

L'analisi sullo stato di salute dell'Ospedale prosegue, dallo scorso numero, tra le diverse criticità di un sistema rigido non concepito per fronteggiare situazioni emergenziali non solo riferite alla situazione pandemica in corso, ma anche a quella relativa all'attività ordinaria.

La seconda epidemia

Molte delle morti a cui abbiamo assistito durante la prima ondata della pandemia si sarebbero potute evitare se avessimo avuto un sistema sanitario adeguatamente attrezzato, organizzato, flessibile e soprattutto finanziato

di CARLO PALERMO

Il decennio 2010/2019, a causa della crisi finanziaria del 2008-2009 prima e dei debiti sovrani dopo, ha determinato un rigido controllo della spesa sanitaria in Italia. Il Fsn è aumentato di soli 8,8 mld, mediamente dello 0,9% all'anno, percentuale inferiore all'inflazione media annua (+1,07%). Il sotto-finanziamento, a fronte della crescita dei bisogni sanitari per la transizione demografica ed epidemiologica in atto, si è tradotto in fatti concreti come il mancato turnover del personale, con circa 42 mila addetti in meno nello stesso periodo, e il proseguimento del taglio dei posti letto

iniziato nei primi anni del nuovo secolo.

Il sotto-finanziamento non è stato certamente indifferente rispetto all'andamento della recente epidemia.

Nel corso della prima ondata della pandemia Covid-19, corrispondente grosso modo al periodo tra febbraio e settembre 2020, la mortalità generale della popolazione è aumentata considerevolmente nella maggior parte dei Paesi d'Europa. Tra i Paesi nei quali l'aumento è stato maggiore spiccano l'Italia, con circa

un +17%, la Spagna, con +18%, e il Regno Unito, con +22%.

La popolazione di Italia e Spagna ha un'età mediana più alta (rispettivamente 47,9 e 45,5 anni) di quelle del resto della popolazione europea (42,7 anni), ma non il Regno Unito (40,8 anni). **Il fattore più rilevante per l'aumento della mortalità generale che accomuna questi tre Paesi è la scarsità di posti letto negli ospedali.** In Italia, i posti letto per acuti per 1.000 abitanti sono diminuiti dai 4,71 del 2010 ai 3,14 del 2018, una riduzione del 33% in nove anni. La media europea è attualmente intorno al cinque per mille abitanti. Per quanto riguarda i posti letto in Terapia intensiva a inizio pandemia, erano valutabili nel nostro Paese intorno all'8,6 per 100.000 abitanti, contro una media europea di 12,9. Per quel che concerne

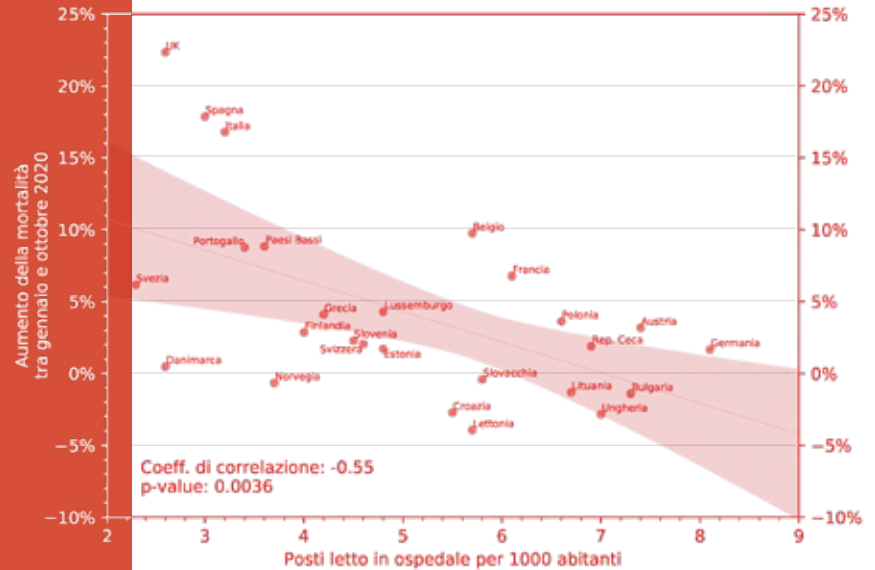
poi la spesa sanitaria, secondo il rapporto Health at a Glance Europe 2020 dell'Ocse, l'Italia ha una spesa sanitaria (pubblica e privata) pro capite che, a parità di potere d'acquisto, si attesta nel 2019 a 2.473 euro (a fronte di una media Ocse di 2.572 euro) con differenze vertiginose rispetto a Francia e Germania che, rispettivamente, segnano valori di spesa sanitaria pro capite di 3.644 euro e 4.504 euro. Da notare come di questi 2.473 euro pro capite, il 25%, sempre secondo dati Ocse, è rappresentato da spesa privata, out of pocket. Dal sondaggio Anao Assomed condotto nell'ottobre del 2020, è emerso inoltre come le carenze di organico e lo scarso coinvolgimento dei medici nei processi decisionali abbiano contribuito in modo sostanziale al peggioramento del servizio offerto dagli ospedali pubblici, in particolare per la sospensione dell'attività ordinaria. L'aumento di mortalità re-

“ ANCHE ORA IL FINANZIAMENTO DEL MES PUÒ ESSERE DI AIUTO ”

Meno posti letto, più decessi

In una nostra recente analisi è emerso che esiste una correlazione negativa tra il numero di posti letto ospedalieri per 1.000 abitanti e l'aumento della mortalità nei primi dieci mesi del 2020. In particolare, si osserva che statisticamente a ogni posto letto in meno per 1.000 abitanti è associato un aumento della mortalità generale del 2%. Questo significa che Paesi come la Germania, l'Austria o la Bulgaria, dove i posti letto per 1.000 abitanti sono tra i 7 e gli 8, hanno avuto un aumento della mortalità quasi nullo, mentre il Portogallo o i Paesi Bassi, con circa 3 posti letto per 1.000 abitanti, hanno avuto aumenti vicini al 10%. L'Italia, la Spagna e il Regno Unito rappresentano invece delle eccezioni, poiché il loro aumento di mortalità è stato all'incirca il doppio di quello che ci si sarebbe potuti attendere osservando la situazione negli altri Paesi europei. Se, da un lato, a questi risultati particolarmente negativi ha contribuito l'età più elevata della popolazione, non si può negare che la disponibilità di posti letto (compresi quelli nei reparti di Terapia intensiva) abbia giocato un ruolo fondamentale nel determinare l'aumento della mortalità.

Correlazione tra posti letto disponibili e mortalità durante la prima ondata dell'epidemia di Covid-19



gistrato è infatti in larga parte attribuibile all'infezione da Covid-19 ma **sicuramente pesa anche l'aumento di mortalità per altre cause: la sospensione dei controlli per le malattie croniche, il rinvio degli screening oncologici e degli interventi non urgenti, la riduzione di accesso alle cure per timore del contagio hanno determinato decessi e ne determineranno ancora per molto tempo.** In altre parole, molte delle morti cui abbiamo assistito durante la prima ondata della pandemia si sarebbero potute evitare se avessimo avuto un sistema sanitario adeguatamente attrezzato, organizzato, flessibile



La pandemia del 2020 ha mostrato con dolorosa chiarezza che il prezzo dei tagli alla sanità pubblica, una scelta politica motivata con il risparmio e l'efficienza economica, è stato pagato con la morte di decine di migliaia di persone

e soprattutto finanziato. **Purtroppo anche gli investimenti negli ospedali previsti dal Recovery plan appaiono largamente insufficienti rispetto alle necessità.** Si tratta di appena 9,01 mld destinati agli ospedali e all'ammmodernamento tecnologico e digitale ospedaliero. Basti ricordare che il piano presentato dal ministro Speranza prevedeva per gli stessi fini 34,4 mld. Siamo di fronte a stabilimenti ospedalieri vetusti, costruiti nel 45% dei casi prima del 1940. Ospedali scarsamente flessibili, concettualmente superati, con impiantistica obsoleta, insicuri sotto il profilo sismico e con dispositivi antincendio inadeguati. È arrivato il momento di

pensare finalmente alla spesa sanitaria come un investimento, piuttosto che come un costo, e sono convinto che anche ora il finanziamento del Mes possa essere di aiuto. **Abbiamo bisogno di investimenti adeguati alle necessità. Non si tratta solo di dare una risposta alla crescente domanda di assistenza per il progressivo invecchiamento della popolazione o di contrastare al meglio la presente pandemia, si tratta soprattutto di prepararci ad affrontare la seconda epidemia che si sta sviluppando sottotraccia:** quella di tutti i malati non-Covid espulsi dal sistema di cure per far fronte alle conseguenze del Sars-CoV-2.