

Colpa del tabagismo. Diminuiscono, invece, i casi maschili

L'infarto è in aumento tra le donne giovani

DI MASSIMO GALLI

In Francia i casi di infarto aumentano tra le donne giovani, mentre sono in diminuzione tra gli uomini. È quanto emerge dall'ultimo *Bollettino epidemiologico settimanale* dell'Istituto di vigilanza sanitaria, che fotografa la situazione Oltralpe.

I dati sull'infarto miocardico (al cuore) tengono conto dei cambiamenti avvenuti tra il 2002 e il 2008, anno in cui furono ricoverate in ospedale 56.102 persone per un infarto, di cui il 66,4% uomini e il 33,6% donne. In generale, le persone finite in un nosocomio per questa patologia sono scese del 7,4%. Mentre si è verificata una frenata (-13,6%) tra le persone oltre i 65 anni, quelle più giovani hanno accusato un incremento del 3,6%. Tenendo invece conto dell'aumento della popolazione e del suo invecchiamento, il tasso standardizzato dei pazienti ha registrato un ribasso del 17,2%.

A suscitare stupore e preoccupazione, in realtà, sono i numeri suddivisi per sesso. Tra gli uomini con meno di 65 anni i casi di infarto sono scesi, sempre tra il 2002 e il 2008, da 71,4 a 64,1 ogni 100 mila abitanti; tra gli ultrasessantacinquenni si è passati da 547,5 a 423. La tendenza femminile è diversa: mentre per le over 65 c'è stata una contrazione da 274 a 209 casi per 100 mila abitanti, le più giovani hanno accusato un aumento da 11,6 a 12,3 casi. Ma la crescita più consistente si è verificata nella fascia d'età compresa fra 25 e 54 anni: in particolare, gli infarti sono saliti dell'8,3% tra 25 e 34 anni, del 14,6% fra 35 e 44 anni e del 17,9% fra 45 e 54 anni.

Lo studio evidenzia una riduzione della prevalenza dell'ipertensione arteriosa e dell'ipercolesterolemia (eccesso di colesterolo). Invece, nell'ultimo decennio, hanno avuto un'evoluzione preoccupante in Francia tre fattori di rischio

vascolare, che potrebbero essere responsabili dell'infarto tra le giovani donne: fumo, diabete e obesità. Quanto alla mortalità, il rallentamento medio è nell'ordine del 10%, ma i decessi sono più consistenti proprio a livello femminile. La riduzione dei ricoveri degli uomini è legata, tra l'altro, al forte calo dei fumatori, scesi dal 65% della popolazione nel 1965 all'attuale 30%.

Tra le donne si è invece verificato un fenomeno opposto, con il passaggio dal 10 al 30% di fumatrici: ciò contribuisce a spiegare il maggior numero di infarti. In ogni caso, al di là della componente sessuale, l'80% degli infarti miocardici prima dei 50 anni è legato proprio al tabacco. Le altre cause, dal diabete all'ipertensione, sono più marginali in questa fascia d'età.

—© Riproduzione riservata—

Le due pagine di «Estero - Le notizie mai lette in Italia» sono a cura di Sabina Rodi



Trentamila posti letto in meno nel 2015

La mappa dei tagli nei nostri ospedali

di MARGHERITA DE BAC

Entro il 31 dicembre le Regioni dovranno indicare dove e come ridurre 30 mila posti letto negli ospedali che saranno riutilizzati per altre funzioni. Si punta sull'efficienza e sull'eliminazione dei doppiopioni. A Roma, per esempio, solo una cardiocirurgia delle 8 presenti rispetta i nuovi criteri.

A PAGINA 29

Sanità Lo schema di regolamento per il 2013-2015

Ospedali e posti letto Tagli record in Molise Lazio e Trentino

Il ministero: trentamila da eliminare

ROMA — Trentamila letti in meno negli ospedali italiani. Assume concretezza la prospettiva, delineata dal decreto sulla revisione della spesa (spending review) della scorsa estate.

Entro il 31 dicembre le Regioni dovranno indicare dove e come effettueranno la riduzione. Si dovrà passare nel prossimo triennio 2013-2015 a un rapporto di 3,7 letti ogni mille abitanti dall'attuale 4,2, la media nazionale. Lo 0,7% devono essere dedicati a riabilitazione e lungodegenza di malati che hanno superato la fase acuta. Alcune Regioni, come Emilia Romagna, Veneto, Toscana o Lombardia, hanno già avviato questa operazione, altre invece devono cominciare quasi da zero e non a caso sono quelle con maggior deficit, sotto piano di rientro. Il Molise è quella che deve ridurre di

più (-33,2%), seguita dalla Provincia autonoma di Trento (-20,9%) e Lazio (-19,9%).

Si marcia dunque verso un sistema più moderno. Le parole chiave: meno ospedali (molto costosi e fonte di sprechi), più servizi territoriali, più appropriatezza.

I criteri in base ai quali procedere sono indicati in uno schema di regolamento sugli «standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera». Salvo sorprese verrà esaminato la prossima settimana dalla Conferenza Stato-Regioni, per l'approvazione. Il documento è pronto, frutto del lavoro del ministero della Salute attraverso l'agenzia per i servizi sanitari (Agenas) diretta da Fulvio Moirano, che ha in mano anche il cosiddetto programma per la valutazione delle performance delle singole strutture.

Più che di sforbiciata, è corretto parlare di riconversione visto che i letti non verranno aboliti ma riutilizzati per funzioni diverse ad esempio residenze per anziani, lungodegenza. Il taglio non sarà attuato attraverso tanti piccoli interventi, un posto in meno lì, due in meno lì, secondo la logica della mediazione, specie nelle università.

Spariranno interi primariati-doppione (oggi si chiamano unità operative complesse) selezionati in base al bacino di utenza e al rendimento. Questo a garanzia dei pazienti. Più una struttura accumula esperienza e casistica, più è sicura, soprattutto per quanto riguarda le alte specialità. Centri trapianti, cardiocirurgia, neurochirurgia. In molte realtà sono troppi e lavorano poco perché devono spartirsi i malati, a discapito della qualità.



Per alcune specialità (ad esempio by pass coronarico) vengono fissati dei limiti al di sotto dei quali non si dovrebbe scendere: almeno 150 l'anno. A Roma, tanto per fare un esempio, solo una cardiocirurgia delle 8 presenti rispetta questo ritmo. In Lombardia 10 su 18.

«Chiudere i primariati? Un'impresa, spesso non ci si riesce, si incontrano molte resistenze politiche», racconta Giuseppe Zuccatelli, oggi subcommissario della Sanità abruzzese, intervenuto su questo tema al convegno organizzato a Roma da «Meridiano Sanità» sulla salute in Italia in tempo di crisi economica. «Bisogna raggiungere l'indicatore sui letti stabilito dal ministero attraverso l'eliminazione di reparti interi, unico modo per ottenere risultati duraturi ed efficaci sul piano economico e di recupero

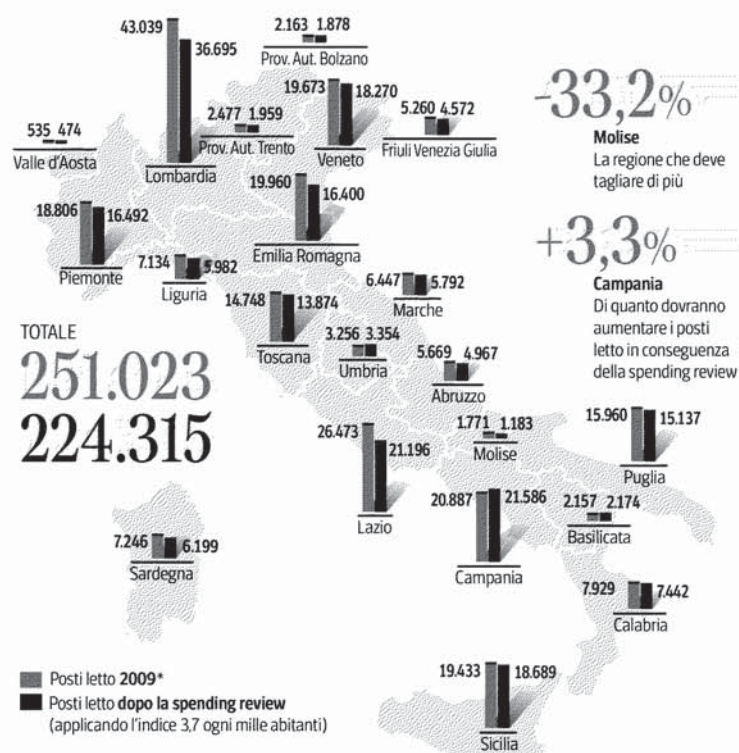
di personale. Infermieri e ausiliari da utilizzare altrove e per coprire il turn over», analizza Zuccatelli. Dunque non tagli lineari, ciechi o effetto di spinte e pressioni. Lo schema di regolamento suddivide gli ospedali in tre categorie (hub, spoke e integrativi) in base a grandezza e strutture. Si insiste sull'indice di occupazione dei posti letto che deve attestarsi su 80-90%: in reparti di 30 posti, ne devono essere occupati in media 26. Le misure antisprechi funzionano così.

Margherita De Bac
mdebac@corriere.it

Il piano

Entro il 31 dicembre le Regioni dovranno indicare dove e come effettueranno la riduzione

Le cifre



Fonte: Ministero della Salute, stime di Quotidiano Sanità - *strutture pubbliche e private accreditate

EMANUELE LAMEDICA



L'agenda per la crescita
LE MISURE DEL GOVERNO

Regolamento Salute-Economia
Inviato alle Regioni il decreto attuativo della
spending review: ma i governatori già frenano

Decreto enti locali
L'Esecutivo va sotto al terremoto, poi pone la fiducia
Fini a Monti: Grillo si presenta in commissione

Taglio a 20mila posti letto

Il piano Balduzzi sugli ospedali: via un migliaio di reparti e poltrone

Roberto Turno
ROMA

■ Forse 18-20mila posti-letto in meno per i ricoveri ordinari, almeno un migliaio di reparti d'opione o poco (e male) impiegati che saltano, altrettanti primariati e poltrone di baroni della medicina che tremano. E piccoli ospedali in bilico. È pronta la grande dieta per gli ospedali italiani, sia pubblici che privati. Dopo la spending review di questa estate, arrivano le regole applicative che il ministro della Salute, Renato Balduzzi, ha appena inviato alle Regioni. Che dovrebbero tradurle in propri provvedimenti entro fine anno.

Magià i governatori sono pronti a frenare. Non accettano ultimatum - ovvero che le misure siano ordinarie, non indicative - lamentando un'invasione di campo e il mancato coinvolgimento nella messa a punto del documento. Insomma, sarà un nuovo testa a testa. Anche perché il regolamento predisposto dal ministro della Salute insieme all'Economia (per il testo si veda www.24oresanita.com) interviene pesantemente per riorganizzare dopo decenni e dare un senso compiuto a livello nazionale alla rete ospedaliera nazionale. Con l'obiettivo dichiarato di garantire livelli di assistenza omogenei in tutta Italia sia per l'adeguatezza delle strutture, sia per le risorse umane impiegate in rapporto ai pazienti "serviti" e al livello di complessità delle singole strutture e dell'interazione con la rete di assistenza sul territorio.

Un intervento poderoso e neces-

sario, anche se ciascuna Regione potrà lamentare le proprie specificità e qualcuna rivendicare gli interventi già attuati. Le ricadute pratiche in termini di tagli di posti letto, di reparti, primariati e anche di ospedaletti, è così legata alle scelte locali. Dove sarà inevitabile l'assalto a difesa di ospedali, discipline e poltrone. Quanto ai risparmi possibili dell'operazione, la spending review (legge 135/2012) non li cifra, ma Balduzzi ha detto ripetutamente che per le Regioni ci saranno sicuramente minori spese. Tutto sta a vedere i tempi di realizzazione e quanto, come e se, il sistema terrà alle necessità di cura, anche per le possibili ricadute sulle liste d'attesa, aspettando che il territorio si attrezzi davvero alla deospedalizzazione.

«Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera»: già dal titolo il regolamento mette le cose in chiaro. Con tre carte decisive da giocare nell'operazione di sfoltimento: i volumi minimi di prestazioni effettuate, le soglie di rischio degli outcome di cura, il bacino d'utenza della popolazione. Con un jolly per le Regioni che ospitano la mobilità dei pazienti in cerca di cure fuori casa.

Nell'ambito dell'intera valutazione saranno così costruiti gli standard delle prestazioni. Gli ospedali vengono distinti in tre classi: di base con un bacino di 80-150mila abitanti, con pronto soccorso e un numero essenziale di specialità; di primo livello, con 150-300mila abitanti, con diparti-

menti di emergenza-urgenza con numerose specialità e tecnologie avanzate; di secondo livello, tra 600mila e 1 milione di abitanti, prevalentemente ospedali-azienda, Irccs, ospedali di grandi dimensioni non incorporati dalla asl. Gli standard avranno valore per tutte le discipline, che saranno puntigliosamente verificate. Dalla verifica arriveranno i tagli. E non mancheranno sorprese e interventi a volte troppo a lungo rinviati: che dire delle 15 cardie del Policlinico Umberto I? E, sempre all'Umberto I, che dire delle 20 diverse chirurgie che in un anno hanno eseguito in tutto 400 interventi sulla cistifellea in laparoscopia, ma solo una ne ha fatti più di settanta mentre a Parma lo stesso risultato è stato raggiunto in soli tre reparti? Quanto alla cardiocirurgia, anche la Lombardia non scherza: ne ha 22, secondo la società di cardiocirurgia ne basterebbero dieci.

Nella ristrutturazione ci sarà spazio per la rete dell'emergenza-urgenza, per la chirurgia ambulatoriale, i centri-traumi, le reti per l'ictus. E anche le cliniche accreditate col Ssn dovranno partecipare: quelle considerate di «integrazione» alla rete ospedaliera pubblica manterranno l'accreditamento solo se hanno più di 80 posti-letto per acuti.

IL GIRO DI VITE

Strutture ospedaliere divise in tre fasce e sfoltimento basato su volume minimo delle prestazioni, bacino d'utenza e soglie di rischio



I posti letto disponibili

Dati 2011

