

IN CASO DI MANCATO RECAPITO RESISTITUIRE AL C.M.P.  
DI VENEZIA PREVIO PAGAMENTO RESI

ORGANOUFFICIALE DEL COLLEGIO IPASVI DI VENEZIA

# SPAZIO APERTO



UN MANDATO PER CRESCERE



# 2



TRIMESTRALE N°2  
ANNO IV  
SETTEMBRE 2006  
POSTE ITALIANE S.p.A.  
SPEDIZIONE IN  
A.P.-d.l. 353/2003  
(CONV.M127/02/2004  
N° 46) art. 1 comma1,  
DCB VENEZIA

Proprietario ed editore  
"Collegio provinciale  
IPASVI di Venezia"  
Trimestrale a carattere  
scientifico.

Registrazione presso il  
tribunale di Venezia  
n° 1448 del 23.05.2003  
Finito di stampare  
agosto 2006  
Realizzato da:  
Stamperia Cetid srl  
via Mutinelli 9 -  
Venezia Mestre  
tel. 041-5345839  
fax 041-611725  
cetid@tin.it

**Direttore responsabile**  
Luigino Schiavon

**Direzione-Redazione-  
Amministrazione**  
P.le L. da Vinci 8  
Mestre  
tel. 041-5055951  
fax 041-5040882  
collegio@ipasvive.it  
CP 98 Mestre Centro  
CAP 30172 Mestre, Ve

**Comitato Redazionale**  
Schiavon Luigino, Anoe'  
Giovanna, Bontempi  
Sergio, Boldrin Luigino,  
Boscolo Maria Rosa,  
Monetti Alessandro,  
Masato Carlo, Biscaro  
Patrizia, Labelli Elsa,  
De Pieri Alessandra,  
Romanato Mirco,  
Iannotta Mario, Rosa  
Maria Cristina, De  
Rossi Micaela, Vidal  
Mario

**Comitato Editoriale**  
Luigino Schiavon,  
Carlo Masato.

**Segreteria di  
redazione**

La pubblicazione del  
materiale è subordinata  
al giudizio della  
redazione. articoli,  
note e recensioni,  
firmati o siglati,  
impegnano  
esclusivamente la  
responsabilità dei loro  
autori.

**Progetto Grafico**  
Carlo Masato,  
Sebastiano S.

n°

anno  
IV

**OLTRE IL CONFINE -**  
di Luigino Schiavon

3

**100 CASI DI SPRECO NELLA SANITA' -**  
Confesercenti

4-15

**12 MAGGIO: ESPERIENZE DI CONFINE -**  
di Katie De Biasio

16-17

**MORTE: EVITABILE?**  
di Stefania Maso

18-29

**INFERMIERI VERSO L'EUROPA:  
GRAN BRETAGNA -**  
di Elsa Labelli

30-35

# OLTRE IL CONFINE



di Luigino Schiavon

L'estate si è fatta calda, ma ben più caldi saranno i prossimi mesi...non parlo naturalmente della temperatura meteorologica, ma di quella professionale. I segnali che arrivano dai palazzi del potere sono preoccupanti per la nostra professione. Vi è l'intenzione non solo di trasformare il collegio in "Ordine" di serie B, ma anche di ridiscutere i profili di competenza professionale. Il governo ha predisposto il decreto delegato previsto dalla legge 43/06 ( di cui si era parlato nell'ultimo numero di Spazio Aperto) in cui i nuovi ordini vengono istituiti con regole diverse e con sistemi di garanzia diversi dagli altri ordini professionali (medici, ingegneri, avvocati ecc.); all'ultimo momento il termine per la presentazione dei decreti attuativi è stato prorogato di 6 mesi. C'è da chiedersi se si tratta effettivamente solo di una proroga oppure se via siano altri obiettivi. Un dubbio rimane, considerata la grande voglia di "liberalizzare" , che tanto scompiglio sta creando in alcune categorie, dai tassisti ai farmacisti, agli avvocati.

E' necessario distinguere tra posizioni dominanti e necessità di garantire al cittadino i servizi di cui necessita, accanto alla certezza che essi siano veramente tali e dunque erogati da professionisti che siano effettivamente tali e non da qualche disinvolto "praticone". È necessario distinguere tra tariffe e tariffari , e sottolineare il ruolo di regolatore della professione assunto dal Collegio.

Ma a qualcuno non piace l'infermiere autonomo e con un proprio Ordine professionale.

Da parte alcuni gruppi professionali potenti viene proposto di ridefinire gli ambiti di competenza professionale. Significa, in poche parole, il ritorno al vecchio mansionario, ritornare a ricevere ordini e prescrizioni. A qualcuno non piace l'infermiere pensante, a qualcuno da fastidio l'infermiere che pianifica, a qualcuno crea disturbo dover discutere e programmare anziché ordinare. Su tutto ciò dobbiamo essere tutti attivati per intervenire, perché a tutti i livelli, politici, sindacali e sociali sia sentita la nostra voce. Non siamo disponibili a mettere in discussione né il profilo né l'autonomia, ed ancor meno la nostra professionalità e dignità professionale. È necessario che ogni professionista conosca la posta in gioco e difenda di conseguenza il proprio ruolo, sapendo che non sarà solo ma con lei/lui ci saranno tutti gli altri colleghi.

Ma accanto a tutto ciò ( e certo non è poco) è sempre più evidente come la professione debba guardare oltre a se stessa, debba individuare i nuovi scenari di sviluppo, lasciando alle spalle la tentazione un po' compiaciuta di compiangersi. Ogni infermiere deve saper superare il confine della consuetudine, della stagnazione, deve sapere ed avere il desiderio di guardare oltre il confine del proprio piccolo orticello. Le potenzialità che può sviluppare la professione sono enormi e di ciò sembrano essere paradossalmente più consapevoli gli altri operatori e professionisti che gli stessi infermieri.

*Luigino Schiavon*

# 100 CASI DI SPRECO NELLA SANITÀ

Confesercenti

Roma, 19 giugno 2006

## Premessa

Esami inutili, ricoveri impropri, terapie inappropriate, interventi chirurgici evitabili, troppe intelligenze sacrificate. Questa è la ragione per cui la Sanità costa sempre di più e il costo diventa insostenibile.

Nella cultura dello spreco, più esami si fanno e meglio si crede d'essere curati. Come medico, più si prescrive e più si è bravi. Lo spreco ha finito per generare costi insostenibili, in equità e malessere sociale.

La riflessione sulla sanità italiana pone giustamente l'accento sulla cultura dello spreco che domina la sanità moderna.

Per garantire qualità nella medicina non servono nuove leggi né drastici tagli. Bisogna modificare le cattive abitudini, sostenere scelte sicure, responsabili, risanare con saggezza un settore in cui le risorse non sempre sono utilizzate al meglio.

Anzi, come vedremo, danno luogo a fenomeni sempre più estesi di spreco delle risorse e cattivo funzionamento. Si deve parlare di spreco anche in presenza di una cattiva gestione dei rischi in ospedale, che determina richieste di danni da parte dei pazienti pari a 2,5 miliardi di euro.

Siamo un paese che apparentemente conta molto sulla sanità. Abbiamo infatti un medico ogni 165 abitanti per cui l'incidenza percentuale è dello 0,60 e quella per mille abitanti del 6,0%. Ad essi si aggiungono i 51.975 odontoiatri, uno ogni 1.124 residenti. Un record negativo - visto che i disoccupati nella professione sono ormai un esercito (circa 80mila) - che non ha eguali negli altri Paesi dove, in media, il rapporto medici/abitanti è circa la metà di quello italiano.

C'è poi il nodo della cosiddetta "devolution". I risultati di un recente sondaggio effettuato tra gli operatori della sanità sono esemplari. Sono stati interpellati 4.000 medici di famiglia ed il 62% ha espresso parere negativo. La confusione è totale. Mentre da un lato si proclama la totale competenza regionale sulla sanità, dall'altro nella stessa legge si afferma l'esatto opposto e cioè che lo Stato è il titolare della salute dei suoi cittadini. Come stupirsi se è enormemente aumentato il ricorso alla Corte costituzionale da parte di Stato e Regioni?

Ormai questo contenzioso costituisce il 25% dell'intero impegno della Corte su conflitti di competenza rivendicati ora dall'uno, ora dall'altro. A ciò si aggiungono altre decisioni incredibili come quella di assegnare la competenza della ricerca farmacologica alle regioni avviando una ulteriore frammentazione della ricerca. Insomma le parole d'ordine di questi ultimi anni (autonomia, federalismo, "devolution") hanno dato luogo solo a confusione e sprechi.

---

<sup>1</sup> Si veda ad esempio "Malati di spreco. Il paradosso della Sanità Italiana" di Paolo Cornaglia-Ferraris e Eugenio Picano.

---

Il Rapporto è stato curato dall'Ufficio Economico di Confesercenti Nazionale in collaborazione con il CESPES, Centro Studi politici, economico-giuridici e sociali.

Quanto alla razionalizzazione, non è partita affatto. Nel 2001 governo e regioni si accordarono per tagliare i posti letto in esubero, ridimensionare i piccoli ospedali e poco utilizzati (con un tasso di utilizzo inferiore al 75%) e soprattutto costruire e rammodernare centri dove accentrare le specialità.

L'operazione era finalizzata al risparmio ma anche alla centralizzazione di reparti di eccellenza. E per fare queste centralizzazioni vennero stanziati anche i fondi, circa 17 miliardi di euro, per le ristrutturazioni e gli eventuali lavori. Oggi a cinque anni di distanza solo la metà delle regioni hanno investito quei finanziamenti. Molte non hanno nemmeno fatto la domanda per avere le risorse.

I numeri parlano chiaro: il fondo sanitario è cresciuto dai circa 48 miliardi di euro del 1995 ai circa 90 miliardi di euro del 2005, con una contemporanea crescita anche della spesa diretta che devono sostenere i cittadini, passata nel medesimo periodo da circa 10 miliardi ai circa 25 miliardi attuali. Un tasso di crescita annuale ben superiore a quello programmato, che non ha corrisposto al miglioramento delle prestazioni.

Non basta: se la finanziaria 2006 stanziava 91 miliardi, il fabbisogno tendenziale indica una cifra variabile fra i 96,1 e i 97,6 miliardi, cui vanno aggiunti gli oneri dei rinnovi contrattuali, stimati dalle Regioni attorno ai quattro miliardi.

Per la Corte dei Conti i risultati del 2005 sono stati superiori alle stime prese a riferimento dal governo. Inoltre la spesa sanitaria dal dicembre 2005 e nei primi mesi del 2006 mostra "una nuova inversione di tendenza". E' questo però un vecchio gioco. "La sottovalutazione dei costi non è una situazione nuova: così è sempre accaduto negli ultimi sei anni".

Tra i tanti sprechi evidenziati, colpisce che gli ospedali italiani spendano ogni anno almeno 5 miliardi di euro per gli acquisti di farmaci e beni biomedicali, mentre una diversa organizzazione consentirebbe di risparmiare qualcosa come 500 milioni di euro all'anno. Basta infatti un computer, il collegamento ad internet ed un software in grado di gestire ordini ed approvvigionamenti per ridurre gli sprechi. Ma questa strada è ostacolata anche dalla legge: una rete tra gli ospedali ne violerebbe l'autonomia gestionale.

Un altro capitolo riguarda i farmaci. In Italia abbiamo i prezzi dei farmaci più bassi d'Europa quando le scatole escono dagli stabilimenti di produzione. E tra i più alti quando i medicinali arrivano tra le mani dei cittadini.

La ragione è presto spiegata: i margini di ricarico a favore della distribuzione finale (farmacie) e intermedia (grossisti) in Italia sono tra i più elevati. Lo stabilisce una ricerca del "Caveas" il Centro di economia sanitaria dell'Istituto Mario Negri di Milano che ha preso in considerazione i prezzi di 20 farmaci di classe "A" più venduti in Italia sia nel nostro che in altri sei Paesi europei presi come riferimento. Le cifre dicono che per quanto riguarda il prezzo medio industriale, per 10 farmaci su 20 l'Italia ha fatto registrare i valori più bassi. Le differenze esplodono quando si sposta il confronto sui prezzi al pubblico praticati nei sette Paesi per gli stessi 20 farmaci. In questo caso entrano in gioco due fattori: sicuramente conta l'IVA (che oscilla dal 16% della Germania all'aliquota zero dell'Inghilterra), ma il fattore che conta di più è sicuramente il margine riconosciuto per legge alla distribuzione.

C'è di più. Dal 2000, anno di entrata in vigore della legge 388, i prezzi in Italia hanno avuto un'impennata ben superiore all'inflazione.

Il sistema è costoso ma, in ultima analisi, poco attento agli utenti, dato che la loro voce è sovente coperta da altre esigenze molto più forti: quella della politica e quella delle retribuzioni, slegate da merito e produttività.

Il benessere e la sicurezza di una nazione, prima ancora che con le percentuali del Pil, si misurano con lo stato di salute della sua popolazione.

La salute condiziona infatti la possibilità o meno di partecipare alla vita sociale, di lavorare e creare ricchezza, di studiare e produrre sapere e cultura. Limitare gli sprechi potrà contribuire grandemente a tale fondamentale obiettivo.

## Alcuni dati "di struttura"

Istituti di cura totali (2003)	1.367
Di cui pubblici	752
Posti letto	239.855
Posti letto per 1000/abitanti, Italia	4,16
Posti letto per abitante min, Campania	3,03
Posti letto per abitante max, Lazio	5,37
Numero ricoveri (2003, milioni)	8,4
Ricoveri/1000 abitanti	146,5
Numero ricoveri (2000, milioni)	9,4
Ricoveri/1000 abitanti	163,5
Degenza media 2003 (giorni)	7,6
<hr/>	
Numero medici Italia	330.000
N.medici/1000 abitanti Italia	5,7
Numero medici Francia	198.000
N.medici/abitante Francia	3,4
Numero medici Germania	273.000
N.medici/abitante Germania	3,3

## Alcune proposte per possibili risparmi annui della spesa sanitaria

Misura	Risparmio (mln euro)
<b>SSN</b>	
Migliore utilizzo macchinari	1.700
Migliorare la gestione per ridurre rischi di errori	2.000
Riduzione del 20% delle ricette e dei relativi costi per SSN	2.000
Acquisti telematici	500
Riduzione 50% esodi sanitari	1.000
Migliorare la dimensione delle confezioni di farmaci in flacone	800
Riduzione del 20% del ricovero improprio di persone anziane	1.000
Riduzione del 20% di ricoveri impropri per interventi chirurgici	2.000
<b>TOTALE</b>	<b>11.000</b>
(Equivalente al 12% della spesa; 0,8 punti di PIL)	
<b>Famiglie</b>	
Riduzione del 30% dell'acquisto di farmaci	1.500
Aumento della quota di farmaci generici dall'1,5% al 20%	1.500
Rendere più efficiente il sistema delle prenotazioni	300
Migliorare la dimensione delle confezioni di farmaci in flacone	800
<b>TOTALE</b>	<b>4.100</b>

## A. Ospedali e dintorni

1. **Nosocomio fantasma** Costato 17 miliardi di vecchie lire, l'ospedale Nuova Villa Malta a Sarno ha resistito anche all'alluvione che ha travolto il paese. Ma non è mai stato né sarà utilizzato.
2. **Damocle in ospedale** In Italia ogni anno su otto milioni di ricoveri in strutture pubbliche circa 320 mila pazienti (il 4 per cento) denunciano danni, dei quali un quarto dovuti a colpa professionale accertata. Più specificamente, nel 20% dei casi la responsabilità dei danni al paziente è attribuita al personale sanitario, nel 13,8% al medico chirurgo, nel 12,5% al medico specialista. Le richieste di risarcimento sono oggi circa 150 mila, di cui 12 mila pendenti da tempo davanti ai giudici. Si calcola che ogni denuncia costi in media al Sistema sanitario nazionale circa 26.750 euro.
3. **Rimborsi miliardari.** Cinque miliardi di euro: è quanto costa allo Stato Italiano l'uso improprio del DRG, il sistema di rimborso per le prestazioni sanitarie. Fonte: dr. Mario Blandini, Procuratore Generale della Repubblica, al convegno "Sanità: spese e sprechi- l'ottimizzazione delle risorse e la salute del cittadino" 11 gennaio 2006 Milano)
4. **Cemento armato** A Boscotrecase (Torre Annunziata) i lavori per l'ospedale sono iniziati nel '65, abbandonati nel '72, ripresi nell'84 e oggi di nuovo bloccati perché tre anni fa al secondo piano del nosocomio gli inquirenti hanno scoperto un deposito di armi della camorra.
5. **Pubblico o privato** Dei 12,8 milioni di italiani ricoverati in ospedale negli ultimi 12 mesi, 1,8 mln (14,5%) si è ricoverato nelle case di cura private. Per l'87,2% degli italiani l'ospedale come struttura pubblica o privata non fa differenza. Per le casse dello stato si è visto che la spesa assorbita dal privato è infatti superiore di circa 4 miliardi di euro all'anno.
6. **Caro letti** Un ricovero in Friuli costa 3.108 euro; in Veneto 1.766. Un ricovero per cirrosi in Val d'Aosta costa 4094 euro; in Toscana 2977 euro. Se le regioni facessero pagare il costo della regione più virtuosa, i risparmi sarebbero elevati: almeno 5 miliardi di euro. (Fonte: Osservatorio Terza età)
7. **Vigilanti del nulla** La Regione Campania decide nel 1992 la costruzione, in provincia di Avellino, di un Centro oncologico pediatrico, mai utilizzato, nonostante 6 milioni di euro spesi dalla Regione Campania e dai fondi europei, i macchinari modernissimi, i 30 medici ricercatori assunti, il direttore scientifico e persino 10 vigilanti di guardia alla struttura.
8. **Ospedali**, la riforma può attendere. L'8 agosto 2001 il governo si accordò con le regioni per tagliare i posti letto in esubero, ridimensionare i piccoli ospedali e poco utilizzati (con un tasso di utilizzo inferiore al 75%). Ma solo la metà delle regioni ha finora attuato il piano.
9. **Migrazioni prostatiche.** Si calcola che un'asportazione parziale della prostata, senza complicanze, costa in Puglia 4.380 euro, in Piemonte 4.284, a Milano 3.582 e in Umbria 8.087 euro.
10. Opere infinite. Per il centro di riabilitazione di Pizzo Calabro (istituito nel 1959) sono stati spesi oltre 2,5 milioni di euro. Ora non ci sono altri fondi a disposizione, la fine dei lavori è ignota. Per l'Ospedale di Oppido Mamertina in Calabria, i lavori iniziati più di vent'anni fa mostrano già segni di cedimento nelle strutture portanti.
11. **Poco sole a Mezzaselva.** Ad Asiago negli anni trenta fu realizzato un ospedale elioterapico nel bosco di Mezzaselva, sulle pendici del Monte Erio. Negli anni 70 nacque anche una struttura per la Riabilitazione Neuromotoria. Ma l'Istituto, recentemente ristrutturato dalla Regione Veneto, resta ancora misteriosamente chiuso.
12. **Il controllo non abita in ospedale.** Per la mancanza di adeguati controlli interni ai singoli enti con il risultato che ospedali, Asl e le stesse regioni non segnalano mai anomalie che pur esistono e sono a volte gravissime. Si va dai veri e propri illeciti che nel 2005 hanno riguardato il settore sanità per un 30%, al versante degli sprechi tout court in cui rientrano la costruzione di strutture specialistiche inutilizzate e sofisticate apparecchiature mai usate. Tra i reati più diffusi la magistratura contabile segnala il

13. **Parcheggi geriatrici.** Ogni anno lo Stato italiano spreca fino a 8 miliardi di euro per ricoverare vecchietti che le famiglie non vogliono tenere in casa. Lo rivela l'analisi fatta dall'Osservatorio della Terza Età che indica come gli anziani "parcheggiati" in ospedale costano all'Italia ogni anno circa 18 milioni di giornate di degenze.
14. **Mezzo secolo.** L'ospedale San Bartolomeo in Galdo (Benevento) è in costruzione dal 1956: i lavori, più volte interrotti, sono in corso dal 1998 su una nuova progettazione del '96. il costo è nel frattempo lievitato del 2.350%.
15. **Microstrutture.** Secondo una inchiesta del Senato l'Italia pullula di piccole strutture ospedaliere senza unità specialistiche adeguate, il cui scopo principale appare quello di rispondere alla miopia di qualche politico e di peggiorare la propria funzionalità.
16. **Parti scontati.** Un parto naturale in ospedale può costare in Trentino ben 1.727 euro; in Emilia Romagna solo 697.
17. **Maggiore età.** Una inchiesta del Senato ha denunciato che in Italia i tempi per l'operatività di ospedali o reparti ospedalieri in costruzione è superiore ai diciotto anni.
18. **Mutuati.** I medici di famiglia sono 0,9 per ogni mille abitanti. Molto meno che in Francia dove vige un rapporto di 1,5 medici di famiglia ogni mille assistiti. Gli italiani inoltre consultano di meno il medico di famiglia: 6,1 visite all'anno per abitante contro il 6,5 degli altri paesi industrializzati.
19. **Amianto ai pazienti.** L'ospedale "Santa Maria di Casasciola" di Gragnano, iniziato a costruire trentenni fa, completato nel 2001, dotato di tutte le attrezzature necessarie, non è stato mai aperto. I lavori iniziati nel 1978, bloccati nel 1980, per mancanza di finanziamenti. Nel 1990, la ripresa dei lavori, ma è tutto da rifare, perché è stata riscontrata la presenza di amianto.
20. **Spettri sanitari.** Oltre agli ospedali fantasma, la nostra sanità presenta anche un ospedale da tempo afflitto da un fantasma che si aggira in corridoi e sale operatorie: trattasi dell'ospedale Serristori a Figline Valdarno, allocato nella Villa di S. Cerbone, dove vagola lo spettro della duchessa Veronica Cybo. Il fantasma si manifesta volentieri durante i mesi estivi e subito dopo Natale nell'ala di alcuni uffici amministrativi, che per l'occasione vengono chiusi.
21. **Gioia a perdere.** La Regione Calabria, nel 1984, decise la costruzione di un grande ospedale, nella pianura di Gioia Tauro. Una struttura mai terminata, che va progressivamente in rovina nonostante sale operatorie perfettamente attrezzate e i molti milioni di euro spesi negli anni.
22. **Giungla di tariffe.** Tra le tariffe ospedaliere delle varie regioni ci sono diversità abnormi. Eliminandole ed attestandosi al livello della regione più virtuosa, il Servizio sanitario nazionale potrebbe risparmiare fino a 5 miliardi di euro.
23. **Investimenti psichiatrici.** La Regione Abruzzo, all'inizio degli anni Settanta, avvia i lavori di costruzione, nella pianura di Santa Maria Imbaro (CH) di un ospedale psichiatrico, costato negli anni centinaia di miliardi di vecchie lire. A trent'anni dall'inizio dei lavori, l'ospedale non è ancora terminato. Intanto nel 1978 la legge 180 sancì la chiusura definitiva degli ospedali psichiatrici. Si decise di destinare parte della struttura all'istituto di ricerca medica e farmacologica Mario Negri di Milano. Ma gli altri padiglioni restarono inutilizzati. Oggi si parla di abbattere gli edifici abbandonati e costruire un centro diurno per persone disabili, tre case famiglia, un laboratorio e un'azienda agricola.
24. **Altri fantasmi.** E' ormai nota la vicenda dei lavoratori "fantasma" dell'ospedale romano Sant'Andrea. Non si sa quanti siano (pare quattrocento) e cosa facciano. Una vicenda che si trascina sin dalla nascita dell'ospedale, sorto da una costola del Policlinico e vissuto troppo a lungo dentro l'ambiguità di essere per metà ospedale e per metà università. Si tratta soprattutto di lavoratori interinali ma anche di lavoratori di cooperative, tutti con contratti differenti. Ma chi pagherà per la loro stabilizzazione?
25. **Cesarei che passione.** L'Italia detiene il record europeo quanto a parti cesarei. Ma in Campania, e a Napoli in particolare, la percentuale di parti cesarei è la più alta del mondo: il 50%, contro una media



consigliata dall'Oms del 15%. Pare che gli ospedali campani abbiano timore di cause per danni alla nascita: ma forse il motivo è un altro. Il Ministero della Salute paga infatti circa 1.000 euro in più il parto cesareo rispetto a quello naturale e alcune assicurazioni rimborsano solo parti cesarei.

26. **Posti letto a cinque stelle.** Quanto costa annualmente un posto letto in ospedale? Anche qui la confusione è totale. Il minimo è dei presidi delle Asl con i 29.990 euro dell'ospedale di Gerace, in provincia di Reggio Calabria. Ma c'è anche il massimo con i 462.500 euro del presidio " F. Pentimalli " di Palmi ( Reggio Calabria). Un vero record.

27. **Ricoveri al top.** Quanto costa un ricovero in ospedale? Difficile capirlo. Si va dal minimo di 1.686 euro per un ricovero al " Vittorio Emanuele " di Gela al massimo di 5.603 euro del S. Maria della Misericordia di Udine tra le aziende "generaliste" e di 8.953 al Maria Adelaide di Torino, che però è un ospedale traumatologico. Stesso discorso per gli ospedali Asl, dove si passa dai 1.113 euro del " Suor Cecilia Basarocco " di Niscemi ai 9.475 euro del " Luciano Armani " di Arco.

28. **Caro appendice in Umbria.** Un banale intervento di rimozione dell'appendice, (senza complicanze) può costare allo Stato 2.242 euro in Toscana, 2.527 a Milano, e fino a 5.549 euro in Umbria. Che non brilla anche in altre operazioni. Un'asportazione della colecisti (senza complicanze) costa in Toscana 2.496 euro, a Milano 2.611 euro e in Umbria addirittura 5.051.

29. **Pericolo radiazioni.** L'Ospedale Civile di Careggi (FI) nel reparto di Radioterapia, ospita apparecchiature con sorgenti di Co -60 (cobalto 60) che giacciono inutilizzate da anni, con evidente pericolo per la sicurezza e l'incolumità dei visitatori.

30. **Ospedali infiniti.** È un vero record. Abbiamo, in Italia, ben 126 ospedali che non sono stati mai completati. In prima fila la Sicilia con 34, segue la Puglia con 22. Anche il Lazio non se la passa male, con 10 ospedali incompiuti. Costo complessivo delle opere: 8 miliardi di euro, dei quali oltre la metà spesi; posti letto realizzati: zero.

31. **Macchine.** Gli ospedali italiani avrebbero il primato europeo dei macchinari medici che restano inutilizzati o sottoutilizzati, senza ammortizzare la spesa, per un valore di circa 1,7 miliardi di euro complessivi.

## B. Gli esami non finiscono mai

32. **Prescrizioni a pioggia.** Denunciati dalla Corte dei Conti 560 medici di famiglia, rei di essere "iper-prescrittori". Di essere cioè medici che prescrivono farmaci in modo maggiore rispetto alla media degli altri loro colleghi.

33. **40 milioni di TAC.** Non c'è da stupirsi, allora, se l'Italia detiene il primato mondiale delle TAC effettuate: ben 40 milioni all'anno. Tutte utili? Le regioni, che dovrebbero controllare, dormono sogni tranquilli...

34. **Liste di attesa.** Tuttora inutilizzati 150 milioni di euro, con la finalità di ridurre i tempi d'attesa per le visite sanitarie urgenti. Il piano prevedeva che il fondo fosse ripartito tra le regioni e che 50 milioni fossero destinati per l'attuazione dei Centri unici di prenotazione (Cup). A livello nazionale il provvedimento imponeva un tempo massimo d'attesa non superiore ai 30 giorni, 60 per le prestazioni diagnostiche. Ma per ora resta sulla carta. E solo il 23% dei siti web di Regioni, Asl, IRCCS, Aziende ospedaliere e policlinici fornisce dati su tempi e liste di attesa. Liste di attesa troppo lunghe hanno conseguenze anche sul versante della spesa se, mantenendo i pazienti in stato di incertezza, prolungano cure ed acquisti di medicinali.

Fonte: *Ministero della salute*

35. **Corse ad ostacoli.** In Italia prenotare una prestazione sanitaria telefonicamente prevede attese che possono giungere sino a 40 minuti o con linee sempre occupate, telefoni staccati, fascia oraria del

servizio ridotta. I centri unici di prenotazione sono rari e talvolta inefficienti. Il costo delle prenotazioni per il sistema e per i cittadini è valutato in almeno 300 milioni annui.

36. **Rimborsi a premio.** Il rimborso dovuto per un esame clinico può variare persino all'interno della stessa struttura, a seconda che la prognosi del paziente sia più o meno infausta ed anche se il lavoro che ha già fatto l'equipe chirurgica è identico. L'applicazione di criteri omogenei potrebbe portare a risparmi nell'ordine dei 250 milioni di euro.

37. **Scantinati.** Quattro funzionari del Policlinico Umberto I hanno fatto acquistare, e mai utilizzato, apparecchiature radiologiche, nascoste in uno scantinato, con un danno valutato dalla Corte dei Conti in oltre due milioni di euro.

38. **Boomerang.** Con una campagna di comunicazione dedicata al benessere dell'anziano, il ministero della Salute ha consigliato un set di esami medici. È stato calcolato che se tutti i cittadini italiani nella fascia di età interessata seguissero i consigli ministeriali, si effettuerebbero 67 milioni di prestazioni in un anno, contro i 18 milioni strettamente necessari. Il costo per il Servizio sanitario crescerebbe di 1,3 miliardi di euro, di cui 528 milioni (il 40%) graverebbero direttamente sulle tasche dei cittadini, attraverso il ticket. Se il ministero si limitasse a suggerire solo gli esami utili, il costo scenderebbe a 254 milioni di euro, di cui solo 32 (il 13%) a carico dei cittadini.

39. **Campa cavallo.** Per una mammografia, nel 46,6% dei casi, l'appuntamento è fissato dopo 60 giorni dalla prenotazione; nel 31% dei casi occorre aspettare tra i 16 e i 60 giorni, mentre solo il 14,5% delle prestazioni è assicurato nell'arco delle due settimane. Nel Molise e della Liguria le prestazioni sono erogate nell'arco dei 60 giorni, in Abruzzo, nelle Marche e nelle province autonome di Trento e Bolzano occorre sempre attendere più di due mesi. Il record dei ritardi spetta a Ravenna, dove per una visita oculistica il primo appuntamento può capitare addirittura 19 mesi più tardi.

Tecnologia, chi la conosce? Numerose regioni non sanno spendere per ammodernare il sistema e, dunque, poter meglio risparmiare. In particolare, nell'ambito del programma straordinario di investimenti in tecnologie sanitarie la Calabria ha speso solo il 14% di 400 milioni di euro, la Campania il 26% di 1.100 milioni e la Puglia il 29% di 800 milioni.

41. **Un rottame di nome Policlinico.** Fosse un'auto, sarebbe stata già rottamata; trattandosi di un policlinico, quello Consorziale di Bari, rimane un formidabile esempio di spreco e cattiva gestione delle strutture sanitarie pubbliche. L'identikit dell'ospedale non lascia speranze: barriere architettoniche inamovibili, lavori iniziati e mai ultimati, impianti non a norma, sale d'attesa improvvisate nei corridoi, assenza di segnaletica. E ancora: troppi reparti di chirurgia generale senza terapia intensiva; zero psicologi; niente radioterapia oncologica e Pet. In pratica su 30 padiglioni solo 4 o 5 sono salvabili. Finanziamenti permettendo.

## C. Un popolo di medici

42. **Consulenze.** A tre importanti nosocomi romani (San Camillo, Policlinico Umberto I, e Sant'Andrea) la Corte dei conti ha contestato danni erariali per consulenze ingiustificate che vanno dai 40 mila al milione e trecentomila euro.

43. **Ospedali, lamentele e tribunali.** Un cittadino su tre si lamenta di errori dei medici nella diagnosi o nella terapia. L'ambito più colpito è quello dell'Ortopedia col 18% delle lamentele, l'88% delle quali risultano alla fine fondate; seguono Oncologia e Ostetricia e Ginecologia col 13%, Chirurgia generale (12%). In fondo alla classifica, ma con sospetti di lamentele in crescita, ci sono Odontoiatria (6,6), Neurologia (4,1) e Urologia (3,9). Con richieste di danni da parte dei pazienti pari a 2,5 miliardi di euro.

44. **Ortopedico d'oro.** L'INRCA, l'istituto nazionale riposo e cura anziani (istituto pubblico di ricerca) di Ancona avrebbe retribuito nel 2004 un dirigente medico ortopedico con consulenze per 1.200 euro l'ora fino ad uno stipendio annuo aggiuntivo di 350.000 euro. Dal 2000 gli emolumenti corrisposti allo stesso medico avrebbero superato il milione di euro. Il deficit nazionale dell'INRCA ammonta a circa 50 milioni di euro. (Fonte: interrogazione alla regione Marche di Maria Cristina Cecchini Consigliere regionale di Sinistra Democratica)

45. **Contratti scoperti.** Nel 2005 la Corte dei Conti ha denunciato che erano sei i contratti pubblici carenti della copertura finanziaria. Cinque di essi riguardavano il settore della sanità. "Delle sei ipotesi contrattuali per le quali non vi è stata certificazione positiva - spiega la magistratura contabile - cinque si riferiscono al settore della sanità (in particolare, due di queste riguardano la parte economica del biennio 2002-2003 per il personale dell'area della dirigenza medica e veterinaria e dell'area della dirigenza dei ruoli sanitario, professionale, tecnico e amministrativo del Servizio sanitario nazionale), mentre altre tre concernono il personale convenzionato con il SSN (medici di medicina generale, medici specialistici ambulatoriali interni e altre professionalità interne ambulatoriali, nonché medici pediatri)".

46. **Un popolo di medici.** L'Italia è il primo paese al mondo per numero di medici rispetto alla popolazione residente. Abbiamo infatti 5,7 medici ogni mille abitanti, in Germania il rapporto è di 3,3 medici ogni mille abitanti, in Francia è di 3,4 mentre nel Regno Unito è addirittura di 2. Negli Usa il rapporto medico/mille abitanti si attesta a 2,7 mentre in Canada è a 2,1 camici bianchi ogni mille abitanti. (Fonte: FNOMCEO-Federazione Nazionale Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri). Nel Lazio si contano appena 135 cittadini per ogni dottore; in Liguria 139 abitanti per medico. Nella Valle d'Aosta e nel Trentino Alto Adige, invece si contano 234 e 231 abitanti per camice bianco.

47. **... e pochi infermieri.** Ci sono almeno 60 mila infermieri in meno rispetto al fabbisogno delle aziende sanitarie del centro nord. Il buco delle aziende sanitarie è legato in parte a carenze rispetto alle piante organiche - circa 26.000 unità in meno rispetto alle esigenze riscontrate - in parte alla mancanza di posti dal 1997 al 2005 nei corsi di laurea triennale. E se si dovesse rispettare lo standard Ocse di 6,9 infermieri ogni mille abitanti (da noi ce ne sono 5,4) ne servirebbero almeno 98mila in più. L'ultimo contratto sanitario ha consentito la promozione di un infermiere su due. Inoltre gli esclusi stanno ottenendo l'avanzamento grazie agli accordi nelle singole Asl. Costo per il sistema sanitario, valutato in 400 milioni di euro.

48. **Grafomani.** Medici dalla ricetta più veloce del West a prescrivere questo o quell'altro medicinale. Sono circa 564 i camici bianchi che nella sola Lombardia hanno causato nel 2004 un danno erariale di 25,428 milioni di euro alle casse dello Stato prescrivendo raffiche di medicine a seguito di regali delle case farmaceutiche.

49. **Raffiche di antibiotici.** La Asl Napoli 3 ha scoperto che otto medici hanno prescritto antibiotici in misura doppia rispetto a quanto previsto nel protocollo della regione. Con oneri per il sistema sanitario pubblico tra i 650 mila e il milione di euro.

50. **Se il danno aumenta i costi.** Prescrizioni poco leggibili, incomprensioni fra medico e infermiera, flaconi simili per sostanze diverse, sviste, operazioni chirurgiche semplici costate la vita a troppi pazienti: su 8 milioni di ricoverati ogni anno in Italia, 320 mila subiscono danni.

51. **L'errore regna in corsia.** Nel corso degli ultimi dieci anni, le denunce di errori medici sono aumentate del 184 per cento, passando da 3.150 nel 1994 a 7.800 nel 2002; quelle a carico di Aziende sanitarie locali e ospedali hanno invece segnato un aumento più misurato (31 per cento), passando dalle 5.100 del 1994 alle 6.700 del 2002. Lazio, Lombardia, Sicilia, Campania, Puglia, Calabria, sono le Regioni dalle quali provengono il maggior numero di denunce. Fonte: convegno "La responsabilità professionale del medico", promosso dall'Ospedale "Sacro Cuore-Don Calabria" di Verona.

52. **Cari indennizzi.** La Corte dei Conti spulciando i conti della Regione Campania ha rilevato per il personale della sanità campana un aumento del 49,8% per i buoni pasto e del 133,1% per l'equo indennizzo del personale.

53. **Prescrizioni maniacali.** La Asl Napoli 5 ha scoperto un medico che nel solo 1998 ha prescritto clisteri per un equivalente di 3 miliardi di lire.

54. **Ricette anomale.** Sei aziende sanitarie locali del Friuli sono sotto inchiesta per 160.000 ricette anomale: si sospetta una gigantesca frode.

## D. Amare medicine

55. **Confezioni.** A causa delle confezioni dei farmaci in flacone (che non consentono di utilizzare tutto il

prodotto) si ha uno spreco dal 20 al 30% di prodotto, che va a gravare sui bilanci familiari e sui conti dello Stato. Infatti il malato è costretto ad acquistare una seconda scatola del farmaco o a mantenere in giacenza, spesso fino alla scadenza del prodotto, la scatola. L'aggravio di spesa è calcolato in 1,7 miliardi di euro a livello nazionale.

56. **Antivirali.** Contro la possibile pandemia di influenza aviaria l'Italia ha stanziato 50 milioni di euro per costituire le scorte dell'antivirale Tamiflu che a parere di molti esperti sembra inutile persino per una semplice influenza umana.

57. **Regio decreto.** I farmacisti italiani trattengono su ogni medicina un quarto del prezzo di vendita al netto dell'IVA. I loro colleghi svedesi il 16%; quelli inglesi solo il 12,50%. Questo grazie ad un regio decreto del 1927 che consente ai 16.800 farmacisti italiani di incassare ogni anno dallo Stato 4 miliardi di euro. Il fatturato annuo dei farmacisti è pari a 16,3 miliardi annui.

58. **Ad ognuno la sua ricetta.** Ogni anno si prescrivono 478 milioni di ricette. Ogni cittadino riceve in media 8 ricette all'anno e costa al SSN 204,6 euro. Sette italiani su dieci ricevono ogni anno almeno una prescrizione farmaceutica: nel 2004 784 ogni mille abitanti, con un aumento del 35% rispetto al 2000. Dal punto di vista geografico, infine, la prescrizione dei farmaci è maggiore nel centro - sud rispetto al nord. La spesa farmaceutica rappresenta il 14,6% della spesa complessiva del servizio sanitario: l'incremento della spesa pubblica è imputabile quasi interamente ad un aumento delle quantità prescritte (+9,8%) e in misura minore allo spostamento della prescrizione verso farmaci più costosi (+0,6%), mentre i prezzi sono diminuiti dell'1%.

59. **Medicine scadute.** Il 64,3% degli italiani, soprattutto per pigrizia, non smaltisce i medicinali scaduti negli appositi contenitori. Tenuto conto che ogni famiglia elimina mediamente almeno 10 confezioni di medicine all'anno, si genera un danno ambientale enorme, stimato in almeno 4,5 miliardi di euro all'anno, con impatto anche sul sistema di trattamento dei rifiuti.

60. **Viagra gratis ma con ricetta.** La regione Veneto ha sì introdotto il ticket sulle ricette, ma rimborsa per intero farmaci anti impotenza come Viagra, Cialis, Levitra, Vivanza, Ixense, Uprima, Taluvian.

61. **Prezzi.** Dal 2000, anno di entrata in vigore delle legge 388, i prezzi dei farmaci in Italia hanno avuto un'impennata. Ad esempio, alcuni anticoncezionali, che in Spagna costano il 29% in meno e in Francia il 16% in meno, sono aumentati nel nostro paese di circa il 30%. Dal 2000 il prezzo di una pomata antimicotica, che in Spagna costa il 63% in meno e in Francia il 16% in meno, in Italia è aumentato del 50%. E ancora, una nota pomata antibiotica è passata da poco più di 7,00 euro nel 2000 ai 13,97 euro di oggi.

62. **Buco da ripianare.** La spesa farmaceutica netta a carico del SSN è stata nel 2005 di 11.847 milioni di euro, un valore superiore del 6% rispetto all'assegnazione prevista nell'ambito del Fondo sanitario 2005 (11.176 milioni di euro) e calcolata nella misura del 13% del finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza. Insomma, un altro buco finanziario da ripianare.

63. **Pillole in fumo.** Ogni anno, in Italia un miliardo di pillole finisce nella spazzatura: uno spreco che costa allo Stato 650 milioni di euro. Il 96% degli italiani ammette di buttare via 10 scatole mai usate ogni anno mentre il 3% arriva a 20 confezione. Fonte: Dipartimento economico dell'Osservatorio sulla terza età "Ageing Society".

64. **Margini.** Ogni farmacia italiana ha un margine medio netto di oltre 230 mila euro, pari al 24% del fatturato medio. Circa il doppio di una farmacia inglese.

65. **Lo sconto fantasma....** La legge 149 prevedeva sconti in farmacia. Ma a dicembre 2005, alla domanda di un sondaggio 'sei riuscito ad avere lo sconto sui farmaci da banco?' solo il 10,6% degli intervistati aveva risposto "sì", contro un 60,4% che non ne aveva visto traccia e un 28,9% che neanche sapeva si potesse ottenere. Fonte: Ministero della Salute

66. .... **E chi ci guadagna.** Da un'indagine condotta dall'Osservatorio per la Terza Età risulta che il 34% delle farmacie non applica sistematicamente ai cittadini lo sconto del 4,12% sul prezzo praticato al pubblico per i farmaci prescrivibili dal servizio sanitario nazionale (SSN) ma pagati direttamente. Considerato che in Italia la spesa farmaceutica ammonta in totale a poco più di 18 miliardi di euro (dei quali 11,15 miliardi a carico del SSN e 6,92 miliardi a carico delle famiglie) e che 732 milioni di euro sono

spesi dalle famiglie per l'acquisto di farmaci rimborsabili dal SSN, la mancata applicazione dello sconto determina un aggravio dei costi per i cittadini di oltre 10 milioni di euro su base annua, a cui si contrappone un maggiore ricavo per i farmacisti di oltre 20 milioni di euro, questi ultimi poi beneficiano anche dello sconto praticato all'origine dai produttori (6,8%). Mediamente ogni farmacia che non applica lo sconto sul prezzo al pubblico beneficia di introiti addizionali stimabili in circa 4 mila euro.

67. **Generici: liste in ritardo.** Che fine hanno fatto i farmaci generici? L'ultimo elenco del Ministero della Salute prevede molti nuovi principi attivi per i quali è intervenuta la scadenza brevettuale. Il 18% del totale dei medicinali sono principi attivi non coperti da brevetto quindi destinati a diventare generici. L'elenco di farmaci interessati dal sistema di rimborso è da tempo sul sito internet del Ministero, e la sua adozione consentirebbe meno sprechi e disagi per i cittadini, grazie al pronto aggiornamento da parte delle regioni della lista dei nuovi farmaci generici (gratuiti), emanata dal Ministero della Salute. Ad oggi solo poche regioni hanno provveduto ad aggiornare le proprie liste, ad introdurre cioè tali farmaci nel sistema cosiddetto dei generici.

68. **Prescrizioni sprecone.** Il Ministero della salute denuncia la diffusissima prescrizione di farmaci onerosi in luogo dei generici a pari effetto. Da noi si vendono solo 8 milioni di pezzi di farmaci generici su 530 milioni di farmaci. La quota di mercato costituisce dunque soltanto l'1,5% della spesa farmaceutica (115 milioni di euro) pur costando in media il 20% medio in meno. Ciò comporta un onere per lo Stato e per i cittadini.

69. **Stupefacente per caso.** Utilizzavano principi attivi farmaceutici stupefacenti per la produzione di pastiglie confezionate con false etichettature e truffavano lo Stato chiedendo il rimborso di specialità medicinali ad altissimo costo utilizzando ricette mediche intestate a pazienti inesistenti, morti o ignari. Artefici della truffa varie categorie di soggetti operanti nel settore chimico-farmaceutico con un danno del SSN per un ammontare di 13 milioni di euro.

70. **Comparaggio.** Un gigantesca inchiesta della magistratura italiana ha accusato alcune società farmaceutiche (Glaxo, Biofutura, Bracco, Novartis, AstraZeneca, Lusofarmaco, Recordati e Bristol) di aver compiuto negli anni una truffa da 20 milioni di euro ai danni del Servizio sanitario nazionale. Venivano corrotti medici, farmacisti ed informatori scientifici: i quattrini erano recuperati dalle aziende grazie alla valanga di prescrizioni. In dettaglio, sono stati denunciati: 2.579 medici di medicina generale e 62 dipendenti della Glaxo Smith Kline per comparaggio; 1.738 medici specialisti e 138 dipendenti Glaxo per concessione o promessa di premi o vantaggi pecuniari o in natura; 196 soggetti per corruzione tra cui 63 medici specialisti e farmacisti ospedalieri che in cambio di denaro o beni o consulenze si sarebbero accordati con gli uffici di vendita della GSK per favorire i medicinali prodotti dalla stessa azienda; 60 oncologi ospedalieri (primari, direttori di clinica o di unità complesse, aiuti) che nell'ambito del cosiddetto "progetto Hycamtin" avrebbero ricevuto somme per ogni paziente trattato; 73 dipendenti GSK (amministratori, dirigenti, quadri e dipendenti). Questi ultimi sono stati denunciati anche per associazione a delinquere. (Fonte: 453 articoli di stampa, 2003-2006)

71. **4 miliardi inutili.** In ogni famiglia ci sono farmaci inutilizzati per 200 euro. Moltiplicando questa cifra per 20 milioni di nuclei si arriva a 4 miliardi di spesa. Il 9% degli italiani confessa di conservare nell'armadietto di casa una scorta di oltre 20 medicinali.

72. **A tutto farmaco.** La spesa per i farmaci al Sud è doppia rispetto al Nord. Dai 333,39 euro pro-capite della Asl-A di Roma si passa ai 142,79 euro pro-capite della morigerata Bressanone. Dalle 11,3 ricette all'anno a persona della Asl F di Roma alle 5,2 di Brunico. Al top dell'iperspesa sanitaria ci sono la Sicilia ed il Lazio che nel 2004 hanno speso ben oltre la media nazionale.

73. **Spartizioni.** I titolari di una farmacia barese, con la complicità di alcuni pazienti, prescrivevano notevoli quantità di Emoclot, un costoso farmaco per la cura dell'emofilia a carico del Servizio farmaceutico della locale Azienda sanitaria. I truffatori si garantivano un guadagno di circa 105 euro a flacone prescritto, di cui 90 destinati ai farmacisti e i restanti 15 al paziente. Con un danno all'Erario quantificato in oltre 4 milioni di euro.

74. **Farmaci, in Italia prezzi record.** I prezzi dei farmaci in Italia sono più bassi d'Europa quando le confezioni escono dagli stabilimenti di produzione. Diventano i più cari quando arrivano ai malati.

Lo dimostra una ricerca che ha preso in considerazione i prezzi di 20 farmaci di classe "A" più venduti in Italia sia nel nostro come in altri sei Paesi europei presi come riferimento. Fonte: ricerca del "Caveas" il Centro di economia sanitaria dell'Istituto Mario Negri di Milano

75. .... **E la spesa continua a crescere.** La spesa farmaceutica registra un aumento boom nel primo bimestre 2006 sul primo bimestre 2005. Si tratta di un +11,4% mentre per marzo le stime provvisorie indicano un trend di almeno +13%. Aumenti consistenti dunque ma con la solita altalena tra le Regioni. La maglia nera va alla Puglia e all'Abruzzo, rispettivamente +203% e +18,7%, mentre le Marche e la Campania sono state le Regioni più virtuose con un aumento solo (si fa per dire) del 5,5%. (Fonte: Federfarma).

## E. Il risparmio può attendere

76. **Milioni a perdere.** La Puglia per mancanza di progettualità nel campo sanitario, negli ultimi 10 anni non ha utilizzato circa 550 milioni di euro a sua disposizione a titolo di finanziamenti europei.

77. **Non ti pago.** Un pagamento del Servizio sanitario nazionale può arrivare a tardare fino a 500 giorni, con elevati costi derivanti dagli altissimi interessi di mora, in quanto la legge stabilisce pagamenti a 90 giorni. Si crea pertanto un debito sommerso valutabile in 300 milioni di euro. La situazione più delicata riguarda Lazio, Puglia e Lombardia, che da sole assorbono complessivamente poco meno del 50% dello scoperto totale.

78. **Risparmi aleatori.** Secondo la Corte dei Conti il risparmio di spesa di 2,5 miliardi, previsto dalla Finanziaria 2006 sulla spesa sanitaria, "appare di non facile realizzazione" e questo "nonostante la persistenza di margini per una riduzione delle inefficienze e per un più appropriato utilizzo delle strutture di ricovero".

79. **Assicurati due volte.** Sono 40 i miliardi di euro spesi, in dieci anni, dal sistema sanitario nazionale per curare cittadini coperti da assicurazioni sanitarie.

80. **Fuga dalla Calabria.** Sono settantamila i calabresi che nel 2004 hanno scelto di ricoverarsi fuori Regione; mentre la spesa farmaceutica risulta fuori controllo, con uno sfioramento del 13% per il 2005 del tetto del fondo sanitario regionale, di 3 punti circa. A causa delle migrazioni sanitarie Cosenza riceve 22.472.495 euro in meno della quota complessiva che invece spetterebbe in proporzione agli abitanti; non ride Reggio Calabria, che perde 11.862.111 euro.

81. **La salute non corre sul filo.** Gli ospedali italiani spendono ogni anno almeno 5 miliardi di euro per gli acquisti di farmaci e beni biomedicali. Ma a parità di beni acquistati, si stima che un sistema telematico di ordini consentirebbe di risparmiare almeno il 10% della spesa, pari a 500 milioni di euro all'anno.

82. **Regioni a rischio deficit.** Lazio, Sicilia, Sardegna, Campania, Calabria e Puglia. Sono queste le regioni italiane che più delle altre hanno sfiorato la spesa farmaceutica. Rispetto al tetto del 13% a cui tutte le regioni devono attenersi per la spesa farmaceutica c'è una differenza di 7,1 punti percentuale tra il Piemonte (la regione più virtuosa) e il Lazio che supera il limite del 13% di 5,9 punti.

83. **Inutili ricoveri.** Quasi 13 milioni di italiani in ospedale negli ultimi 12 mesi: ma l'Agenzia per i servizi sanitari regionali (Assr) ha calcolato che ben 3 ricoveri su 4 per interventi chirurgici di routine non richiederebbero il ricovero in ospedale. Come, a esempio, le patologie di orecchio, naso e gola o le alterazioni dell'equilibrio, che "ricoverano" rispettivamente nel 91% e l'87% dei casi. Se il sistema sanitario spostasse dal ricovero in ospedale agli interventi sul territorio (day-hospital, day-surgery e ambulatorio) almeno un milione di prestazioni. Considerando l'ipotesi minore (ovvero il 25% pari a 17,6 milioni di giornate di degenza) ed un costo medio di ricovero di 650 euro al giorno, lo spreco stimato ammonta a oltre 11 miliardi di euro l'anno.

84. **Default.** Secondo le stime del Cnr il 30% dell'assistenza italiana viene oggi assorbita dagli ultrasettantacinquenni, che rappresentano solo il 7% della popolazione. Considerando il trend in essere dell'invecchiamento, e in assenza di correttivi, è facile concludere che tra poco più di un decennio questo ritmo di spesa non sarà più sostenibile. Sarebbe più opportuno per molti di questi casi utilizzare

settimane. Ci si chiede allora perché il progetto è rimasto nel cassetto del Ministero per ben quattro anni. Lasciando inalterati sprechi per milioni di euro.

95. **Tessere inutili?** Forse sono inutili i milioni di nuove tessere sanitarie, distribuite dal ministero dell'Economia e delle Finanze ai cittadini. Infatti non contengono né il gruppo sanguigno, né l'indicazione delle allergie ai farmaci, né il nome del medico di base. Il costo dell'operazione tessere è stato di 80 milioni di euro.

96. **La carica dei falsi poveri.** Nella ASL Napoli 3 si contano 87.156 esenti da ticket su 341.346 assistiti, il 22 per cento. Ma la ASL stima che ben 20.000 esenzioni siano dovute a falsi casi di indigenza.

97. **Soubrette e calciatori.** E' iniziato in questi giorni a Roma il processo per la truffa mediante ricette false che è costata allo Stato trenta milioni di euro. Il processo, avviato sulla base di 92 fascicoli inviati alla magistratura dal nucleo antisofisticazioni dell'Arma dei Carabinieri. Riguarda ben 181 gli imputati coinvolti nella truffa che accanto alle ricette false recuperavano farmaci vietati, rivenduti a peso d'oro a soubrette e calciatori.

98. **Appalti truccati.** Indagini a tappeto in alcune ASL pugliesi per 31 milioni di appalti pilotati, arrestate già 16 persone per associazione a delinquere.

99. **Disavanzo record.** Nella Regione Lazio si profila un record di disavanzo sanitario, relativamente agli anni 2003, 2004 e 2005: 3,4 miliardi di euro. Chi ripianerà? Cittadini (Irpef) e imprese (Irap), come prescrive la legge finanziaria 2005?

100. **Ospedali.** Nella regione Abruzzo (un milione di abitanti) si contano ben 37 ospedali. Premi I manager della sanità abruzzese (stipendio: 143.000 euro annui) hanno incassato un premio di risultato del 20% (28.600 euro) nonostante i conti della sanità regionale siano da tempo in passivo. Nella regione Lazio, che quanto a deficit non se la passa meglio, il bonus ai manager va dai 10.000 ai 25.000 euro. Nella regione Sicilia, al top del deficit, i dirigenti delle 31 unità sanitarie locali ricevono da anni 30.000 di premio.

## UN PROGETTO FATTO PER GLI INFERMIERI

*Formazione a distanza*

Sono più di 6.000 gli infermieri che nel solo mese di giugno si sono iscritti al progetto ECCE-InFAD a sottolineare l'apprezzamento per l'iniziativa.

La possibilità di una formazione non nozionistica basata sulla pratica quotidiana e la libertà di scegliere il momento da dedicare alla formazione sono solo due degli aspetti graditi agli infermieri. Dall'analisi di circa 30.000 questionari di valutazione da parte degli utenti emerge che il 98% degli infermieri ha apprezzato la facilità d'uso, l'86% dice di essere soddisfatto perché ha acquisito nuove conoscenze e il 98% che applicherà quanto appreso nella propria pratica quotidiana.

D'altra parte i numeri parlano chiaro: nel mese di giugno sono stati affrontati circa 40.000 percorsi formativi, con l'erogazione di altrettanti crediti ECM.

I percorsi più frequentati sono stati la gestione della stitichezza (con 3.000 utenti che l'hanno portato a termine con successo) e la tricotomia preoperatoria (con 2.900 utenti), ma anche gli altri hanno avuto successo (all'ultimo posto c'è l'uso della contenzione in casa di riposo scelto e superato da quasi 2.500 infermieri).

### COME ACCEDERE AL PROGETTO

o Collegarsi al sistema è semplice, basta avere un computer, una linea telefonica (non serve la banda larga o l'antenna satellitare) un collegamento a internet e una propria casella di posta elettronica.

o La prima volta che si entra nel sito <http://aifa.progettoecce.it/> è necessario registrarsi. Cliccando sul tasto "Registrati" si accede alla scheda di registrazione, completata la quale si ricevono direttamente in posta elettronica le chiavi di accesso (ID e PIN) al sistema.

o Si può accedere al sistema in qualunque momento della giornata (giorno e notte) e da qualunque computer.

### PERCORSI ON LINE

I casi on line sono: 1. Tricotomia pre intervento - 2. Pulizia della ferita - 3. Trattamento del bambino con febbre - 4. Calze compressive nel pre operatorio - 5. Idratazione dell'anziano- 6. Contenzione del paziente - 7. Gestione del piede diabetico - 8. Stitichezza nell'anziano - 9. Scompenso cardiaco - 10. Igiene orale nell'anziano - 11. Gestione del paziente in day surgery - 12. Dolore di spalla nel paziente emiplegico.

# 12 MAGGIO: ESPERIENZE DI CONFINE

di Katie De Biasio

**SCEGLIERE DI FESTEGGIARE LA GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE CON CHI HA VISSUTO "ESPERIENZE DI CONFINE".**

"Infermieri: esperienze di confine", questo è il titolo della serata proposta il 12 maggio 2006 a Mestre per festeggiare la giornata internazionale dell'infermiere. Molte sono state le iniziative intraprese ovunque per onorare tale ricorrenza, ma a mio avviso una nota di merito e di ringraziamento va attribuita all'IPASVI di Venezia, ed in particolar modo al presidente Luigino Schiavon, per aver scelto di festeggiare tale giornata in un modo così speciale. Nell'introduzione stessa della serata, il presidente ha espresso come tante potevano essere state le modalità per ricordare tale data, ma ha scelto specificatamente di dare voce e spazio alla condivisione di esperienze vissute da colleghi infermieri, iscritti all'IPASVI di Venezia, in paesi più disagiati. Esperienze che hanno trovato merito di esser presentate ai colleghi, per far comprendere meglio come l'infermiere abbia la possibilità effettiva di agire in ambiti diversi e di operare in varie parti del mondo per poter vivere esperienze di arricchimento professionale e soprattutto personale.

Le esperienze che sono state presentate in tale serata vedevano coinvolte persone che hanno speso del tempo, chi di anni, chi di mesi, chi di un breve periodo limitato alle ferie annuali, chi si impegna continuamente come operatrice di strada, che hanno permesso e permettono di vivere un'esperienza alternativa alla solita "corsia". Sono state proiettate slides con foto di varie realtà più o meno belle, dell'Angola, della Guinea Bissau, dell'Afghanistan che hanno accompagnato i partecipanti, sia del pubblico che i relatori stessi, a vivere con pieno coinvolgimento il tema della serata. Quella che si percepiva dal pubblico, durante le varie presentazioni, era un'atmosfera particolare, come se ciascuno vedesse, con queste testimonianze, realizzato un sogno che da anni si porta dentro. Molti infatti, si sono espressi direttamente manifestando un reale compiacimento per la serata e per aver compreso che sono esperienze possibili per chiunque.

Tutta la serata si è svolta in un clima così sereno e familiare che ha dato la possibilità di far emergere emozioni e sensazioni vissute, con grande libertà. Tale serata ha permesso inoltre l'incontro di persone che hanno un ideale comune, che vivono la stessa sensibilità interiore e che magari condividono lo stesso sogno, che però ancora non hanno trovato il modo o l'occasione per realizzarlo. Ecco perchè dico che è stata una serata speciale, perchè ha creato le condizioni per dare origine ad una rete di collegamenti, di riferimenti, fornendo ai partecipanti nomi, indirizzi, numeri di telefono e reali contatti per poter pensare concretamente di vivere finalmente un'esperienza desiderata da tempo.

La sensibilità che ci accomunava in quella serata è stata sottolineata anche dall'intervento di Mons. Fausto Bonini, Delegato Patriarcale e Parroco di S. Lorenzo, il quale nel suo intervento iniziale ha voluto citare l'enciclica di Papa Benedetto XVI°: "Deus caritas est" e richiamare l'attenzione di ciascuno noi al punto n° 31 dell'enciclica stessa.

Nell'enciclica il Papa infatti scrive: "...per quanto riguarda il servizio che le persone svolgono per i sofferenti, occorre innanzitutto la competenza professionale: i soccorritori devono essere formati in



in modo da sapere la cosa giusta nel modo giusto, assumendo poi l'impegno del proseguimento della cura. La competenza professionale è una prima fondamentale necessità, ma da sola non basta. Si tratta, infatti, di esseri umani, e gli esseri umani necessitano sempre di qualcosa in più di una cura solo tecnicamente corretta. Hanno bisogno di umanità. Hanno bisogno dell'attenzione del cuore. Quanti operano nelle Istituzioni caritative della Chiesa devono distinguersi per il fatto che non si limitano ad eseguire in modo abile la cosa conveniente al momento, ma si dedicano all'altro con le attenzioni suggerite dal cuore, in modo che questi sperimenti la loro ricchezza di umanità. Perciò oltre alla preparazione professionale, a tali operatori è necessaria anche, e soprattutto, la <<formazione del cuore>>...."

Monsignor Bonini ha sottolineato come ciascuno di noi, per essere un vero professionista, deve acquisire certamente delle competenze professionali, ma non deve dimenticare la formazione del cuore! La nostra interiorità è il più forte propulsore, è quanto ci fa vivere, ci fa agire, ci fa gioire, ci fa amare. E noi infermieri ci troviamo tutti i giorni dinnanzi alla persona che soffre, che chiede aiuto e... non cerca solo per il benessere fisico. Ha continuato il suo intervento dicendoci: la fonte dell'Amore non è il mondo, ma "Lui" Gesù Cristo che ci riempie continuamente di Amore vero, che non lo pretende in cambio, ma che desidera che noi lo doniamo agli altri e a chi ci sta davanti. Ci ha detto ancora: ricordatevi che S. Francesco diceva "E' donando che si riceve" quindi donate, servite pure con amore perchè chi dona amore non si impoverisce, ma si arricchisce.

Questo è stato un pensiero che ha fatto riflettere ciascuno di noi e quando si ha la fortuna nella vita di poter sperimentare quanto ci ha evidenziato, ci si accorge che è proprio vero, che anche le esperienze presentate e fatte in Africa, in Afghanistan, nella strada, sono esperienze che ci hanno costato lavoro, sacrifici, difficoltà, ma che però ci hanno permesso di arricchire "il Cuore". Speriamo che ciascuno nel suo piccolo ne possa fare esperienza.

AI LETTORI  
I DOCUMENTI DA INVIARE PER LA  
PUBBLICAZIONE DOVRANNO PERVENIRE  
ALL'INDIRIZZO E-Mail  
NOTIZIARIO@IPASVIVE.IT

IN FORMATO WORD  
FONT HELVETICA REGULAR  
DIMENSIONE CARATTERE 12

# MORTE: EVITABILE?

di Stefania Maso

## Atlante 2006 di Mortalità evitabile e contesto demografico per Usl

E' stato presentato il 23 febbraio presso l'Istituto Superiore di Sanità un Convegno Scientifico nel corso del quale verrà presentato il volume "ERA - Atlante 2006 - Contesto Demografico e Mortalità Evitabile". Si tratta del risultato di due anni di collaborazione di esperti della Cattedra di Igiene dell'Università di Roma Tor Vergata, del Servizio Sanità e Assistenza dell'Istat, del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità e della Nebo Ricerche PA. Lo studio, chiamato in acronimo ERA (Epidemiologia e Ricerca Applicata) si è proposto di descrivere il quadro demografico e la mortalità evitabile con rigorosi metodi scientifici, applicati ai dati di mortalità ufficiale più recenti, rilevati e resi disponibili dall'ISTAT, ad un livello territoriale molto fine, quello delle ASL.

Il quadro epidemiologico illustrato è costruito con indicatori sintetici riferiti a tutti gli specifici territori analizzati e intende fornire preziosi spunti di analisi e riflessione a tutti quei soggetti che a vari livelli, si occupino di politiche sanitarie e più in generale programmatiche, agli operatori di Sanità Pubblica, agli studiosi ed anche ai cittadini.

Lo studio è concentrato sulla mortalità evitabile, utilizzando i dati più aggiornati disponibili per realizzare un rilevante numero di indicatori. Lo studio approfondito della mortalità evitabile e delle sue cause è finalizzato ad acquisire le informazioni epidemiologiche che possono orientare in misura precisa e mirata gli interventi di prevenzione tesi a limitarla. L'obiettivo principale è di arrivare alla maggiore riduzione possibile dell'evento morte in età e per cause che possono efficacemente essere contrastate da politiche sanitarie attive, in definitiva per raggiungere lo scopo lusingato ma mai affrontato in termini quantitativi di aggiungere vita agli anni oltre che anni alla vita.

Questa indagine ha confermato il carattere multidimensionale della salute direttamente o indirettamente legata a componenti economiche e sociali legate al territorio, all'ambiente, alla qualità e allo stile di vita, ai modelli demografici e familiari che sono complementari alle caratteristiche fisiche e psichiche degli individui.

La mortalità evitabile rappresenta un interessante indicatore che consente di misurare e confrontare i periodi di vita persi per cause prevenibili e può fornire un utile contributo ai fini della programmazione di interventi di Sanità Pubblica.

1. La classifica 2006 della mortalità evitabile: uno strumento di politica sanitaria attiva

La mortalità evitabile è un indicatore sentinella che riguarda un evento in una delle sue forme

meno accettabili, la conclusione della vita in età 5-69 anni determinata da cause che possono essere attivamente contrastate dal sistema pubblico, in particolare sanitario: sono contrastabili, cioè riducibili in misura sensibile anche se mai azzerabili del tutto, le morti per cancro al polmone, attraverso una significativa diminuzione del numero di fumatori, le morti per infarto, se la rete del 118 riesce a contenere entro i 30 minuti il lasso di tempo tra la chiamata ed il ricovero ospedaliero e/o migliora la conoscenza clinica, le morti per incidenti stradali, ad esempio con misure come la patente a punti o il casco per la guida sulle due ruote.

### Tavola 1

Decessi avvenuti in Italia nel triennio 2000-2002 per causa di morte evitabile in età 5-69 anni

Cause evitabili per gruppo	Morti per cause evitabili	
	val. ass.	comp. %
<b>Prevenzione primaria</b>		
<i>Tumori</i>		
~ cavo orale	7.550	3,58%
~ fegato	11.093	5,27%
~ vie respiratorie	42.534	20,19%
~ vescica	3.613	1,72%
Malattie sistema circolatorio		
~ malattie cerebrovascolari	19.331	9,18%
Malattie apparato digerente		
~ cirrosi e altre malattie del fegato da alcool	2.635	1,25%
Traumatismi e avvelenamenti		
~ tutte le cause	36.086	17,13%
<b>Totale prevenzione primaria</b>	<b>122.842</b>	<b>58,32%</b>
<b>Diagnosi precoce e terapia</b>		
<i>Tumori</i>		
~ pelle	2.723	1,29%
~ mammella	16.348	7,76%
~ utero	3.274	1,55%
~ testicolo	213	0,10%
~ malattia di Hodgkin	640	0,30%
<b>Totale diagnosi precoce e terapia</b>	<b>23.198</b>	<b>11,01%</b>

Cause evitabili per gruppo	Morti per cause evitabili	
	val. ass.	comp. %
<b>Igiene e assistenza sanitaria</b>		
<i>Malattie infettive</i>		
~ tutte le cause	3.809	1,81%
<i>Tumori</i>		
~ leucemie	5.741	2,73%
<i>Disturbi psichici, mal. sist. nervoso e organi di senso</i>		
~ meningite	218	0,10%
<i>Malattie sistema circolatorio</i>		
~ cardiopatie reumatiche croniche	1.194	0,57%
~ malattia ipertensiva	6.169	2,93%
~ malattie ischemiche cardiache	39.126	18,57%
<i>Malattie apparato respiratorio</i>		
~ prime vie respiratorie	151	0,07%
~ polmoniti, influenza, bronchiti	6.678	3,17%
~ alveolite allergica; polmoniti da inalaz. di solidi o liquidi	93	0,04%
<i>Malattie apparato digerente</i>		
~ ulcera gastrica	367	0,17%
~ appendicite	38	0,02%
~ ernie inguinali e addominali	184	0,09%
~ disturbi cistifellea e vie biliari (escl. calcoli)	263	0,12%
<i>Complicazioni gravidanza, parto e puerperio</i>		
~ tutte le cause	40	0,02%
<i>Malformazioni congenite</i>		
~ malformazioni sistema cardiocircolatorio	537	0,25%
Totale igiene e assistenza sanitaria	64.608	30,67%
<b>Totale decessi per cause evitabili</b>	<b>210.648</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: elaborazioni ERA su dati Istat.

L'indicatore della mortalità evitabile è quindi un rilevante indicatore di politica sanitaria, perché permette oggettivamente di segnalare le situazioni più a rischio, di studiare contromisure e di verificare, nel tempo, il successo delle politiche intraprese.

Le morti evitabili erano 85 mila nel 1995 e sono progressivamente diminuite fino a meno di 70 mila secondo gli ultimi dati disponibili, riferiti al 2002.

Questi due numeri sono il punto di partenza per cercare la risposta a quattro importanti interrogativi:

- a) la mortalità evitabile è sensibilmente diminuita negli ultimi anni?
- b) se sì, si tratta del risultato di politiche pubbliche attive di livello nazionale, regionale e locale o di qualche cosa di più complesso?
- c) esistono forti differenze geografiche nella mortalità evitabile e cosa suggeriscono queste differenze?
- d) quali sono i principali strumenti per continuare a ridurre efficacemente la mortalità evitabile?

Tavola 2

### Mortalità evitabile in Italia (\*)

	Morti	Variazioni accumulate	
		<i>assolute</i>	<i>%</i>
	<i>v.a.</i>		
1995	84.929		
1996	82.033	- 2.896	-3,4
1997	80.693	- 4.236	-5,0
1998	78.974	- 5.955	-7,0
1999	74.821	- 10.108	-11,9
2000	72.066	- 12.863	-15,1
2001	69.811	- 15.118	-17,8
2002	68.771	- 16.158	-19,0

(\*) Numero di morti per cause evitabili in età compresa fra 5 e 69 anni dei quali risulta nota la provincia di residenza

Fonte: elaborazioni ERA su dati Istat.

L'evento morte prima di questa soglia è la sentinella, la cima di un iceberg di questa pienezza fisica, sociale, culturale ed anche lavorativa. Comprendere questa sentinella vuol dire misurare in modo semplice e semplicemente verificabile il piccolo perimetro emerso di questa pienezza. Ma ridurre questo fenomeno vuol dire intervenire sull'intero iceberg: ridurre le morti evitabili vuol dire fare prevenzione, fare ricerca clinica, migliorare i livelli di sopravvivenza, ridurre gli errori, migliorare i tempi di intervento, di diagnosi e di capacità di cura.

La riduzione della mortalità evitabile è il risultato di politiche pubbliche attive, in particolare sanitarie, o qualcosa di più complesso?

Due grandi ordini di fattori hanno contribuito a rendere possibile all'italiano medio di vivere oggi 15 anni più a lungo rispetto ai primi anni cinquanta:

- a) per un verso tutto quello che viene riassunto nella parola progresso (es. l'invenzione dell'air-bag e dell'abs, la qualità dei prodotti alimentari e le misure di sicurezza sui luoghi di lavoro ...)
- b) per l'altro l'evoluzione delle conoscenze e delle tecnologie sanitarie così come le politiche di prevenzione, cura e riabilitazione volute dalle Autorità sanitarie.

Abbiamo visto che tre sono i grandi gruppi di cause di morte (oltre ad una voce residuale) di quasi 70 mila morti evitabili registrati secondo i dati più recenti oggi disponibili:

Tavola 3

### Mortalità evitabile in Italia in età 5-69 anni per grande gruppo di cause. Anno 2002.

	Morti evitabili	
	v.a.	%
Tumori	30.781	44,8
Sistema cardiocircolatorio	21.125	30,7
Traumatismi e avvelenamenti	11.821	17,2
Altre cause	5.044	7,3
<b>Totale</b>	<b>68.771</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborazioni ERA su dati Istat.

- i tumori, che costituiscono la causa più rilevante tra quelle esaminate (il 45% del totale delle morti evitabili)
- le patologie del sistema cardiocircolatorio (in particolare l'infarto al miocardio) che hanno riguardato oltre 20 mila decessi (il 30% del totale)
- i traumatismi, soprattutto incidenti sulla strada e sul lavoro, ma anche morti per droga e crimine, che hanno coinvolto un caso su sei per un complesso di poco inferiore ai 12 mila casi.

Cosa permette di contrastare attivamente, nel tempo, le morti evitabili per tumore?

Sicuramente la ricerca clinica, nazionale ed internazionale, e il conseguente miglioramento delle terapie, come pure interventi attivi di prevenzione, ad esempio la lotta al tabagismo (cancro al polmone) o gli screening di massa per consentire diagnosi precoci (es. cancro al seno).

Anche la riduzione della mortalità per problemi cardiocircolatori ha uno spettro di azione molto vasto, che va dagli interventi sugli stili di vita, non ultima l'alimentazione, fino ai temi legati all'organizzazione sanitaria (tempestività dell'intervento) ed a quelli clinici (capacità di diagnosi e di cura).

I primi due grandi gruppi di cause, che insieme concorrono a formare il 75% del problema, cioè tre morti evitabili ogni quattro, hanno in definitiva uno spazio di intervento che riguarda largamente e direttamente le Autorità Sanitarie Pubbliche ed i centri di ricerca e sperimentazione, pubblici e privati.

La terza causa, le morti per trauma o comunque per incidente, presenta alcuni versanti tipicamente sanitari (rapidità ed efficacia degli interventi clinici e riabilitativi) ed anche fronti che sono responsabilità tipicamente non sanitarie e riguardano ad esempio il Ministero degli Interni e quello dell'Istruzione, la Pubblica sicurezza e la Protezione civile.

Tuttavia in base ai dati disponibili non è possibile distinguere, nemmeno con grande approssimazione, quanto la riduzione della mortalità evitabile sia da imputare al dispiegarsi delle politiche pubbliche attive e quanto ad un generico progresso complesso e multidimensionale.

Ora dobbiamo fare un ulteriore passaggio: dalle cause esposte nella tavola precedente alle politiche ed alle azioni da intraprendere.

Ogni causa di morte (68.771 morti totali) è classificata per la tipologia di intervento prevalentemente suggerita dalla letteratura scientifica per contrastare attivamente le morti evitabili:

- prevenzione primaria (prima dell'insorgere della malattia o del verificarsi dell'incidente),
- diagnosi precoce e relativa terapia (ai primi sintomi della malattia),
- igiene e assistenza sanitaria (prevenzione secondaria, in particolare vaccinazioni e poi assistenza clinica propriamente detta, anche in termini di organizzazione e rapidità di intervento).

Dalla tavola 4 emerge una indicazione di politica sanitaria molto forte:

Tavola 4

#### **Mortalità evitabile in Italia in età 5-69 anni per tipologia di intervento. Anno 2002.**

	Morti evitabili	
	v.a.	%
Prevenzione primaria	40.066	58,3
Igiene e assistenza sanitaria	21.001	30,5
Diagnosi precoce e terapia	7.704	11,2
Totale	68.771	100,0

Fonte: elaborazioni ERA su dati Istat

Le azioni di prevenzione primaria sono volte a contrastare quasi 6 casi di morte evitabile ogni 10. Le politiche igieniche e assistenziali hanno un bersaglio inferiore, di 3 casi ogni 10, mentre gli interventi precoci di diagnosi e conseguente terapia possono contrastare poco più di un caso ogni 10. Tutto ciò significa realizzare uno strumento in grado di stimolare concretamente politiche sanitarie pubbliche dedicate alla fascia di popolazione italiana di età compresa fra 5 e 69 anni, cioè quasi 47 milioni di persone.

L'indicatore della classifica della mortalità evitabile: giorni perduti per Usl

L'indicatore appositamente progettato per la classifica della mortalità evitabile è il numero medio, per abitante di età compresa fra 5 e 69 anni, di giorni perduti ogni anno per decessi evitabili.

Il numero di giorni persi è stato calcolato, convenzionalmente, come distanza fra il momento del decesso evitabile e l'età media alla morte generale rilevata nel triennio in esame, pari a 76,5 anni.

L'indicatore riflette quindi le diverse età in cui sono deceduti i morti per cause evitabili, dando tanto maggior peso quanto più tali età alla morte sono precoci.

A livello nazionale questo indicatore, calcolato per il triennio 2000-02, assume il valore di 11,1 giorni.

La mortalità evitabile è uguale dappertutto o esistono rilevanti differenze geografiche nella probabilità di questo tipo di morte e cosa suggeriscono queste differenze?

L'indicatore dei giorni perduti per mortalità evitabile è sintetizzato a livello regionale nella tavola

Tavola 5

Giorni perduti per cause evitabili pro capite (5-69 anni) e Regione. Trienni 2000-02 e 1996-98.

	2000-02 [a]	1996-98 [b]	Differenza [a]-[b]
Marche	9,9	10,0	- 0,1
Liguria	9,9	10,0	- 0,1
Toscana	10,0	10,0	-
Calabria	10,0	10,6	- 0,6
Umbria	10,0	10,7	- 0,7
Puglia	10,2	10,6	- 0,4
Abruzzo	10,4	10,0	+ 0,4
Basilicata	10,6	11,1	- 0,5
Sicilia	10,6	11,1	- 0,5
Molise	10,9	11,6	- 0,7
Lazio	11,1	11,1	-
Veneto	11,2	12,1	- 0,9
Emilia Romagna	11,3	11,9	- 0,6
Lombardia	11,5	12,3	- 0,8
Campania	11,6	12,4	- 0,8
Trentino A. Adige	11,9	12,9	- 1,0
Friuli V. Giulia	12,1	13,5	- 1,4
Sardegna	12,1	12,9	- 0,8
Piemonte	12,2	12,7	- 0,5
Valle d'Aosta	15,7	15,0	+ 0,7
Italia	11,1	11,6	- 0,5

Fonte: elaborazioni ERA su dati Istat

Va segnalato come, escludendo il caso limite della Valle d'Aosta, la mortalità evitabile su base regionale ha un campo di variazione non indifferente:

o le prime 7 regioni, quelle con i valori migliori, hanno tutte una mortalità evitabile molto vicina a 10 giorni, circa un giorno in meno del valore medio nazionale.

o le ultime cinque regioni (non contando come accennato la Valle d'Aosta), si attestano all'opposto su valori non troppo lontani da 12 giorni, un giorno in più del dato nazionale.

Questo vuol dire che tra le realtà regionali migliori e quelle dove la mortalità evitabile è al contrario più elevata c'è uno scarto di circa 2 giorni, cioè di circa il 20% del valore medio nazionale.

Vi è perciò una porzione di Italia composta da ben 7 regioni nelle quali la mortalità evitabile è



particolarmente più bassa di altre 5 regioni.

La seconda informazione che racconta la tavola 5 è che le regioni favorite sono per lo più del centro-sud e quelle meno favorite del nord:

o dieci delle prime undici regioni sono del centro-sud

o sette sulle nove regioni finali sono del nord.

La terza grande informazione della tavola 5 è che tra i due trienni esposti c'è un evidente miglioramento generale dell'indicatore: i giorni perduti per mortalità evitabile in Italia passano da 11,6 a 11,1 con una riduzione che in termini percentuali è di circa il 5%.

### La classifica 2006 della mortalità evitabile per USL

Scorrendo i numeri della classifica la prima grande evidenza è la elevata differenza di giorni persi per mortalità evitabile tra le USL più favorite e quelle in condizione più critica: i valori dell'indicatore vanno infatti da quasi 8 a poco meno di 16 giorni.

Questa differenza sottolinea che i giorni perduti per mortalità evitabile possono essere anche, mettendo a confronto particolari zone del Paese, doppi in un territorio rispetto ad un altro.

La maggioranza delle USL (100, cioè oltre la metà), è classificata nella classe centrale, per la quale i giorni persi per mortalità evitabile sono compresi fra 10 e 12; 10-12 giorni può quindi essere considerato il valore "normale" dei giorni persi per mortalità evitabile in Italia individuato dalla classifica 2006.

Rispettivamente 30 e 35 USL occupano le due classi contigue a quella centrale; con una connotazione positiva quella con l'indicatore compreso fra 9 e 10 giorni, migliore cioè del valore "normale" individuato al punto precedente; con una connotazione meno favorevole la classe con un numero di giorni perduti compresi fra 12 e 14, un po' più elevati della norma.

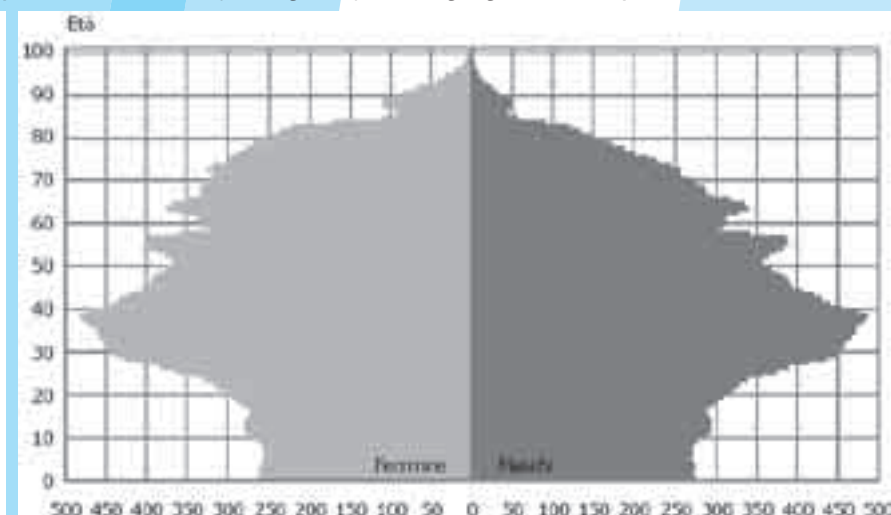
Un evidente segnale di attenzione meritano infine le poco più di 10 USL che fanno capo a ciascuna delle due classi estreme e che mostrano rispettivamente una situazione di eccellenza (indicatore inferiore o uguale a 9 giorni persi) e una di grave disagio (indicatore superiore a 14 giorni persi).

### Il contesto demografico

Uno dei migliori "fotogrammi" che può introdurre l'analisi demografica di un Paese è la cosiddetta piramide della popolazione. La piramide è formata da un doppio grafico a barre orizzontali recante la distribuzione della popolazione per età e sesso e rappresenta pertanto l'immagine della popolazione a un dato momento storico. Nel caso della figura 6 i dati si riferiscono al 30 giugno 2003

Figura 6

Piramide della popolazione - Dati (in migliaia) al 30 giugno 2003, per sesso ed età.



» evidente, come un andamento "piramidale" del grafico sia rintracciabile solo se si guarda la porzione superiore della figura, quella che ha come base ideale la popolazione intorno ai 38-40 anni, vale a dire le generazioni nate a metà degli anni '60, in pieno boom economico e demografico, appunto, nazionale.

Nel 1964 le nascite furono oltre il milione, contro i meno di 550 mila bambini che nascono oggi annualmente in Italia.

Continuando a osservare la figura verso l'alto si notano due "strozzature", di cui la prima in corrispondenza delle età prossime ai 60 anni, cioè della popolazione nata nella prima metà degli anni '40, vale a dire nel corso della seconda guerra mondiale. Le minori nascite dei primi anni '40 si vedono oggi nel significativo minor numero di sessantenni rispetto alle fasce di età immediatamente precedenti e successive.

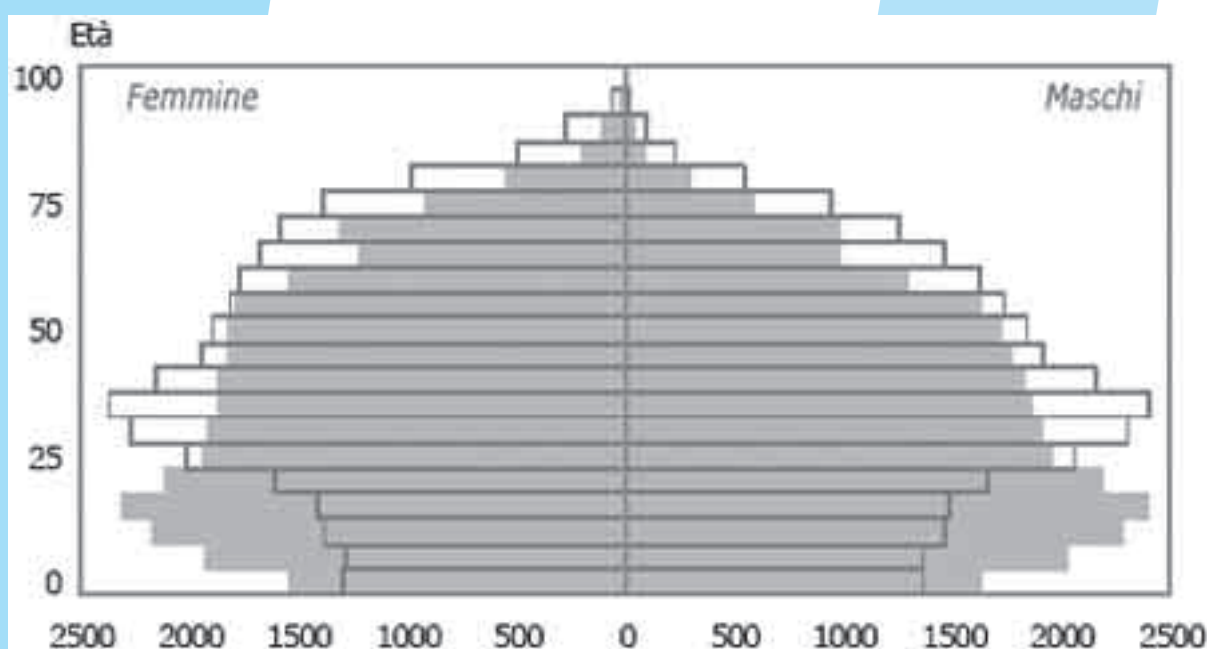
Non stupisce, fra l'altro, che subito dopo il conflitto si intuisca una sorta di baby boom post-bellico (popolazione intorno ai 55 anni, nata dunque a partire dai primi anni '50, a guerra finita).

Nella piramide sono presenti eventi ancora più lontani nel tempo: la strozzatura in corrispondenza della popolazione di circa 85 anni è relativa ai sopravvissuti fra i nati negli anni 1915-19. Valgono in questo senso le medesime considerazioni fatte per i nati durante la seconda guerra mondiale alla quale si aggiungono in questo caso gli effetti causati nel 1918-19 dall'epidemia influenzale spagnola.

La figura 7 consente invece di cogliere quanto va modificandosi nel tempo la popolazione italiana in ordine alla distribuzione per età. Il grafico è stato realizzato utilizzando i dati relativi alla popolazione per classi di età quinquennali al 30 giugno del 1983 (barre in grigio) e del 2003 (barre trasparenti). All'incremento delle fasce di età più avanzate fa da contraltare una sensibile diminuzione delle classi più giovani, con un conseguente e prevedibile invecchiamento della popolazione.

Figura 7

Piramide della popolazione - Dati (in migliaia) al 30 giugno 1983 (barre in grigio) e 2003, per sesso e classi di età



Ulteriore caratteristica rilevabile dall'osservazione della piramide della popolazione è il rapporto maschi/femmine, sensibilmente sbilanciato, come noto, a favore di queste ultime soprattutto nelle età più avanzate.

Sul totale delle età la proporzione è di 94 maschi ogni 100 femmine: supera questa media la fascia di età pediatrica (0-14), dove il rapporto è di 106 maschi ogni 100 femmine, valore che scende nelle classi successive fino a mostrare che fra gli ultraottantenni i maschi sono meno della metà delle femmine.

Ancora una volta assumono un ruolo di baricentro le generazioni attorno ai 40 anni, per le quali l'indice assume valori molto prossimi a 100.

In ogni figura è possibile rintracciare i fenomeni sopra ricordati (il baby boom, i due conflitti mondiali, l'epidemia influenzale spagnola), sia pure con impatti ed effetti talvolta significativamente differenti. Ciò che si percepisce nell'osservare le 20 piramidi regionali (figura 2.3) è la diversa struttura della popolazione, evidenziata dal grado di deformazione subita dalla piramide verso un disegno sempre più quadrangolare. La piramide della Liguria tende ormai a una forma quadrangolare per via della parità fra la popolazione intorno ai 40 anni e quella intorno agli 80; quella della Campania invece pur avendo perso la conformazione piramidale continua a mostrare una base del grafico piuttosto ampia.

### Indice di vecchiaia e popolazione oltre i 74 anni

L'indice di vecchiaia è una misura sufficientemente sensibile alle variazioni nella struttura della popolazione perché confronta direttamente il numero degli anziani oltre i 64 anni con la consistenza di bambini e ragazzi fino ai 14 anni.

Si calcola che nel 1983 erano presenti, in Italia, 63 anziani ogni 100 ragazzi e bambini; a distanza di 20 anni tale rapporto è più che raddoppiato e nel 2003 l'indice di vecchiaia ha raggiunto il valore di 135.

Quasi tutte le regioni del centro-nord presentano valori maggiori della media nazionale, con un massimo in Liguria, dove gli ultra sessantacinquenni sono quasi due volte e mezzo i ragazzi e i bambini, con un indice di vecchiaia pari a 242, di circa 50 punti superiore a quello della Toscana (193), seconda regione più vecchia d'Italia.

La regione Lazio risulta al di sotto della media nazionale, ma l'eccezione più evidente al centro-nord è individuabile nel Trentino Alto Adige che presenta un indice di poco superiore a 100. Al sud tranne l'Abruzzo e il Molise, che superano la media nazionale di circa 20 punti, tutte le altre regioni sono invece più giovani dell'Italia nel suo complesso, con un minimo in Campania, dove - unico caso - gli anziani sono decisamente meno dei giovanissimi (81 ultra sessantacinquenni per 100 ragazzi fino ai 14 anni).

Pur disponendo dell'indice di vecchiaia si è ritenuto utile esporre anche l'incidenza dei cosiddetti "grandi anziani", vista l'entità della fascia anziana (65 anni e più) della quale gli ultra settantaquattrenni costituiscono una parte oggi significativa. A livello medio nazionale l'incidenza dei grandi anziani sulla popolazione si attesta all'8,7%. Come lecito attendersi l'andamento regionale di questo indicatore è pressoché analogo a quello dell'indice di vecchiaia.

### Tassi grezzi di natalità e mortalità

I tassi grezzi di natalità e mortalità sono, come è ovvio aspettarsi per quanto finora detto, correlati con l'indice di vecchiaia appena citato: a un elevato indice di vecchiaia corrisponde un altrettanto elevato tasso generale di mortalità e un corrispondente basso tasso di natalità, e viceversa.

I dati medi nazionali indicano una maggior incidenza delle morti rispetto alle nascite (rispettivamente 10,2 e 9,4 per mille residenti). Il saldo nascite-decessi è negativo in tutto il centro-nord ad eccezione del Trentino Alto Adige e del Veneto (per quest'ultimo i due valori sono equivalenti).

Scorrendo l'Italia verso sud la prima regione con saldo positivo è la Campania cui seguono, sia pure in misura meno importante, Puglia, Calabria e Sicilia.

Età media della popolazione e alla morte

Al 31 dicembre 2003 l'età media della popolazione italiana era di circa 42 anni. Coerentemente con quanto sottolineato finora la popolazione meridionale è sensibilmente più giovane, in media, di quella centro-settentrionale, con la consueta "anomalia" del Trentino Alto Adige. Va segnalato che a un massimo di quasi 47 anni registrato in Liguria si oppone un minimo che non raggiunge i 38 anni in Campania.

L'età media alla morte - calcolata come età media di tutti i deceduti nel triennio 2000-2002 - è pari a 76,5 anni a livello nazionale e registra una variabilità che va dai 74 anni della Campania agli oltre 78 di Liguria e Toscana.

## Regione Veneto

Tavola 8

**Giorni perduti per cause evitabili (valori pro-capite e posizione in classifica), tassi grezzi di natalità e mortalità, incidenza degli ultra75enni sulla popolazione e indice di vecchiaia, età media della popolazione e dei morti**

	Giorni perduti per cause evitabili pro-cap. classifica (*)		Tasso grezzo ‰ natal. mort. (**)		% pop. 75 e + su tot. (%) (**)		Età media in anni popol. decessi (**) (*)	
<b>Media naz.le</b>	<b>11,1</b>		<b>9,4</b>	<b>10,2</b>	<b>8,7</b>	<b>134,8</b>	<b>41,8</b>	<b>76,5</b>
<b>Media reg.le</b>	<b>11,2</b>	<b>12</b>	<b>9,5</b>	<b>9,5</b>	<b>8,7</b>	<b>136,3</b>	<b>42,0</b>	<b>76,6</b>
Belluno	14,2	179 *	8,2	12,3	10,6	168,7	44,0	77,1
Feltre	15,2	186 *	8,4	12,1	10,9	172,9	44,0	77,4
Bassano del Grappa	10,7	90	10,4	8,7	7,9	108,9	40,4	76,4
Thiene	10,4	65	10,4	9,1	8,0	117,8	41,1	76,9
Arzignano	11,3	119	10,6	8,7	7,4	107,5	40,3	75,5
Vicenza	10,8	93	10,1	8,7	7,9	117,4	41,0	76,3
Pieve di Soligo	10,4	71	9,6	9,8	9,5	145,4	42,5	77,5
Asolo	12,1	142	11,3	8,8	7,7	103,4	40,0	76,6
Treviso	10,4	70	10,6	8,4	8,2	125,1	41,4	76,7
San Dona' di Piave	12,8	166	9,6	9,2	8,4	142,9	42,3	75,5
Veneziana	11,5	123	8,1	12,2	11,1	212,3	45,7	76,8
Mirano	10,1	44	9,5	7,6	7,1	125,2	41,6	75,3
Chioggia	11,8	133	8,4	9,4	7,6	133,9	41,7	75,4
Cittadella	11,0	103	10,7	7,2	7,2	101,3	39,8	76,1
Padova	9,6	21	9,2	9,5	8,9	154,3	43,1	76,8
Este	12,1	146	8,8	10,2	9,1	147,9	42,4	76,3
Rovigo	11,2	116	7,0	11,7	10,8	203,2	44,5	77,1
Adria	12,5	157	6,8	11,2	9,6	191,2	44,0	76,4
Verona	10,7	85	9,1	9,7	9,2	141,2	42,3	76,9
Legnago	11,1	109	8,9	11,0	9,2	147,3	42,3	77,0
Bussolengo	10,0	40	10,6	8,8	7,4	107,6	40,4	76,9

Il territorio della Regione Veneto è ripartito in 21 Ulss (Unità locali sociosanitarie) che presentano - come si evince dalla lettura delle due tavole - realtà piuttosto disomogenee anche in ragione della dimensione della regione, seconda nel nord Italia solo alla Lombardia.

I dati regionali mostrano un sostanziale equilibrio tra i tassi di natalità e di mortalità (9,5%), ma si nota come Cittadella, alcune Usl del cuore del Veneto (vicentino e trevigiano) e Bussolengo contribuiscano con un saldo nati-morti positivo, mentre per le Usl più a nord (Belluno e Feltre) e per quelle più a sud (Este, Rovigo, Adria e, in misura minore, Chioggia) si registra un numero di decessi superiore a quello dei nati.

L'incidenza della popolazione oltre i 75 anni è nel Veneto in linea con quella italiana, e lo stesso può essere constatato per l'indice di vecchiaia.

A livello locale, tuttavia, si vede come per Usl come Cittadella o Asolo il rapporto tra ultra65enni e giovanissimi fino a 14 anni è in quasi perfetta parità, mentre gli anziani raddoppiano nelle Usl di Venezia e Rovigo dove, peraltro, la presenza di persone in età superiore ai 75 anni è pari al 10-11% della popolazione residente (analoga percentuale si registra anche nelle Usl dell'area bellunese).

Cittadella e Asolo vantano anche l'età media della popolazione più bassa (non oltre i 40 anni), che via via cresce, nella regione, fino a un massimo che sfiora i 46 anni (Usl Veneziana).

Tavola 9

**Tasso di mortalità infantile (0-4 anni); tassi di mortalità standardizzati 5-69 anni per cause evitabili e per tutte le cause escluse le evitabili, per sesso; tassi di mortalità std oltre i 69 anni, per sesso; tassi di mortalità std generali (? 100.000)**

	Mort.	Mortalità per		Mortalità escluse		Mortalità per		Mortalità per	
	0-4 a.	cause evitabili		cause evitabili		tutte le cause		tutte le cause	
	m+f	maschi	femm.	maschi	femm.	maschi	femm.	maschi	femm.
<b>Media naz.le</b>	<b>102,2</b>	<b>147,3</b>	<b>62,7</b>	<b>107,4</b>	<b>59,9</b>	<b>6.686,5</b>	<b>4.338,3</b>	<b>494,5</b>	<b>288,0</b>
<b>Media reg.le</b>	<b>73,0</b>	<b>148,5</b>	<b>61,4</b>	<b>101,1</b>	<b>54,0</b>	<b>6.717,6</b>	<b>3.990,1</b>	<b>488,0</b>	<b>264,2</b>
Belluno	81,6	192,0 <sup>^</sup>	77,3 <sup>^</sup>	112,9	54,0	7.162,3	3.883,6 <sup>v</sup>	551,4 <sup>^</sup>	276,4
Feltre	108,0	203,7 <sup>^</sup>	80,1 <sup>^</sup>	118,3	51,9	7.041,8	3.995,4	565,8 <sup>^</sup>	282,8
Bassano del Grappa	26,9	140,1	59,7	101,6	54,8	6.575,9	3.852,2 <sup>v</sup>	470,6	252,2 <sup>v</sup>
Thiene	45,4	141,4	61,4	93,1	53,5	7.115,8	4.285,6	488,8	271,6
Arzignano	75,8	154,8	59,4	105,0	58,9	7.211,6	4.091,7	514,5	273,2
Vicenza	66,7	132,7	69,5	104,1	55,4	6.500,0	3.988,9	468,6	270,7
Pieve di Soligo	60,7	138,1	54,1	98,3	54,6	6.153,6	3.687,0 <sup>v</sup>	454,6	243,3 <sup>v</sup>
Asolo	58,6	154,5	65,8	93,8	47,7 <sup>v</sup>	6.929,7	4.072,5	491,7	266,5
Treviso	77,5	141,0	55,6	88,4 <sup>v</sup>	51,2	6.602,4	3.772,6 <sup>v</sup>	467,9	248,1 <sup>v</sup>
San Dona' di Piave	58,4	170,4 <sup>^</sup>	62,9	95,1	50,4 <sup>v</sup>	6.796,2	3.644,0 <sup>v</sup>	503,3	246,7 <sup>v</sup>
Veneziana	73,0	149,0	65,3	115,7	57,6	6.563,8	4.122,5	495,2	275,4
Mirano	67,6	133,5	57,9	97,5	52,2	6.478,6	3.780,9 <sup>v</sup>	461,8	251,3 <sup>v</sup>
Chioggia	83,7	158,6	63,8	99,6	55,9	6.959,5	4.363,1	507,8	282,5
Cittadella	109,1	153,8	51,6 <sup>v</sup>	87,4 <sup>v</sup>	45,8 <sup>v</sup>	6.542,4	3.491,6 <sup>v</sup>	478,5	233,2 <sup>v</sup>
Padova	95,7	123,4 <sup>v</sup>	58,2	102,5	54,8	6.439,2	3.988,6	458,9	265,9
Este	58,5	166,4	60,8	99,6	60,1	6.666,8	4.216,7	494,9	279,5
Rovigo	94,9	157,2	58,3	106,6	62,3	6.927,0	4.136,4	507,7	280,3
Adria	25,5	179,6 <sup>^</sup>	58,1	103,3	56,0	6.736,7	4.243,5	513,1	265,5
Verona	85,4	140,1	59,3	98,7	53,9	6.274,7	3.882,4 <sup>v</sup>	463,4	258,8 <sup>v</sup>
Legnago	107,1	142,5	63,4	106,4	51,0	6.989,3	4.150,9	504,8	271,4
Bussolengo	48,3	133,8	53,7	100,4	49,9 <sup>v</sup>	6.868,9	4.036,1	480,0	251,6 <sup>v</sup>

L'eterogeneità fra le aree della regione è evidente anche alla lettura dei tassi di mortalità, e in particolare a quelli relativi ai decessi per cause evitabili 5-69 anni.

Se la Usl di Padova si distingue per un tasso di mortalità maschile per cause evitabili particolarmente inferiore alla media nazionale, San Donà di Piave, Adria e, soprattutto, Belluno e Feltre risultano caratterizzati da una mortalità evitabile maschile (e per le ultime due Usl menzionate anche femminile) significativamente elevata.

Ciò determina un posizionamento delle Usl venete nella graduatoria dei giorni perduti per mortalità evitabile lungo quasi tutta la classifica, dal 21° posto di Padova al 186° di Feltre.

Osservando i restanti indicatori della tavola proposta in questa pagina si nota come sia generalmente diffusa in Veneto una bassa mortalità femminile, evidenziabile sia a livello regionale che, soprattutto, a carico di alcune Usl.

Nel caso della mortalità femminile oltre i 69 anni, ben 8 Usl su 21 fanno registrare un tasso almeno il 10% inferiore a quello medio nazionale. Altrettante, anche se non del tutto sovrapponibili con le precedenti, sono le Usl dove è evidenziabile lo stesso fenomeno per la mortalità generale, sempre femminile. Si nota, infine, una relativamente ampia variabilità per la mortalità 0-4 anni.

# *Infermieri verso l'Europa* **GRAN BRETAGNA**

di Elsa Labelli

**Presentazione del Consiglio degli Infermieri e delle Ostetriche ed il ruolo di regolamentazione professionale nel Regno Unito. L'infermieristica nel Regno Unito.**

**Sarah Thewlis** (Chief Executive and Registrar)

**Dr. Pam Walter** (Advisor Education and EU)

Le funzioni del Consiglio inglese degli Infermieri e delle ostetriche sono state definite con legge del Parlamento nel 2001, anche se la gestione dello stesso è indipendente da organismi politici.

Le responsabilità del Consiglio riguardano:

- lo stabilire gli standards di competenza che devono essere posseduti dagli infermieri per potersi iscrivere ed essere quindi registrati all'Albo;

- il decidere le competenze che un infermiere ed un'ostetrica deve nel tempo sviluppare e perseguire per garantire il mantenimento della registrazione, e se le stesse non vengono raggiunte può essere decisa la rimozione dal Registro. La sospensione della registrazione se avviene sarà immediatamente comunicata a diversi istituzioni sociali che hanno il dovere di utilizzare dette informazioni a tutela della popolazione;

- la supervisione dell'attività delle ostetriche, che rappresentando la professione esistente da più tempo ed è ancora più attenta nel vigilare il rispetto delle regole di esercizio professionale dei propri iscritti.

Tutto questo viene fatto per regolamentare l'esercizio professionale a tutela del servizio reso dai professionisti alla popolazione, funzione cardine del Consiglio, che intende assicurare la competenza professionale degli iscritti.

Da qualche anno, essendo questa una forma di garanzia, chiunque dei cittadini inglesi sia interessato può prendere visione ed accertarsi se un infermiere o un'ostetrica è iscritta. Tale opportunità è esercitata anche dai datori di lavoro i quali prima di un'assunzione solitamente verificano i requisiti posseduti dai registrati. Gli accessi avvengono per il 10% telefonicamente e per il 90% attraverso internet.

Una volta l'anno il Consiglio tiene degli incontri pubblici per presentare e spiegare l'attività sostenuta per la popolazione, i rappresentanti dei cittadini possono poi liberamente chiedere ulteriori spiegazioni di merito. Va ricordato che tutto ciò avviene seguendo il programma annuale stabilito, che è delineato su puntuali obiettivi, concordati ed accettati dai consiglieri componenti il Consiglio. Ciò può essere visionato da chiunque via web.

La filosofia di fondo del Collegio si esplica dimostrando che pur dovendo pagare le tasse di iscrizione i professionisti non dimenticano l'impegno assunto al momento della registrazione di effettuazione di un servizio a beneficio del pubblico. Il coinvolgimento del pubblico nelle attività condotte dal Consiglio avviene in diversi modi, uno di questi per esempio è la partecipazione al lavoro del Consiglio, come componente dello stesso:

- i componenti del Consiglio sono così rappresentati:

- " 4 infermieri, uno per ogni regione (Inghilterra, Scozia, Galles, Irlanda);

- " 4 infermieri specializzati;

- " 4 ostetriche, una per ogni regione;

- 11 cittadini che si sono resi disponibili e sono stati selezionati nell'ultima occasione tra 4000 candidati (casalinghe, educatori, trasportatori, ...) - i criteri minimi di selezione portano a prendere in considerazione chi ha uno specifico interesse per la sanità, chi sa leggere e capire i documenti sanitari che vengono prodotti, chi ha una disponibilità di tempo di almeno 2 giorni al mese, ecc..

La partecipazione dei cittadini è importante perché assieme a loro vengono stabiliti e revisionati gli standards che devono essere posseduti dagli infermieri e dalle ostetriche per la realizzazione del loro lavoro.

## **ATTIVITA' DEL CONSIGLIO**

Concretamente le attività che sono effettuate dal Consiglio, che rappresenta in tutto 670.000 tra infermiere ed ostetriche, sono:

- 35.000 nuovi iscritti per anno;
  - 20.000 rinnovi, per chi era stata disattivata la registrazione;
  - 3.300 contatti telefonici dei registrati per giorno;
  - 1.000 cambi di indirizzi per settimana;
  - 1.600 risposte annue a quesiti che vengono posti su problemi che i registrati rilevano durante l'esercizio della pratica clinica;
  - 1.600 contenziosi annui gestiti (violenze su paziente, errori terapeutici, problemi legati allo stile di vita personale (pedofilia, delinquenza, ...)), che portano mediamente a 150 cancellazioni dal registro.
- Altre attività esercitate riguardano il tentativo di rispondere alle sfide dell'epoca storica che la professione sta vivendo, che possono essere sintetizzate nelle seguenti domande:

- gli infermieri che per la prima volta si iscrivono sono capaci di essere competenti nel realizzare le cure?
  - devono essere previsti registri diversificati tra neoiscritti e specializzati?
- (ciò è dovuto dal fatto che nel contesto inglese ci sono infermieri che diagnosticano e prescrivono, anche in assenza del medico, in questi casi gli standards da garantire sono più elevati, per cui si sta riflettendo sulla necessità di valutarli stabilendo livelli di competenze diversi dai neoiscritti)
- come regolamentare l'accesso delle infermiere straniere che vogliono lavorare in Inghilterra? Come stabilire il possesso dei requisiti/standards di base da prevedere?

## **PROCESSO LEGALE PER GIUDICARE LE VIOLAZIONI**

Altra funzione del Collegio è la gestione delle vertenze legali in caso di contenziosi, sia tra infermieri/ostetriche e cittadini che tra professionisti stessi.

La Commissione che ha questa incombenza è composta da:

- 1 ostetrica o infermiere del Consiglio;
- 1 avvocato (o persona con competenza legale);
- 1 persona esperta della materia che proviene dal luogo dove è avvenuto il fatto.

La valutazione che questa Commissione realizza è finalizzata a stabilire la presenza o meno di una malcondotta al fine della cancellazione dal Registro. Nel caso in cui invece venga individuata la presenza di una carente competenza da parte di un infermiere/ostetrica, lo stesso sarà connotato da un identificativo codice colore (bollino). Tale indicazione potrà anche comprendere la proibizione di svolgere l'attività in un certo preciso territorio. Oltre alla mal practice nel posto di lavoro, in Gran Bretagna, viene

tenuto in considerazione e valutato per gli infermieri/ostetriche anche i comportamenti assunti e lo stile di vita condotti in collettività.

### **SUPERVISIONE DELLE OSTERICHE** (professione che ha una storia di 100 anni)

L'attività di supervisione delle ostetriche realizzata dal Consiglio permette di sorvegliare continuamente sul livello degli standards che le stesse hanno per l'esercizio professionale, ciò indirettamente consente di stabilire quindi le caratteristiche possedute dalla professione ostetrica. Ogni ostetrica registrata ha un supervisore al quale può in qualsiasi momento rivolgersi in caso di problemi che compaiono durante l'attività lavorativa. La condivisione di dette situazioni permettono di prevenire circostanze che potrebbero sfociare in segnalazioni di malcondotta.

Il supervisore per ricoprire questo ruolo deve essere in possesso dei seguenti requisiti:

- avere una esperienza professionale prolungata nel campo;
- avere realizzato esperienze lavorative in qualità di formatore;
- avere la stima professionale da parte della comunità scientifica.

Questo approccio attualmente non è realizzato solo per le ostetriche non per gli infermieri, perché sarebbe alquanto laborioso e costoso da impostare, anche se non è stata abbandonata l'idea di mettere in cantiere qualcosa di simile, data la validità del metodo.

Gli standards richiesti alle ostetriche registrate, sui quali vigilerà il supervisore, vanno a misurare e valutare:

- l'applicazione delle modalità assistenziali che devono essere utilizzate per l'assistita;
- la realizzazione della numerosità di visite all'assistita stabilite da precisi protocolli e come viene garantita la continuità delle cure;
- la registrazione secondo un preciso metodo delle informazioni riguardanti le prestazioni erogate;
- ecc.....

Tutto questo permette al Collegio di garantire alla collettività che ogni iscritto possiede un alto livello di competenza professionale. Ogni tre anni viene rivalutata e confermata la registrazione dopo l'analisi dei requisiti che in autocertificazione ogni professionista dichiara, riguardanti lo sviluppo professionale perseguito (partecipazione ad eventi di formazione continua, realizzazione di esperienza operativa specialistica, approfondimento di contenuti con studio individuale, aver partecipato ad attività tutorate, aver realizzato attività di tutoraggio, ...)

Il Consiglio non realizza alcun tipo di attività formativa e/o di sviluppo professionale, questa incombenza è detenuta dal Royal College e da altri tre organismi associativi esistenti in Gran Bretagna, i quali hanno anche la funzione di rappresentanza sindacale. Inoltre, nella prassi inglese ogni singolo professionista detiene la responsabilità personale sulla propria formazione che viene autocertificata. Tali aspetti contraddistinguono in parte la realtà inglese da quella italiana.

### ***Guy's and St Thomas' Hospital***

**Meral Hart** (Assistano Director of Nursing) = Dirigente responsabile della Pratica Clinica Infermieristica



## La struttura dei Servizi clinici al Guy's & St Thomas' Hospital

La visita è iniziata con la presentazione e l'esposizione da parte di Meral Hart di alcune caratteristiche organizzative della struttura al fine di consentirci di comprendere meglio durante la visita delle realtà operative il funzionamento del sistema.

La struttura gerarchica infermieristica del Guy's & St Thomas' Hospital è caratterizzata dall'avere al vertice un dirigente infermiere il quale si avvale di tre dirigenti che governano tre diverse aree:

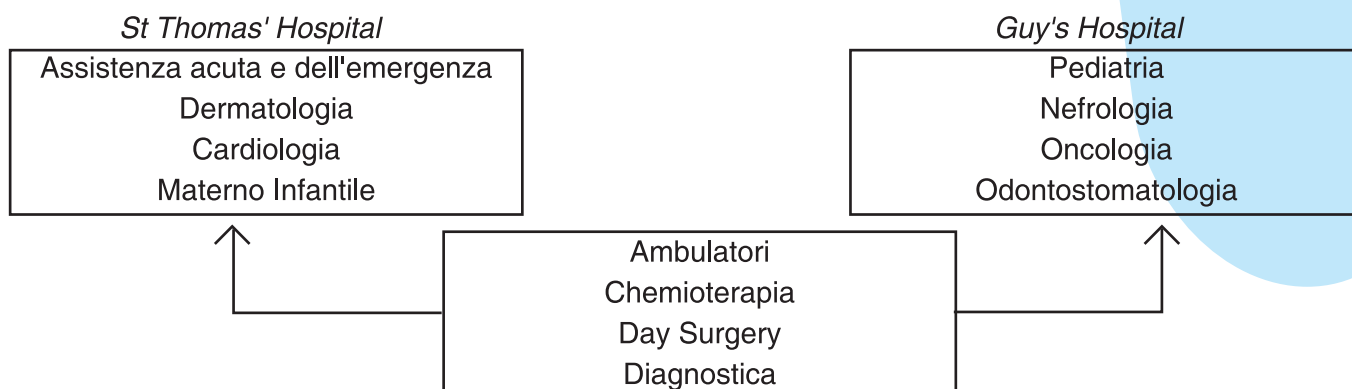
1. applicazione dell'infermieristica nella pratica clinica;
2. formazione professionale: a) di base (collabora con le università)  
b) permanente
3. responsabile organizzativo del lavoro (assegnazione del personale, mobilità, ...)

Nel 1850 al St Thomas' Hospital (per la cui progettazione ha partecipato anche Florence Nightingale) sorge la 1<sup>a</sup> Scuola per Infermieri, fondata da Florence Nightingale.

L'Ospedale copre la zona ed eroga servizi sanitari nell'area di Cover London, Southwark e Lambeth. Per consentire la comunicazione esistono documenti tradotti in 122 lingue e le etnie che afferiscono nella struttura sono circa 60. La filosofia di servizio esistente prevede che tutte le persone che accedono all'Ospedale debbano essere in grado di capire e quindi scegliere come farsi curare, per questo motivo viene garantito a tutti la presenza di un'interprete. Questo comporta per l'amministrazione dell'Ospedale un incremento dei costi da sostenere per garantire detta attività, ciò non trova però corrispettivo con un conseguente aumento dei finanziamenti governativi che vengono assegnati. Per far comprendere le dimensioni, l'attività e la portata dell'impegno di questa struttura ci sono stati forniti un po' di numeri:

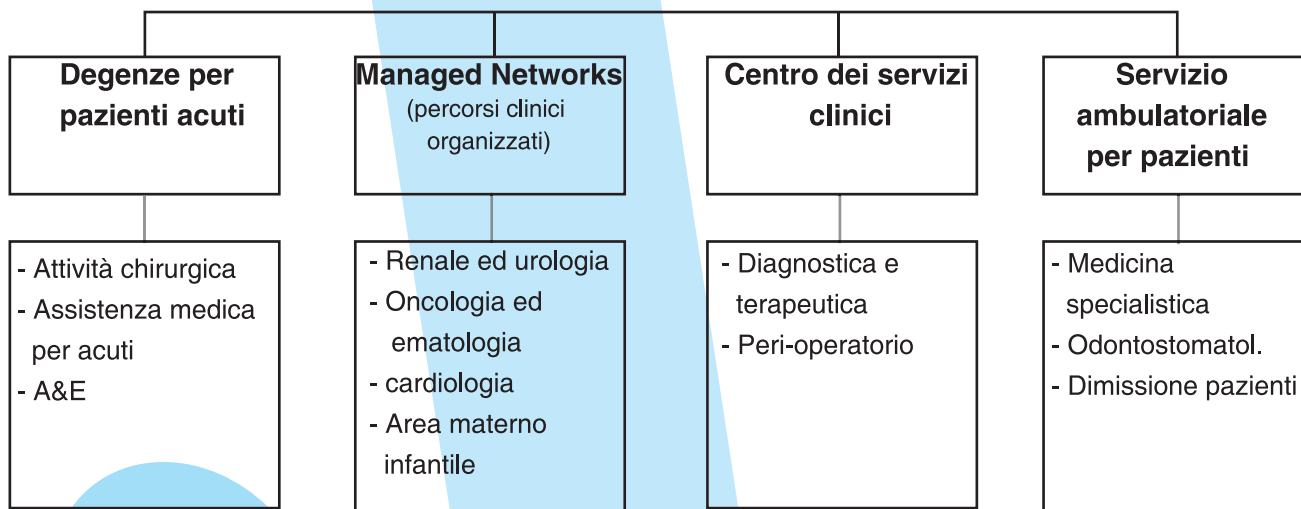
- 1.250 posti letto
- 8.500 dipendenti (circa 3500 infermieri, 1600 medici, i rimanenti le altre figure)
- budget di 578 milioni di £
- 750.000 pazienti all'anno seguiti dall'ospedale
- 6.000 parti annui
- 2.250.000 screening per diagnosi
- 107.000 accessi annui in Pronto Soccorso
- 22.000 appoggi in Pronto Soccorso per piccole ferite, questa attività viene gestita dagli infermieri non c'è la presenza del medico, gli infermieri hanno una prolungata e qualificata esperienza professionale
- 120.000 accessi all'anno dal dentista
- 1,3 milioni di pasti ai pazienti l'anno

## SERVIZI



Nell'arco di 3/5 anni l'obiettivo che si è posto l'Amministrazione dell'Ospedale è quello di utilizzare uno dei due ospedali per la trasformazione di quanti più servizi possibili in day hospital e riservare le degenze per l'altro.

### DIVISIONI CLINICHE



Da 18 mesi si è avviato il processo di riorganizzazione, si stanno raggruppando in dipartimenti le varie UU.OO. prevedendo un solo Coordinatore Infermieristico di area. Inoltre, inoltre il Dipartimento avrà un Consiglio costituito da tre componenti:

1. medico responsabile del governo clinico;
2. infermiere senior;
3. amministratore (laureato in economia e commercio, esperto in materia economica)

Rimarrà la presenza di un'infermiera case manager che coordina ogni U.O. e quindi rispetto a prima in ogni singola U.O. è stata tolta la figura del medico e dell'amministratore che rimane solo a livello dipartimentale.

Il vertice strategico dell'Azienda ci sono 7 persone che hanno funzione programmatica, dedicata. Gli incaricati sono nominati dal Governo attraverso il Ministero della sanità (solitamente sono rappresentati da persone di affari, economisti, politici, componente infermieristica, cittadino rappresentante la popolazione, ....).

#### *Formazione infermieristica teorica e pratica nel Regno Unito*

Considerato l'accesso di molti stranieri che richiedono di poter esercitare la professione infermieristica in Gran Bretagna, sono stati posti dei requisiti che devono essere posseduti da chi ha queste intenzioni. I requisiti richiesti prevedono:

- la dimostrazione di conoscere bene l'inglese;
- effettuare un addestramento che va da 3 a 9 mesi per sperimentare il contesto con la presenza di una cultura diversa da quella d'origine.

Il programma di adattamento/inserimento fino a poco tempo fa non esisteva, ma ogni anno ricevendo di

media 94.000 richieste di frequenza solo per il St. Thomas' si è reso necessario progettare quanto su riportato.

Con le Filippine c'è una convenzione che prevede che in quel paese si formino infermieri "da esportazione". Secondo i modelli formativi inglesi vengono formati gli infermieri che saranno pronti a poter lavorare in terra inglese, nel 2005 ne sono state assunte 80.

Il 60% degli infermieri operanti al St. Thomas' è personale proveniente da paesi stranieri. Vigge d'obbligo la regola che nelle UU.OO. si deve tassativamente parlare in inglese.

Per quanto concerne la formazione continua è prevista l'effettuazione di 35 ore di formazione anno per tre anni (50% di questa formazione deve essere teorica, il resto 50% di pratica clinica).

Per la realizzazione della formazione continua deve essere tenuto conto della formazione di base che il professionista ha perseguito, in quanto in Gran Bretagna esistono 5 diversi indirizzi che comportano il poter lavorare solo nell'ambito prescelto:

- infermiere per adulti
- infermiere pediatrico
- infermiere psichiatrico
- infermiere delle disabilità
- ostetrica

non è possibile per praticare passare da un'area all'altra se non dopo aver frequentato tutti e tre gli anni di formazione di base previsti.

La formazione continua come percorso da realizzare per i professionisti che esercitano la professione è iniziata dall'anno 2000.

La formazione continua, che sarà autocertificata, prevede che:

- ogni tre anni si dimostri quale pratica clinica è stata effettuata;
- per ogni anno siano stati frequentati almeno 5 giorni di studio;
- il professionista tenga costantemente documentato ed aggiornato un portfolio;
- qualsiasi professionista infermiere in 5 anni abbia effettuato almeno 100 giorni di pratica clinica sul campo (quindi anche chi lavora in organizzazione, secondo programmi precisi deve mantenersi in contatto con la clinica per non staccarsi dal mandato sociale che la collettività gli ha assegnato).

*L'Ospedale per bambini "Evelina": predisposizione e razionale della struttura dell'ospedale (coinvolgimento dei bambini) ecc.*

Presso il Guy's & St Thomas' Hospital è stata realizzata secondo delle moderne concezioni architettoniche un caratteristico ospedale pediatrico che abbiano visitato per comprendere come i bambini nonostante subiscano dei ricoveri per periodi più o meno lunghi si possono assistere proponendo loro anche delle attività che nella vita normale si realizzano, come per esempio andare a scuola.

## **Il Museo di Florence Nightingale**

La guida, un'infermiera del St Thomas' Hospital in pensione ci ha accompagnato a scoprire la biografia

NURSING  
&  
MIDWIFERY  
COUNCIL