

✘ Marco Geddes

Il nesso c'è e si vede: esso sta nello strabismo nell'individuare le priorità nelle esigenze del Paese. Da una parte si è prodotto un accorpamento delle ASL senza curarsi di un'effettiva governance delle reti ospedaliere. Dall'altra l'enormità della differenza tra i 6,5 miliardi di euro (sui 20 complessivi del fondo salva banche) destinati a salvaguardare circa 40.000 piccoli risparmiatori di Monte dei Paschi a fronte di solo 1 miliardo di euro nella legge di Stabilità per l'istituzione del reddito di inclusione, finalizzato alla lotta alla povertà.

Il titolo non vuole incuriosire il lettore (anche se, forse, avrà questo effetto), ma rappresenta solo una mia associazione di idee in questo periodo festivo, dove le letture di libri e giornali sono fluttuanti fra argomenti diversi.

Iniziamo dal tema centrale: il Programma Nazionale Esiti.

Si tratta di un'attività, svolta dalla Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali del Ministero della Salute) che effettua annualmente una **Stima, con disegni di studio osservazionali, dell'occorrenza degli esiti di interventi/trattamenti sanitari**. Le fonti sono le schede di dimissione ospedaliera (SDO) e, attraverso molteplici sistemi di linkage con fonti anagrafiche, Ministero del Tesoro etc., viene realizzata:

- una valutazione dell'efficacia "teorica" (*efficacy*) di interventi sanitari;
- una valutazione dell'efficacia "operativa" (*effectiveness*) di interventi sanitari per i quali sono disponibili valutazioni sperimentali di efficacia;
- una valutazione della differenza tra l'efficacia dei trattamenti quando stimata in condizioni sperimentali rispetto a quella osservata nel "mondo reale" dei servizi ed il relativo impatto;
- un confronto tra soggetti erogatori e/o tra professionisti;
- un confronto tra gruppi di popolazione (ad esempio per livello socioeconomico, residenza, etc.).

Nella edizione 2016, a cui rinviamo per l'ampiezza e interesse della documentazione^[1], sono stati analizzati 163 indicatori: 66 di esito/processo, 70 volumi di attività e 29 indicatori di ospedalizzazione. Diciamo subito che il **Rapporto rappresenta una delle punte avanzate della attività epidemiologica e di monitoraggio del Sistema sanitario**, i cui risultati non sono riassumibili in un breve contributo, ma stimolano alcune riflessioni.

Una sintesi dei risultati, espressa in cartografia, conferma una concentrazione di livelli di qualità bassi/molto bassi delle strutture ospedaliere in tutte le regioni del Sud Italia (esclusa la Sicilia) a dimostrazione di una forte difficoltà ad avviare un superamento del profondo divario fra il Sud Italia e il resto del Paese.

Figura 1. Strutture ospedaliere con livelli di qualità bassi/molto bassi, sulla base degli standard di PNE, per almeno il 50% delle attività valutate. Analisi per Regione, Italia 2015.



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Il Sistema Sanitario Nazionale nel suo complesso evidenzia una progressione nella qualità ed efficacia degli interventi, in relazione ai fondamentali parametri rilevati, come evidenziato nella tabella che segue:

Indicatore	2010	2015
Intervento chirurgico entro 2 Giorni per frattura collo femore	31%	55%
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	29%	25%
Mortalità a 30 giorni per Infarto Miocardico Acuto	10.4%	9.0%
Tasso di ospedalizzazione per BPCO	2.5‰	2.1‰
Tasso di ospedalizzazione per Tonsillectomia	2.8‰	2.3‰
Tasso di ospedalizzazione per appendicectomia laparotomica	1.25‰	0.73‰
Tasso di ospedalizzazione per appendicite laparoscopica	0.49‰	0.63‰

Appare sostanziale il progressivo miglioramento di questi sette importanti indicatori, che peraltro vanno letti all'interno di un trend positivo che ha avuto inizio fin dal 2008.

Il discorso cambia drasticamente, in termini di appropriatezza, se si esaminano i volumi di attività. Come noto da una ormai ampia letteratura vi è - per alcuni interventi - una forte relazione fra volume di attività della struttura e risultati, in termini di mortalità a 30 giorni (vedi esempio in Figura 2).

Figura 2. Chirurgia del cancro del polmone. Analisi dell'associazione tra mortalità a 30 giorni e volume di attività della struttura.



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Nel 2015 in Italia 147 strutture eseguono più di 5 interventi l'anno per **Tumore del polmone**, ma solo 37 ne eseguono più di 100, che è una soglia di consistente riduzione del rischio di morte a 30 giorni. Ma il bello - o più precisamente il *brutto* - è che circa 70 strutture non superano i 5 interventi l'anno!

Per il **Tumore della mammella** la soglia minima individuata è di 150 interventi chirurgici annui, soglia che è stata definita anche nel regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera. Nel nostro Paese circa 290 strutture non supera i 10 (sic!) interventi l'anno. Per quanto riguarda le altre 449 strutture che effettuano tale intervento solo il 27% (123) supera la soglia di appropriatezza di 150 interventi indicata dal Ministero.

Anche per il **Tumore dello stomaco** la relazione volume di interventi - sopravvivenza a 30 giorni risulta consistente con una decisa diminuzione del rischio per le strutture che effettuano almeno 20-30 interventi/anno. Tuttavia delle 309 strutture ospedaliere che effettuano più di 5 interventi l'anno solo 91, pari al 29%, supera i 20 interventi. E anche in questo caso il dato più impressionante è che circa 290 strutture non superano i 5 interventi/anno!

La questione **parto** è una tematica che il Paese si porta dietro da tempo, sia per le dimensioni, in termini di volumi di attività, dei punti nascita che, in particolare, per l'appropriatezza dei parti cesarei. Già dal 2000, con l'accordo Stato-Regioni, si prevedeva la chiusura delle maternità con meno di 500 parti, poiché vi sono forti evidenze scientifiche sull'associazione tra volume di parti effettuati ed esiti di salute materno infantile. A distanza di 5 anni un quarto delle maternità italiane (118) effettuano ancora meno di 500 parti l'anno.

Un fenomeno rilevante è rappresentato dall'elevata percentuale di **parti cesarei**: il 35.1% nel 2015, con solo una lieve flessione rispetto agli anni precedenti. Solo l'8% delle donne con pregresso cesareo partorisce con parto vaginale, a fronte dell'assenza di evidenze scientifiche che raccomandino il ricorso al taglio cesareo dopo un pregresso cesareo[2]

Come evidenziava un recente editoriale "l'eterogeneità fra ospedali è molto più ampia dell'eterogeneità osservata fra regioni (**Figura 3**) ed è dovuta (come per altre tipologie di prestazioni) alle caratteristiche organizzative e professionali dei singoli provider, anche indipendente dalle eventuali politiche regionali"[3].

Figura 3. Proporzione di parti con taglio cesareo primario, Italia 2015.



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

***N.B.:** Il rettangolo rappresenta la proporzione di cesarei nel 50% delle strutture ospedaliere; la linea più scura la loro mediana. I segmenti sono delimitati dal minimo e massimo delle strutture ospedaliere presenti nella regione e il quadratino la media regionale.*

Quello che mi ha colpito è un evidente “strabismo” delle Regioni nella scelta delle priorità di intervento. A metà degli anni '80 vi erano 642 Unità sanitarie locali.

Successivamente si è assistito ad una continua concentrazione, accentuatasi negli ultimi anni con una serie di riforme di carattere istituzionale, volte a ridurre ed accorpare Aziende ospedaliere, passate in un decennio da 95 a 71 e, in particolare, Aziende sanitarie, passate da 183 a 97 (nel 2017). “La spinta alla mega Asl è sembrata dettata più che dall'esigenza di reingegnerizzare il sistema, dall'obiettivo politico del risparmio sul costo del management, come se il problema finanziario fosse risolvibile tagliando lo stipendio a qualche direttore generale”.[\[4\]](#)

Tutto ciò ha comportato unificazione di bilanci, ridefinizione di organigrammi, accorpamenti di unità operative etc. **Assai più flebile, dai dati sopra esposti, è stata invece la capacità di governance, attraverso i piani sanitari, la definizione di obiettivi di budget, l'istituzione di aree vaste di programmazione, nel raggiungere quelle soglie di appropriatezza, in termini di volumi di attività, da tempo concordati.**

Vengo alla seconda parte del titolo: il Monte dei Paschi.

Nella postfazione di un libro che raccoglie gli articoli di **Luigi Einaudi**[\[5\]](#) per il Corriere della sera Ignazio Visco, governatore della Banca d'Italia, ha riportato questa enunciazione di Einaudi: “... per tutelare davvero il risparmio, lo stato non dovrebbe dare alcuna garanzia, neppure morale, a pro di private imprese. Ogni banca, ogni industria, deve correre le alee inerenti alla sua vita. Se lo stato garantisse le private iniziative contro le perdite, quale spaventevole abisso si spalancherebbe dinanzi al paese!”.

Io non mi intendo (neanche) di economia e quindi non sono in grado di dare opinioni sulla operazione salvataggio del Monte dei Paschi: se i tempi siano mutati dal giudizio dato da Luigi Einaudi e se tale operazione di finanziamento pubblico sia quindi indispensabile, come molti indicano, e forse anche tardiva e quindi più onerosa.

Tuttavia leggendo un articolo di Chiara Saraceno[6] che segnalava l'enormità della differenza tra i 6,5 miliardi (sui 20 complessivi del fondo salva banche) destinati a salvaguardare circa 40.000 piccoli risparmiatori di Monte dei Paschi a fronte di solo 1 miliardo nella legge di Stabilità per l'istituzione del reddito di inclusione (Rei), finalizzato alla lotta alla povertà, mi sono domandato: "Ma anche in questo caso, come per la sanità, non vi sono due pesi e due misure, ovvero non siamo di fronte ad uno strabismo nell'individuare le priorità nelle esigenze del Paese?"

Non basta. **Chiara Saraceno nota che le risorse destinate alla lotta alla povertà rappresentano un settimo di quanto sarebbe necessario (ovvero sette miliardi) per portare sopra la soglia della povertà assoluta il milione e 582 mila famiglie (4 milioni e 598 mila persone) che attualmente ne sono al di sotto.** "L'esiguità delle risorse messe a disposizione a sua volta motiva l'introduzione di condizionalità talvolta assurde e controlli sui beneficiari ben lontani da quelli esercitati sui responsabili dei disastri bancari e non, i cui costi pure gravano sulla collettività. Con il risultato non solo di ledere la dignità dei beneficiari, ma di escludere molti che pure avrebbero bisogno di sostegno. Non basta, infatti, accanto a una soglia di reddito più bassa della povertà assoluta, il requisito della presenza in famiglia di almeno un figlio minore, o di una donna incinta, che esclude in partenza, a parità di reddito, chi non presenta queste caratteristiche. Un complicato sistema di punteggi discrimina ulteriormente tra i potenziali beneficiari, per ridurre la quota degli "aventi diritto"." (Leggi l'articolo completo [Le banche da salvare e la povertà dimenticata](#))

Bibliografia

1. Agenas. [Programma Nazionale Esiti](#) [PDF: 2,34 Mb], Edizione 2016.
2. NICE - National Institute for Health and Care Excellence. Cesarean section, 23 November 2011.
3. Marina Davoli, Paola Colais, Danilo Fusco. [Partorire in Italia è un atto "chirurgico"](#). *Recenti Prog Med* 2016; 107: 559-561 h
4. Francesco Ripa di Meana: Mega Asl? Se si fanno solo per risparmiare sul management non produrranno risultati. *Fiaso, Newslettere* 3, 2016
5. Luigi Einaudi. *La difficile arte del banchiere*. Laterza, 2016.
6. Chiara Saraceno. [Le banche da salvare e la povertà dimenticata](#). *La Repubblica*, 29.12.2016.