

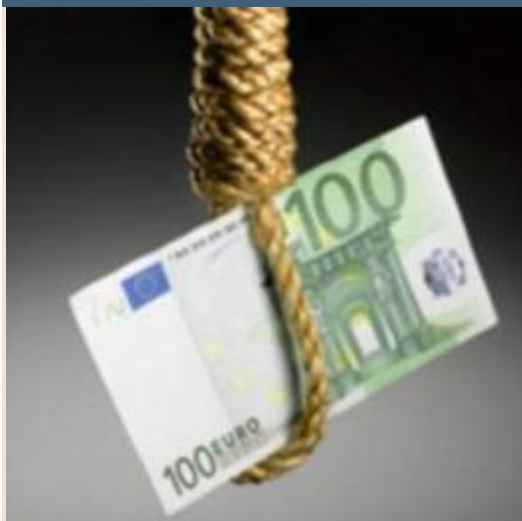
LAVORO E PROFESSIONE

Studio Anaaò, quei tagli che fanno aumentare la mortalità

di *Andrea Rossi* (responsabile Anaaò giovani Veneto), *Chiara Rivetti* (segreteria Anaaò Assomed Piemonte), *Domenico Montemurro* (resp. naz.le Anaaò giovani), *Costantino Troise* (segretario naz.le Anaaò Assomed), *Carlo Palermo* (vice segr. naz. vicario Anaaò Assomed), *Paola Gnerre* (direttivo nazionale Anaaò giovani)

S

24



Anteprima. 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 Ocse, 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 intra

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'inequità 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 nosocomiale, la riduzione della copertura vaccinale, il peggioramento dello status sociale legato alla crisi economica, potrebbero essere infatti tra i determinanti di questo progressivo incremento.

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'ambo i sessi in 8 Uti francesi, 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. 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. Tre misure del carico di lavoro erano risultate correlare col rischio di mortalità: tasso di occupazione, il fabbisogno medio di personale infermieristico per letto per ogni turno lavorativo (definito dalla Uk Intensive care society) e il rapporto tra letti occupati e personale medico e paramedico necessario.

Unruh e Fottler hanno sottolineato come il turnover, definito come numero di ricoveri, trasferimenti e dimissioni, aumenta la necessità di personale medico e infermieristico e incide negativamente sugli outcome del paziente. Needlman et al 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 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 autovalutazione 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.

Anche in setting chirurgico sono state riscontrate evidenze simili

Infatti uno studio inglese su pazienti post chirurgici andati incontro a complicanze trattabili 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%.

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. 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 della letteratura

internazionale. Infatti uno studio retrospettivo pubblicato su *Annals of Emergency Medicine* 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* 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 del Ps causa ritardo nei trattamenti, ritardo nei trasferimenti, aumento degli eventi sentinella e del contenzioso medico-legale.

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-multiresistenti 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 degenti?

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 morbilità 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 diseguaglianze 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’alcool, 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 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). Sostanzialmente il 4% degli italiani rinuncia ad acquistare medicinali per il progressivo aumento del ticket o perché i farmaci non mutuabili sono troppo cari 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. E ovviamente a farne maggiormente le spese sono le fasce più disagiate della popolazione. 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 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, 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'impoverimento 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 regionali, sotto le imposizioni del Mef, hanno messo in campo riduzioni importanti e lineari della spesa sanitaria. I cittadini rinunciano alle cure e accedono con crescenti difficoltà ai servizi sanitari. È auspicabile che in queste popolazioni vengano svolti da autorità indipendenti gli stessi studi epidemiologici condotti in Grecia.

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, vicinanze improprie tra gestione del consenso politico e gestione del merito e della qualità professionale, allarmanti fenomeni corruttivi, 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 inappropriately e inefficienze, fermo 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 da modificare