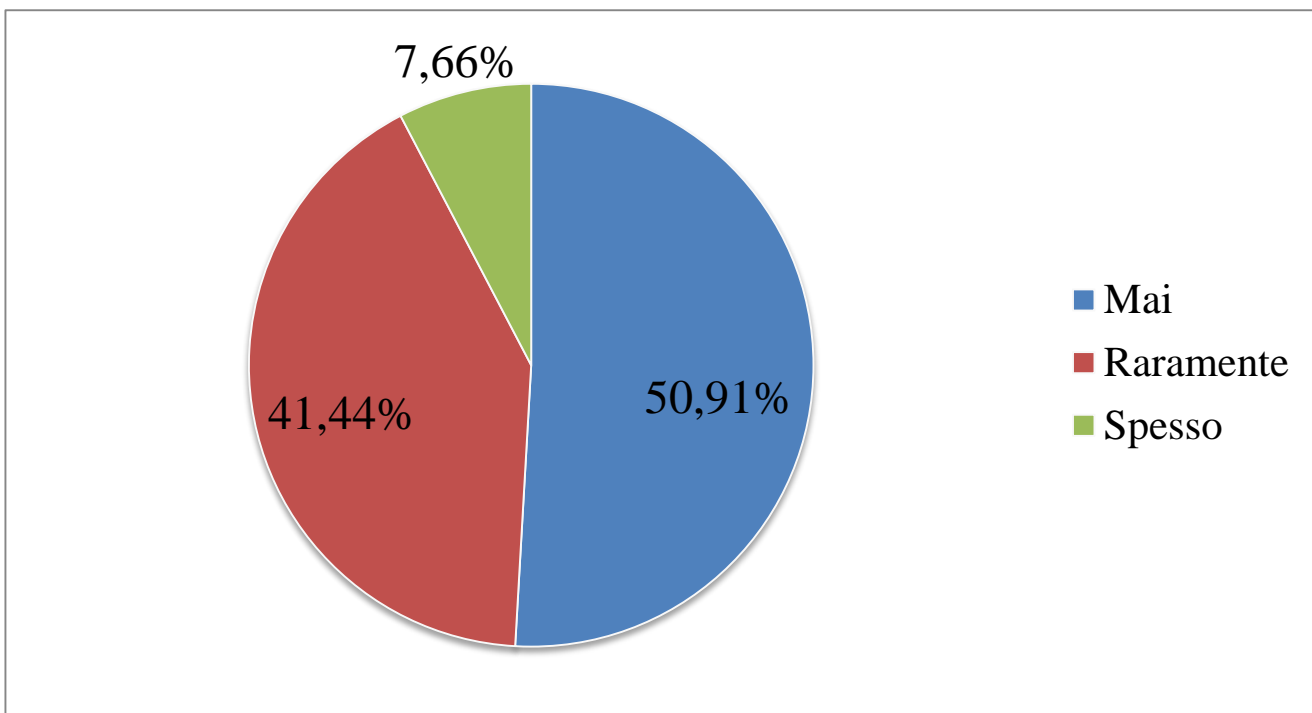


Grafico 4. Nel tua Unità Operativa accade che vi sia più del 10% del totale dei letti libero ed inutilizzato per oltre 24 ore?



Limiti del PNE
Monitoraggio dei singoli indicatori comporta un miglioramento degli stessi
Suddivisione dei pazienti in gruppi isorisorse e non iso-severità
Possibili errori di codifica
Comportamenti opportunistici
Non esaminati determinanti sociali di salute e conseguente diseguaglianza nell'accesso alle cure
Non valutate dimensioni struttura (Hub o Spoke)
Non valutata prevalenza di pazienti anziani
Non valutata presenza/assenza di specialità nelle singole strutture
Utilizzato erroneamente come misuratore della qualità dell'assistenza erogata

Nell'ambito della **comunicazione tra medico e paziente** è stata valutata la possibilità del medico referente di comunicare tempestivamente e regolarmente ai parenti le condizioni cliniche del paziente e in particolare per quello che versa in gravi condizioni.

Il 61% dei responders comunica sempre ai parenti del paziente la gravità del quadro clinico se pur il 26.4% dichiara che in assenza del medico di riferimento possa esserci una comunicazione superficiale che impedisce una chiara esplicitazione della condizione clinica ed il 12.6% ammette che questa lacuna informativa possa essere conseguente a problematiche organizzative e a mancanza di tempo. Ancorché resa difficoltosa dagli eccessivi carichi di lavoro, una informazione efficace con i pazienti ed i parenti è un processo irrinunciabile per il corretto management del malato stesso.

Per quanto riguarda **il tempo di evasione di un ordine di farmaci** e/o devices il 45% afferma di avere il dispositivo entro le 24 ore, il 27.5% entro una settimana e solo il 22% in meno di 12 ore.

La situazione peggiore si osserva nelle Regioni del Centro dove la percentuale degli ordini evasi entro la settimana è dichiarata da quasi il 40% dei responders.

Il ritardo nella fornitura dei farmaci/devices è indice di inefficienza organizzativa e di elevato rischio di compromissione della qualità dell'assistenza, per il conseguente ritardo nelle cure al paziente.

Altro aspetto sondato dalla nostra Survey riguarda il governo clinico e in particolare la percezione dei medici sull'**efficienza delle Unità di Risk Management**.

Per il 45% dei responders l'attività di gestione del rischio clinico è inutile e comporta solo un aumento di burocrazia. Il 31% la considera poco utile e limitata esclusivamente ad alcuni ambiti

mentre addirittura il 15% degli intervistati non è a conoscenza di protocolli in essere nella propria struttura ospedaliera. Solo il 10% dei responders la ritiene utile.

Che il problema rischio clinico sia rilevante lo si desume chiaramente da un'analisi dei sinistri diffusa dalla compagnia assicuratrice Marsh **(8)**: in Italia nel 2014 si sono registrati oltre 2,5 sinistri ogni 1000 ricoveri, con un costo totale che supera il miliardo e mezzo di euro. La maggior parte delle richieste di risarcimento danni proviene dal Nord Italia (56%).

Le Unità operative maggiormente coinvolte in sinistri sono l'Ortopedia (13,2%), il Dea (13%), Chirurgia generale (10,3%), Ostetricia e ginecologia (7.5%); anche in questo caso nel nostro campione intervistato non si sono evidenziate differenze in relazione al reparto di appartenenza.

I medici potrebbero forse meglio cogliere l'importanza dell'Unità di Risk Management se la sua attività fosse meno macchinosa e se si incominciasse dalle aule Universitarie a parlare di gestione del rischio clinico.

INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

Tra gli indicatori di efficienza del nostro Ssn è stata valutata l'eventuale presenza di modelli organizzativi atti a favorire la continuità di cura ospedale-territorio.

Il **protocollo delle Dimissioni protette** ha lo scopo di sviluppare al massimo l'integrazione ospedale/territorio in un percorso di continuità di cura che può svolgersi presso il domicilio del paziente (ADI/ADP o Cure Palliative domiciliari), oppure presso strutture riabilitative e strutture residenziali (RP, RSA, ospedali di comunità, Hospice). Esso prevede necessariamente il coordinamento tra figure ospedaliere e territoriali coinvolte nell'attività di dimissione protetta.

Il 31.8% dei responders conosce e segue il protocollo delle Dimissioni Protette in maniera ottimale, il 32,8% pur conoscendolo non sempre riesce ad aderire completamente per problematiche organizzative, il 2.5% pur conoscendolo non ne ritiene utile l'applicazione mentre ben il 33.1% non conosce l'esistenza del protocollo nella propria realtà ospedaliera.

Sempre nell'ambito della continuità di cura ospedale-territorio il 39.4% dei responders ha ammesso di aver **demandato al medico di medicina generale** la prescrizione di esami che non potevano essere eseguiti nel proprio nosocomio perché privo del servizio specifico, percentuale che aumenta al 46% nei piccoli ospedali (bacino d'utenza 80.000-150.000) (**grafico 5**). La delega alla prescrizione di esami diagnostici strumentali evidenzia la difficoltà di una data struttura ospedaliera di prendersi carico del paziente in tutto il suo percorso di cura suggerendo pertanto se in questi tipi di strutture la presa in carico di alcune tipologie di pazienti dovrebbe essere evitata migliorando l'implementazione delle reti cliniche. E' poi stato chiesto ai nostri responders se a seguito della dimissione di un paziente in condizioni di "fine vita" gli fossero state poi successivamente fornite **informazioni in merito all'avvenuta morte** da parte della famiglia e/o del medico di medicina di generale. Il 45.38% ha risposto mai, il 39% raramente e solo il 15,61% ha risposto affermativamente (**grafico 6**). Filtrando i dati per specialità, si osserva come solo nei reparti oncologici si evidenzia un elevato feedback (70%) da parte dei familiari e/o dell'assistenza territoriale, rispetto per esempio ai reparti di Geriatria (19% circa) e di Medicina Interna (12%), nonostante anche qui vi siano frequentemente dimissioni di malati terminali. Ciò testimonia un inadeguato coordinamento dell'assistenza tra servizi ospedalieri e territoriali e quindi un chiaro segno della mancanza di una continuità di cura tra Ospedale e Territorio.

Grafico 5. Ti è mai capitato di non eseguire o delegare al medico di famiglia accertamenti diagnostici che ritenevi utili perché la struttura dove lavori è priva del servizio necessario?

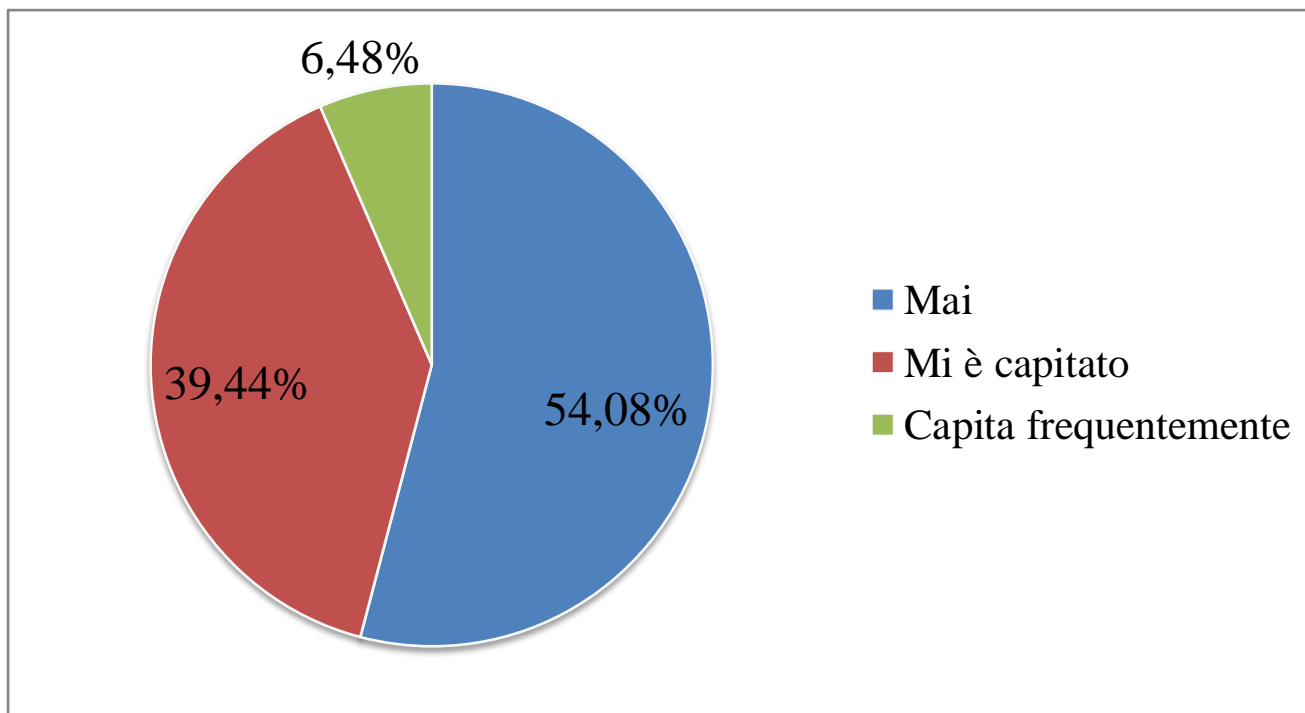
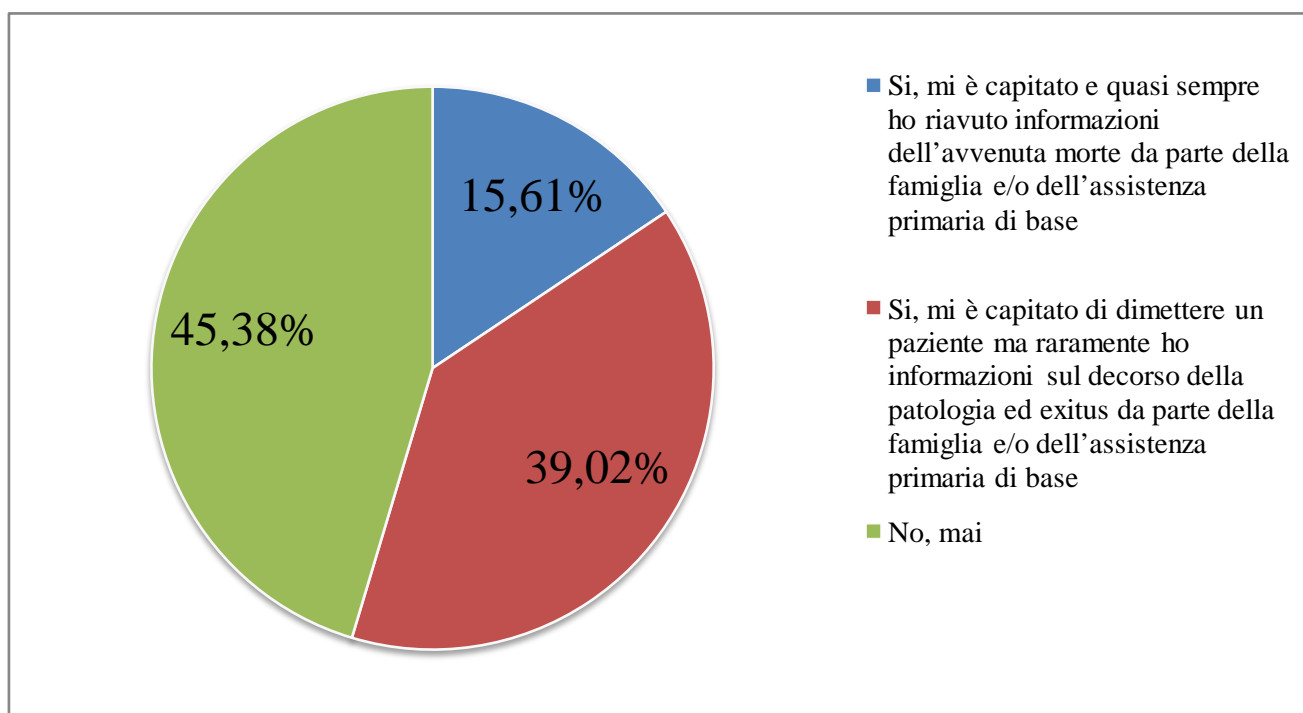


Grafico 6. Ti è mai capitato di dimettere in Dimissione Protetta dalla tua Unità Operativa un paziente stabilizzato ma in gravi condizioni ("fine vita") e di ricevere informazioni dell'avvenuta morte da parte della famiglia e/o dell'assistenza primaria di base?



AUMENTO DI MORTALITÀ ANNO 2015

L'analisi temporale e il confronto geografico della mortalità rappresentano il più solido degli indicatori epidemiologici per la conoscenza dello stato di salute di una popolazione. Abbiamo quindi chiesto ai nostri intervistati se al momento della **compilazione della scheda ISTAT** seguono le corrette procedure di compilazione. Il 66.2% dei responders si attiene scrupolosamente alla compilazione della scheda di morte secondo le indicazioni ISTAT, il 27.5% non conosce le indicazioni e il 6.3% non ritenendolo un atto di competenza medica non esplicita nel dettaglio la patologia che ha condotto alla morte il paziente.

Proprio dall'analisi delle cause di morte delle schede ISTAT arriveranno ulteriori informazioni riguardo all'aumento di mortalità registrato in Italia nel 2015: 54 mila decessi in più rispetto al 2014, con un tasso di mortalità del 10,7‰ (il più alto dal secondo dopoguerra). Tra le ipotesi più plausibili vi è l'incremento nella popolazione degli individui anziani, ovvero quelli maggiormente coinvolti nel picco di mortalità, anche per il cosiddetto effetto prima guerra mondiale (**9**). Da citare poi l'eccesso di decessi rispetto al 2014 nei mesi di gennaio-marzo e nel mese di luglio, riferibili verosimilmente l'uno all'effetto dell'infezione influenzale e l'altro all'anomala ondata di calore del 2015. I dati sulla mortalità intraospedaliera sono in fase di analisi, tuttavia la domanda che ci compete è se il nostro Welfare con adeguate politiche socio-sanitarie avrebbe potuto evitare almeno in parte questo eccesso di mortalità. Alla domanda se questo **aumento di mortalità** è percepito da chi opera sul campo, il 49% afferma di non averlo riscontrato, il 37% non ha saputo rispondere e solo il 14% ha risposto di sì (**grafico 7**). Analizzando nel dettaglio la risposta affermativa si nota come i medici che hanno maggiormente percepito l'aumento di mortalità operano nel Sud Italia e nel Nord-Est e prevalentemente nei presidi di medie-piccole dimensioni, ad indicare la consapevolezza dei medici di un maggior rischio clinico per il paziente ricoverato nei presidi ospedalieri di base (dove non è prevista la presenza di cardiologo e anestesista h24) (**7**). Va sottolineato inoltre che la 'percezione' del fenomeno è stata prevalente nei medici sottoposti ad uno sfavorevole rapporto numerico medico/pazienti e ad un maggior carico di lavoro. Risposte affermative sono state infatti fornite da quei medici che durante il turno di guardia gestiscono più di 50 posti letto, seguono pazienti in appoggio, che lavorano in reparti a tasso di occupazione elevato, che fanno più ore di straordinario (>48 ore a settimana), più di 5 notti di guardia al mese e che si trovano a dover gestire più urgenze contemporanee. Tali dati sono in linea con quanto emerso da numerosi dati della letteratura (**10**) che hanno dimostrato come un rapporto numerico medico/paziente sfavorevole, l'aumentato indice di occupazione dei letti e condizioni di rischio clinico elevato, si associano ad un aumento della mortalità intraospedaliera. Infine il 71,39% dei responders ritiene l'aumento di mortalità registrato sia stato favorito dal peggioramento delle **condizioni economiche dei pazienti (grafico 8)**. Da evidenziare come questa percezione abbia un andamento crescente dal Nord Italia al Sud e alle Isole (66,11% 74,32% e 83,33% rispettivamente). Questo dato è in linea con la fotografia del rapporto 2015 dell'Osservatorio Civico sul Federalismo in Sanità realizzato dal Tribunale per i diritti del malato, che ha registrato discrepanze nella spesa sanitaria pubblica pro capite che vanno dai 2315,27 € del Trentino ai 1776,85 € della Campania (**11**) ed una percentuale di popolazione che non ha potuto accedere alle cure per motivi economici che va dal 6,2 % del Nord Ovest al 13,2% del Sud Italia.

Grafico 7. Tenuto conto di quanto pubblicato nei dati ISTAT di mortalità riferiti ai primi 8 mesi 2015 nei quali si rileva un verosimile aumento della mortalità per l'anno 2015 in Italia rispetto al 2014, secondo la tua esperienza lavorativa ritieni di esserti trovato nella condizione di aver accertato, nella tua Unità Operativa, più decessi nel 2015 rispetto al 2014?

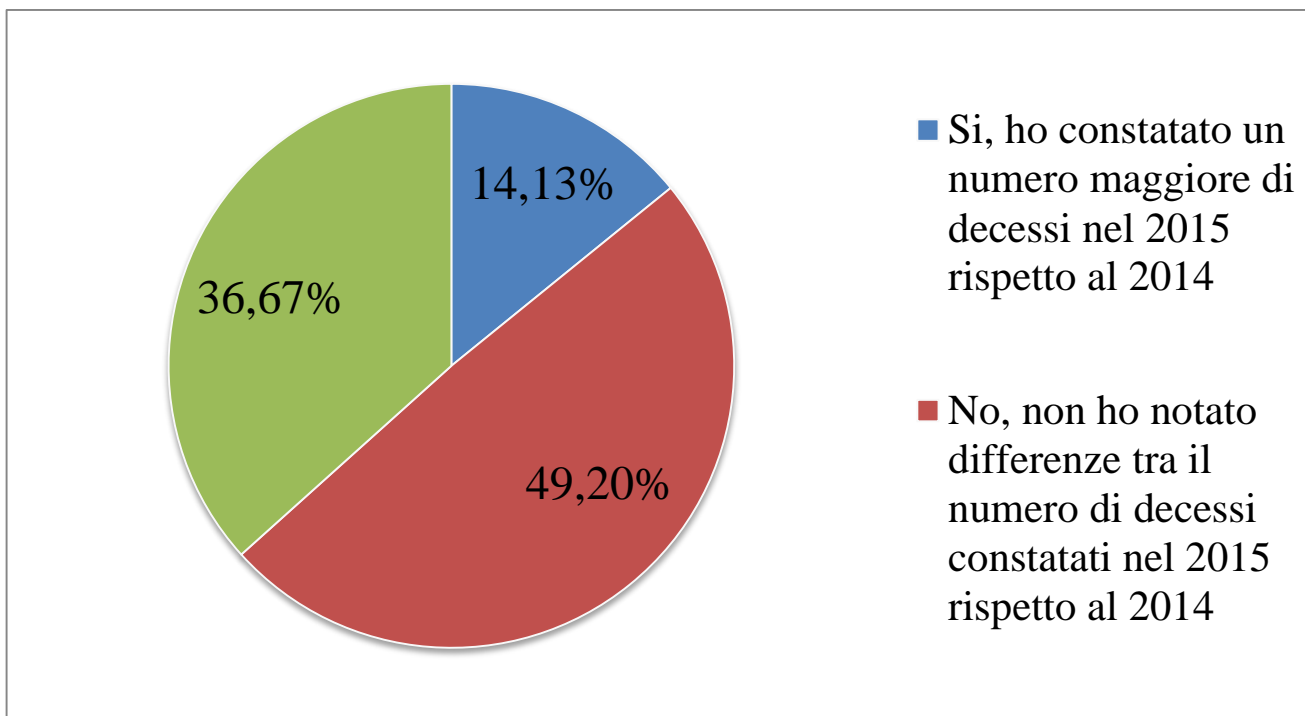
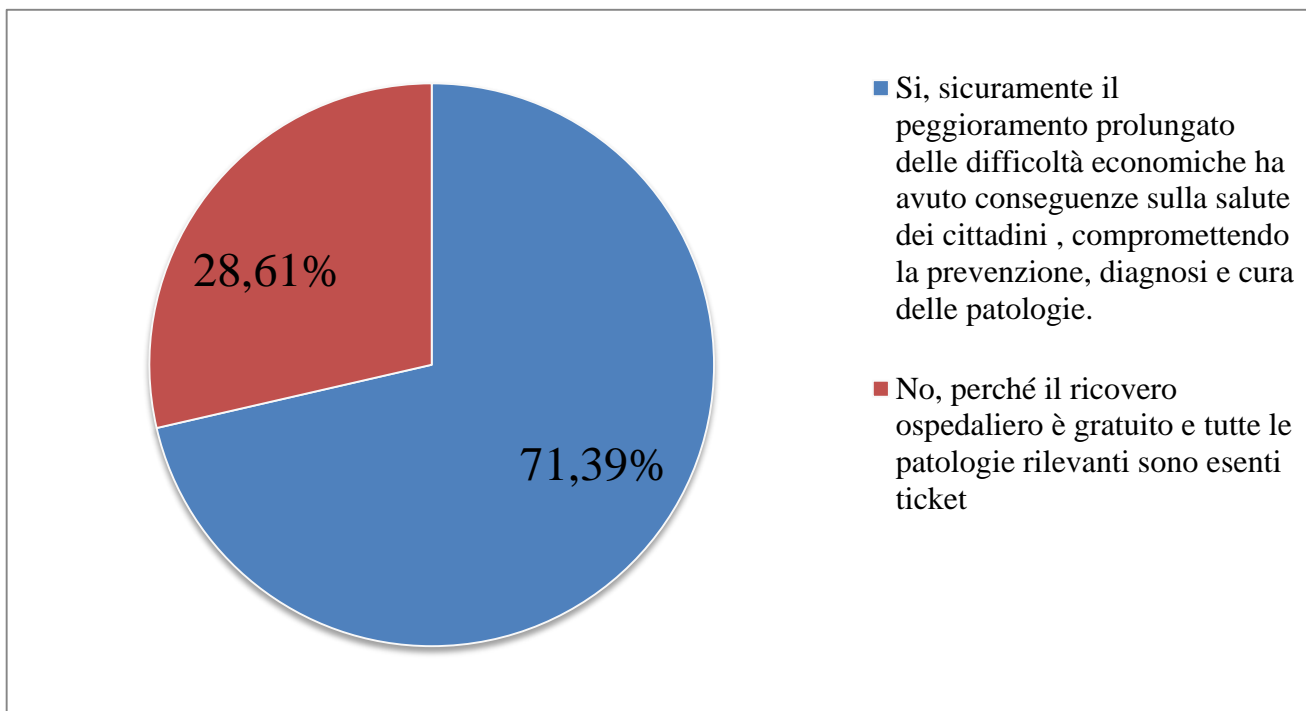


Grafico 8. In Italia la percentuale di persone a rischio di povertà è aumentato vistosamente a partire dal 2010. I dati parlano di 6 milioni di italiani che rinunciano alle cure per motivi economici. Credi che il peggioramento delle condizioni economiche possa aver influito sull' aumento della mortalità registrato dall' ISTAT nel 2015?



CONCLUSIONI

Il de-finanziamento del Ssn è stato calcolato da Cittadinanzattiva in 54 miliardi di € nel periodo 2011/2015. Particolarmente pesanti sono stati il 2013 e il 2015 allorché la dotazione del FSN è stata addirittura inferiore a quella dell'anno rispettivamente precedente. Per far quadrare i bilanci, le Aziende sanitarie hanno tagliato i posti letto (- 25.000, dal 2009 al 2014), hanno bloccato il turnover del personale (- 24.000 addetti dal 2009 al 2014, considerando sia medici che infermieri), hanno ridotto l'investimento in ammodernamento delle strutture e delle tecnologie. Si è contratta di conseguenza l'offerta di prestazioni diagnostiche, di interventi chirurgici e di ricoveri. Le liste d'attesa sono aumentate diventando una vera e propria barriera fisica per il diritto di accesso alle cure da parte dei cittadini. I Pronto soccorso in mancanza di posti letto per il ricovero si sono trasformati in luoghi di stazionamento indegni ed insicuri, più vicini a gironi infernali che a luoghi civili di accoglienza. Chi ha disponibilità economiche si rivolge al privato, anche a causa dei ticket molto esosi del settore pubblico che rendono competitiva l'offerta privata di prestazioni sanitarie low cost. La spesa out of pocket è arrivata a 33 miliardi di € nel 2014, valori non riscontrabili negli altri Paesi europei con cui dovremmo confrontarci. Chi versa in condizioni economiche disagiate è costretto a rinunciare alle cure. Secondo l'Istat sono il 9,5% della popolazione e lo fanno per i costi molto alti dei ticket, per i tempi di attesa troppo lunghi o per la distanza dagli ospedali. Sono i cittadini meno abbienti del sud a soffrirne, in particolare della Calabria, Sardegna, Puglia, Sicilia. Quelli che ne hanno la possibilità vanno a curarsi nelle strutture ospedaliere del centro-nord.

La Survey fotografa le ricadute di questi complessi fenomeni economici e sociali nella organizzazione quotidiana degli ospedali. Il numero dei posti letto in carico al medico di guardia notturna aumenta (nel 15% dei casi è maggiore a 100 letti). I tassi di occupazione dei posti letto sono elevatissimi (nel 92% delle risposte) e l'appoggio del paziente in setting non appropriati per mancanza di posti letto è oramai un dato strutturale (rilevabile nel 73% delle risposte). La disponibilità di farmaci e devices diventa problematica. Le dimissioni dei pazienti sono spesso affrettate (59% delle risposte) e con scarso coordinamento ospedale/territorio. Il tempo di lavoro dei medici va ben oltre quello contrattuale e spesso non vengono rispettati i limiti di lavoro massimo settimanale indicati dalla direttiva europea (il 44% dei medici svolge più di 48 ore di lavoro settimanale).

C'è da chiedersi come possano conciliarsi queste derive organizzative a cui sono costrette le Aziende sanitarie con le nuove disposizioni in tema di sicurezza delle cure contenute nella Legge di stabilità 2016. Infatti, l'articolo 1, comma 538 della legge prevede che *“La realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario rappresenta un interesse primario del Sistema sanitario nazionale perché consente maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili e garantisce la tutela del paziente”*. La sicurezza delle cure diventa, quindi, un elemento costitutivo del diritto alla salute del cittadino e tutte le Aziende sanitarie dovrebbero dotarsi di modelli e standard organizzativi capaci di prevenire eventi avversi e danni per i pazienti e per gli stessi operatori del sistema. La sicurezza del paziente non è un lusso e consente di risparmiare prevenendo morbilità e mortalità dei pazienti. Preoccupa soprattutto la scarsa considerazione per i sistemi di prevenzione del rischio clinico evidenziata nella Survey, frutto evidente di un eccesso di burocratizzazione delle procedure e di una scarsa formazione universitaria specifica.

Gli indicatori di salute della popolazione cominciano a volgere al peggio. L'aspettativa di vita nel 2015, per la prima volta dopo molti anni, si è ridotta di 3 mesi per le donne e 2 per i maschi, la mortalità generale è aumentata del 9,1% rispetto al 2014 (Istat 2015) e gli anni in buona salute dopo i 65 anni per i cittadini italiani sono appena 7-8, a differenza dei 14-15 di Islanda, Norvegia o Svezia (Eurostat 2015). Il recente DEF prospetta una ulteriore contrazione del finanziamento per la sanità rispetto al PIL, per arrivare nel 2019 a quella soglia del 6,5% che rappresenta uno

spartiacque tra i paesi socialmente avanzati e quelli in decadenza. Diversi segnali denunciano una corsa della sanità italiana verso la privatizzazione, con milioni di cittadini espulsi dall'assistenza sanitaria ed il fiorire di iniziative private nei supermercati. In mancanza di investimenti la sanità diventa un laboratorio dove si sperimentano soluzioni privatistiche non più striscianti, un puro aggregato di beni e servizi, costretta a rincorrere di anno in anno le ragioni della propria esistenza lungo un piano inclinato alla fine del quale la salute si ritroverà diritto esigibile dai cittadini solo in base alla residenza ed al censo. Alla fine, ci aspetta il buio di una sanità povera per i poveri ed una ricca di risorse e professionalità per i ricchi.

Bibliografia

- 1) OECD Reviews of Health Care Quality: Italy 2014: Raising Standards, OECD Publishing, Paris. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225428-en>
- 2) Rapporto annuale 2015-Istat. La situazione del paese.
- 3) Numeri Fnomceo sui medici. Quotidiano Sanità 2 Aprile 2016.
- 4) Clinical outcomes in medical outliers admitted to hospital with heart failure. Carmen Suárez, César Alameda. European Journal of Internal Medicine.
- 5) Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero SDO 2015 - Primo semestre http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2446_allegato.pdf
- 6) Emergency department visits after surgery are common for Medicare patients, suggesting opportunities to improve care. Kocher KE et al. Health Aff (Millwood). 2013.
- 7) Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza ospedaliera. Decreto Ministeriale n° 70/2015.
- 8) Medical malpractice claims analysis sesta edizione Gennaio 2015- Marsh risk consulting.
- 9) Una strage o solo un dato statistico? Il surplus dei decessi 2015. Cislighi. Costa. Rosano. Epidemiol Prev 2016; 40 (1): 9-11.
- 10) Extended-duration hospital shifts, medical errors and patient mortality. Leroyer E, Romieu V, Mediouni Z, Bécour B, Descatha A. Br J Hosp Med (Lond) 2014 Feb; 75 (2): 96-101.
- 11) "Osservatorio civico sul federalismo in sanità. Rapporto 2015". Cittadinanzattiva.

I dati sono stati elaborati da: Chiara Rivetti (Segreteria Anaa Assomed Piemonte), Andrea Rossi (Responsabile Anaa Giovani Veneto), Gabriele Romani (Anaa Giovani Emilia Romagna), Fabio Ragazzo (Direttivo Nazionale Anaa Giovani), Salvatore Donatiello (Anaa Giovani Emilia Romagna), Maurizio Cappiello (Consigliere Nazionale Anaa Giovani), Ilaria Vescarelli (Anaa Assomed Umbria), Silvia Romano (Anaa Assomed Veneto), Claudia Pozzi (Responsabile Anaa Giovani Toscana), Tania Serri (Consigliere Aziendale Anaa Assomed Emilia Romagna), Tiziana Attardo (Anaa Assomed Sicilia), Paola Gnerre (Direttivo Nazionale Anaa Giovani), Domenico Montemurro (Responsabile Nazionale Anaa Giovani), Carlo Palermo (Vice Segretario Nazionale Vicario Anaa Assomed)