

# quotidianosanita.it

Martedì 09 GENNAIO 2018

## In Friuli Venezia Giulia i Pronto soccorso come 'ospedali da campo'

*Gentile direttore,*

l'[intervento su \*Quotidiano Sanità della Consigliera regionale Bagatin\*](#) sembra veramente confermare quanto da anni l'Anao Assomed rileva, e denuncia, sulla riforma sanitaria: una politica decisa a tavolino, evidentemente senza mettere il naso fuori dalle stanze chiuse della Regione che, proprio quando sarebbe stato il momento di fare dei bilanci e mettere in atto opportune azioni correttive, come imporrebbero le regole di qualsiasi sistema improntato alla qualità, continua a ricorrere agli annunci, perdendo progressivamente il contatto con la realtà del nostro servizio sanitario. Mai come ora questa dissociazione è stata così evidente.

Bagatin è a conoscenza del fatto che gli ospedali scoppiano, che i Pronto Soccorso spesso ricordano l'ospedale da campo di *Via col Vento*, con malati (e feriti) uno vicino all'altro per ore in barella, scomodi, senza privacy, senza dignità? Sa che l'utilizzo massimale, prossimo al 100%, dei posti letto degli ospedali pubblici, come dimostrato dalla letteratura scientifica internazionale, incrementa il rischio clinico per gli ammalati, e non costituisce efficienza, come troppo spesso la politica ha voluto far credere? O quanto si può attendere una visita specialistica? Un intervento chirurgico? Un'autoambulanza in strada?

Sembra palese che quanto la riforma sanitaria si proponeva, deospedalizzazione e potenziamento delle cure territoriali, non ha funzionato, e che la riduzione dei posti letto per acuti (-579 a regime, i tagli non sono ancora stati completati) ha determinato una carenza di assistenza. Com'è possibile, nel mondo reale e in questo contesto, definire il numero di posti letto per acuti "sovrabbondante"? La riduzione di posti letto è certamente in linea con i parametri nazionali, e infatti i disagi conseguenti ai tagli si riscontrano ovunque nel nostro paese: rispetto ad altri stati europei con un sistema sanitario prevalentemente pubblico, l'Italia ha un numero di posti letto fra i più bassi: 3,2 per 1000 abitanti nel 2015, a fronte di 8,1 della Germania e 6,1 della Francia (OECD Health Statistics 2017).

Table 1.5. Dashboard on health care resources

	Above OECD average	Close to OECD average	Below OECD average	- Missing data
	HEALTH CARE EXPENDITURE *	DOCTORS PER CAPITA	NURSES PER CAPITA	BEDS PER CAPITA **
	Total spending per capita, USD PPP	Number of practicing physicians per 1 000 population	Number of practicing nurses per 1 000 population	Number of beds per 1 000 population
OECD	4 063	3.4	9.8	4.7
Australia	4 708	3.5	11.5	3.8
Austria	5 227	5.1	8.1	7.6
Belgium	4 840	3.0	10.8	6.2
Canada	4 753	2.7	9.8	2.8
Chile	1 977	2.1	2.1	2.1
Czech Republic	2 544	3.7	8.0	6.5
Denmark	5 189	3.7	16.7	2.5
Estonia	1 089	3.4	8.0	5.0
Finland	4 062	3.2	14.7	4.4
France	4 600	3.3	9.8	6.1
Germany	5 561	4.1	13.2	6.1
Greece	2 275	6.3	9.2	4.3
Hungary	2 181	3.1	6.5	7.8
Iceland	4 376	3.8	16.5	3.1
Ireland	5 528	2.9	11.9	3.0
Israel	3 822	3.4	4.8	3.8
Italy	3 391	3.8	8.4	3.2
Japan	4 519	2.4	11.0	13.2
Korea	2 729	2.2	5.9	11.5
Latvia	1 486	3.2	4.7	5.7
Luxembourg	7 463	2.8	11.9	4.8
Mexico	1 080	2.4	2.8	1.5
Netherlands	5 385	3.5	10.5	4.2
New Zealand	3 590	3.0	10.3	2.7
Norway	6 647	4.4	17.3	3.8
Poland	1 798	2.1	5.2	6.8
Portugal	2 734	4.8	8.3	3.4
Slovak Republic	2 150	3.5	9.7	5.8
Slovenia	2 825	2.8	8.8	4.5
Spain	3 248	3.9	9.9	3.0
Sweden	5 488	4.2	11.1	2.4
Switzerland	7 919	4.2	18.0	4.6
Turkey	1 089	1.8	2.0	2.7
United Kingdom	4 182	2.8	7.9	2.8
United States	9 882	2.8	11.3	2.8

Note: All data refer to 2015 or nearest year, except for health care expenditure, which refers to 2016. Indicators are taken from Chapter 7 (health expenditure), Chapter 8 (doctors and nurses per capita) and Chapter 9 (beds per capita).  
 \* United States is excluded from the standard deviation calculation. \*\* Japan and Korea is excluded from the standard deviation calculation. For Ireland, private hospitals beds are excluded.  
 Source: OECD Health Statistics 2017

L'incremento dei posti letto per riabilitazione e cronicità, ricordato da Bagatin, evidentemente non è riuscito a ridurre in modo sostanziale, o sufficiente, il ricorso all'ospedale per acuti. Peraltro, al di là della definizione sommaria del numero di posti letto, non sembra esservi stato alcun intervento efficace atto a progettare e definire le cosiddette "cure intermedie" per i malati cronici, che dovrebbero rappresentare la cerniera fra l'assistenza ospedaliera e quella primaria.

Nell'intervento di Bagatin si intravede però un altro aspetto inquietante: l'efficientamento del sistema deriverebbe in primo luogo dalla soppressione di "doppioni" e di "posti di primariato", e sembra si evocino, fra le righe, iniqui privilegi e poltrone. Insinuazioni di questo tipo non sono nuove, e appaiono quasi offensive nei confronti di intere équipe, con il loro patrimonio culturale, operativo e di relazioni umane, che sono andate disperse. Appaiono offensive nei confronti dei medici e delle loro aspettative di carriera, non solo legittime e comprensibili, ma anche garanzia per la sanità pubblica di potersi avvalere dei migliori professionisti.

Gli accorpamenti di reparti fra due stabilimenti ospedalieri distanti fra loro decine di chilometri (Gorizia-Monfalcone, Latisana-Palmanova, San Daniele-Tolmezzo e San Vito-Spilimbergo) costituirebbero, secondo Bagatin, un'efficiente "soppressione di doppioni"? I problemi che qui si pongono sono numerosi, e fra questi vi è il fenomeno dei "primari a scavalco", e non solo dei primari, perché anche altri medici sono diventati pendolari. Se i primari possono essere presenti solo per la metà del tempo, o anche meno, dato che esistono anche scavalchi multipli, allora i primari, per la Regione, sono praticamente inutili. Se un medico può lavorare un giorno in una sede e l'altro in un'altra, con buona pace della continuità delle cure, secondo la Regione Friuli Venezia Giulia, di fatto (altrimenti non si comprenderebbe come questo possa essere ritenuto un incremento di efficienza), un medico varrebbe l'altro.

La scarsa considerazione in cui sono tenuti i medici e i dirigenti sanitari operanti nella sanità pubblica, ritenuti ormai meri fattori di produzione, emerge anche dal fatto che, nelle varie fasi di progettazione e applicazione della riforma sanitaria, non vi è stato alcun sostanziale coinvolgimento, consultazione, e nemmeno trasparente informazione di chi la sanità la realizza, rappresenta e costituisce sul campo. L'autoritarismo si è sostituito

all'autorevolezza, la mancanza di trasparenza ha generato negli operatori l'impressione di una progettazione mirata a favorire alcuni poteri, quali "famiglie" professionali, potentati locali e università, creando sfiducia. L'espressione retorica scelta da Bagatin "i professionisti insegnano a noi politici" appare qui particolarmente infelice.

Da ultimo, si rileva il fatto, risibile, che nella logica degli annunci la parola "chiusura", che richiama alla mente catenacci e lucchetti, sembra essere stata bandita, e guai a chi la pronuncia. A Cividale, Gemona, Maniago e Sacile c'è senz'altro il Distretto sanitario con le sue strutture dedicate all'assistenza primaria (cfr. DGR 2673/2014), ma non c'è più un ospedale per acuti.

**Dott.ssa Laura Stabile**

*Segretario Regionale Anaaofri Friuli Venezia Giulia*