

Il dottore non c'è più

Ventimila sanitari. Andati in pensione e mai sostituiti. Così a Roma si devono chiudere le dialisi, a Torino scoppia la chirurgia. A Milano...

DI ANTONINO MICHENZI

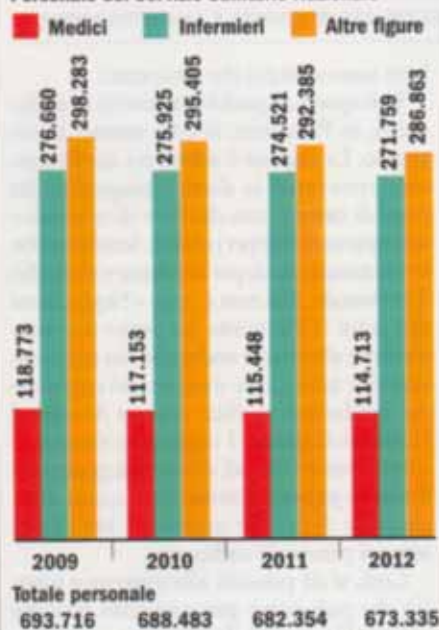


Maria Miroballi è un medico. Lavora in un Servizio per le Tossicodipendenze nell'hinterland romano. Fino a due mesi fa, tre volte alla settimana, faceva i 30 km che dall'ufficio la portano al Policlinico di Tor Vergata della capitale per sottoporsi alla dialisi. Di sera, in modo che il periodico lavaggio del sangue di cui ha bisogno a causa del malfunzionamento dei reni interferisse meno possibile con la sua vita e con il suo lavoro. Ma da settembre l'organizzazione delle sue giornate è saltata, insieme al turno di dialisi notturno di Tor Vergata. Il numero di medici e infermieri non era sufficiente a garantire il servizio serale. Assumerne di nuovi è impossibile per via del blocco del turn over che negli ultimi cinque anni ha sottratto circa settemila dipendenti, tra medici, infermieri e tecnici alla sanità laziale. E adesso Maria rischia il lavoro. «Devo sottopormi a dialisi tre pomeriggi a settimana. E ciò significa che mi è impossibile coprire tutti i turni», racconta.

Va così a Roma, dove i servizi di dialisi degli ospedali pubblici stanno cadendo come le tessere di un domino sotto la spinta di una carenza di personale che è ormai diventata insostenibile. Via il turno di notte all'ospedale San Camillo. Riduzione dei turni al Santo Spirito. In bilico la dialisi del Fatebenefratelli. Al San Giovanni, nel volgere di pochi mesi sono stati prima smantellati i posti letto del reparto di Nefrologia, poi dimezzati i posti del servizio dialisi, infine eliminata la guardia nefrologica notturna: per le urgenze i pazienti dovranno rivolgersi al lontano ospedale Sant'Euge-

Tutti a casa

Personale del Servizio Sanitario Nazionale



Fonte: nostra rielaborazione su dati del Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato

nio. «Che le devo dire? È come in tutta Italia. Siamo rimasti io e altri tre medici. Venti giorni fa, dopo un turno di 12 ore, mi sono ritrovato da solo ad assistere i malati che facevano dialisi», dice il primario del reparto, Alessandro Balducci, 62 anni e alle soglie della pensione.

Invano le direzioni generali degli ospedali hanno chiesto alla Regione Lazio una deroga al blocco per poter assumere dei nefrologi. Il fatto è che medici e infermieri sono costretti al superlavoro e «quando non si può più garantire la sicurezza del personale e dei malati siamo costretti a ridurre i servizi», dice Angelo Tanese, il direttore generale della Asl Roma E a cui fa capo l'Ospedale Santo Spirito. Chiuse o ridotte le nefrologie ospedaliere ai malati tocca di andare nelle case di cura e nei centri dialisi privati. Che prosperano all'ombra della crisi. E che comunque, il più delle volte, quando, come spesso succede, le condizioni del malato si aggravano, lo scaricano di nuovo sull'ospedale. Secondo il database della Società italiana di Nefrologia, a Roma dei 750 posti dialisi disponibili, più di 400 sono privati, quasi sempre accreditati e quindi retribuiti dalla mano pubblica.

Quella del blocco del turnover è una storia che parte da lontano. Innanzitutto dal provvedimento che riguarda tutto il pubblico impiego, congelato fino al 2017. Per ospedali e Asl c'è una deroga, ma a patto che abbiano i conti in ordine. Quindi le regioni con debiti monster soggette a Piani di rientro non possono sostituire i pensionati, ma anche quelle virtuose, spinte dalla crisi di cui abbiamo detto nelle pagine precedenti, hanno bilanci in rosso e devono rinunciare a medici e infermieri. Così, se nel 2009 la sanità pubblica poteva permettersi il lusso di mandare in pensio- ▶

Foto: Imagoeconomica/Orion

ne 108 mila sanitari e assumerne 111 mila, l'anno seguente cambia tutto. Il saldo positivo è un ricordo. Nel 2010 escono appena 55 mila operatori e ne rientrano 50 mila. Ancora peggio l'anno successivo, il 2011: 40 mila in uscita, 34 mila assunti. E in pochi anni, il Ssn si gioca più di 20 mila persone capaci di assistere i malati (circa il 2 per cento dell'organico complessivo). A soffrire di più sono Lazio e Campania dove spariscono più di tremila sanitari, la Sicilia (1.400), la Calabria, il Piemonte, la Liguria (1.000). Il 2013 sfugge ancora alle rilevazioni, ma l'aggravarsi della crisi di certo ha reso più ripida la china dell'impoverimento del servizio pubblico.

Il tema scotta. Tanto che anche il ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha dovuto prenderne atto, promettendo che il tema sarà affrontato e risolto nel prossimo Patto della salute, l'accordo tra lo Stato e le Regioni su come organizzare e finanziare il servizio sanitario nel prossimo triennio, promesso entro la primavera.

Il caso di Roma non è infatti un'eccezione. Da mesi si susseguono chiusure di reparti e riduzioni di servizi per carenza di medici e infermieri, di proteste di operatori sanitarie e malati. Così anche in quelle aree che fino a poco tempo fa erano considerate eccellenze. Per esempio in Lombardia, cominciano a vedersi innumerevoli crepe in quella che è stata raccontata sino a d'oggi come una sanità d'eccellenza. I Pronto soccorso, ad esempio, soffrono di carenze di organico. Così, in molti ospedali (il San Paolo e il San Carlo a Milano, il Mellino Mellini di Chiari, tanto per fare qualche esempio) si corre ai ripari usando i medici dei reparti. E qualche volta può capitare (come avviene a Esine, nel bresciano) che tra i dottori richiamati ci sia anche qualcuno la cui specializzazione ha poco a che vedere con l'emergenza, per esempio un fisiatra.

Il dramma è che da nord a sud il numero insufficiente di medici e infermieri costringe molti reparti a impoverire i servizi quando non a chiudere. Al San Paolo di Milano, in estate diversi reparti hanno ridotto i posti letto: è l'unico modo per dare le ferie agli operatori. Però, al rientro delle vacanze, il deficit è diventato permanente per Neurologia e Nefrologia i cui posti



IL POLICLINICO TOR VERGATA E, SOPRA, IL SAN PIETRO A ROMA

letto sono stati più che dimezzati.

Se ti sposti di qualche centinaio di chilometri, in Piemonte, le cose vanno anche peggio. La regione è infatti tra quelle passate attraverso la dieta dimagrante dei piani di rientro, con chiusure di ospedali e scomparsa di letti per i malati. Sembra la situazione ideale per ricollocare al meglio il personale. Ma non è così. «Negli ultimi due anni il Piemonte ha perso duemila medici e altrettanti andranno via nei prossimi due anni», dice il segretario regionale del sindacato medico Anaa Assomed Gabriele Gallone. I nosocomi rimasti si sono ritrovati quindi costretti a gestire un flusso di pazienti aumentato a causa della chiusura di diverse strutture e per di più senza il personale sufficiente.

Così, si dà priorità alle urgenze e tutto ciò che può essere procrastinato si mette in lista. L'attesa per la chirurgia oncologica del seno nella regione, ad esempio, è passata dai 20,4 giorni del 2011 ai 36 di oggi. Con picchi di tre mesi all'azienda ospedaliera Città della Salute - Molinette secondo un'indagine del gruppo consiliare regionale del Partito democratico. Ma per tutti gli interventi e in tutto il Piemonte le liste di attesa si allungano. Secondo il documento del Pd, all'Ospedale di Mondovì

i pazienti devono aspettare 138 giorni per la sostituzione totale dell'anca, al Maggiore della Carità di Novara 166 per un intervento di sostituzione totale del ginocchio, al Mauriziano di Torino addirittura 843 giorni per l'asportazione delle emorroidi. E proprio un infermiere del Mauriziano, Roberto Amerio, ha piantato una tenda davanti all'ingresso delle Molinette e portato avanti uno sciopero della fame. Se gli chiedi cosa significhi essere a corto di personale in un'ospedale risponde: «Significa avere i tempi contingentati, non avere un attimo per fare le cose meglio».

Non è dappertutto così. Molte strutture continuano ad andare avanti con difficoltà tollerabili. «Sa qual è il problema del blocco del turnover? Che produce difficoltà in maniera casuale», dice Antonio Corra che dirige Pediatria generale e neonatologia del Ss. Annunziata di Napoli. Ad esempio: i reparti con personale più giovane soffrono meno del blocco delle assunzioni perché sono immuni dai pensionamenti. Il caso non è stato invece propizio con l'ospedale Cardarelli di Napoli, dove negli ultimi 3 anni il personale si è ridotto di circa 850 unità, passando da 3.200 a 2.400. «Mancano medici del pronto soccorso, pneumologi, neonatologi, cardiologi, gastroenterologi. E l'elenco potrebbe continuare», dice il coordinatore provinciale Anaa Assomed Franco Verde. «Qualche mese fa ho chiesto al prefetto la chiusura della Terapia intensiva neonatale», racconta Verde. «Il personale era insufficiente a garantire la sicurezza dei piccoli pazienti. Per ora si è trovata una soluzione tampone».

Altri reparti invece hanno chiuso (per esempio, la Pediatria) insieme a diversi piccoli ambulatori come quello di Gastroenterologia. Così va la sanità quando le esigenze di bilancio hanno la meglio su quelle di salute. ■

Foto: Agf, Pirella

SANITÀ CRAC

Più della metà degli italiani non ha assistenza. Colpa di tagli e ristrutturazioni. Fatti alla cieca. Siamo andati a vedere cosa succede negli ospedali. In attesa dei due miliardi promessi da Letta

DI DANIELA MINERVA

Può capitare, in una tarda serata d'inverno di finire, per una sciocchezza, al Pronto soccorso. Basta un niente, un'aritmia cardiaca passeggera ed eccoci lì, nell'inferno dell'unico luogo dove trovano rifugio anziani, disabili di vario genere, povera gente che non sa che dove andare.

Lo abbiamo fatto. Abbiamo trascorso una notte al Pronto soccorso dell'ospedale San Carlo di Milano, un grande nosocomio di periferia. Chiuso nella nebbia del Lorenteggio, accerchiato da palazzoni grigi, strade senz'anima; poco lontano dai campi Rom è molto vicino al territorio di bande giovanili in guerra chissà perché. Affollato già alle sette di sera. E poi progressivamente sempre più inverosimile man mano che avanza la notte. Inverosimile se si va a cercare sui protocolli della buona sanità cosa deve essere un Pronto soccorso. Ci si deve aspettare l'arrivo di incidentati, di feriti, di

persone colpite all'improvviso da attacchi di cuore o cerebrali. Insomma, gente che ha bisogno di quella che i manuali e le molte fiction televisive ci hanno presentato come "medicina d'urgenza".

E invece no. Sono coloro che non sanno dove andare i grandi protagonisti della scena, anziani soprattutto. Con l'influenza o in stato confusionale, dovuto magari a una caduta da niente che non ha ferito il corpo ma spiazzato la mente. Stanno lì,



IL SAN CARLO DI MILANO. IN ALTO: L'OSPEDALE SAN CAMILLO DI ROMA

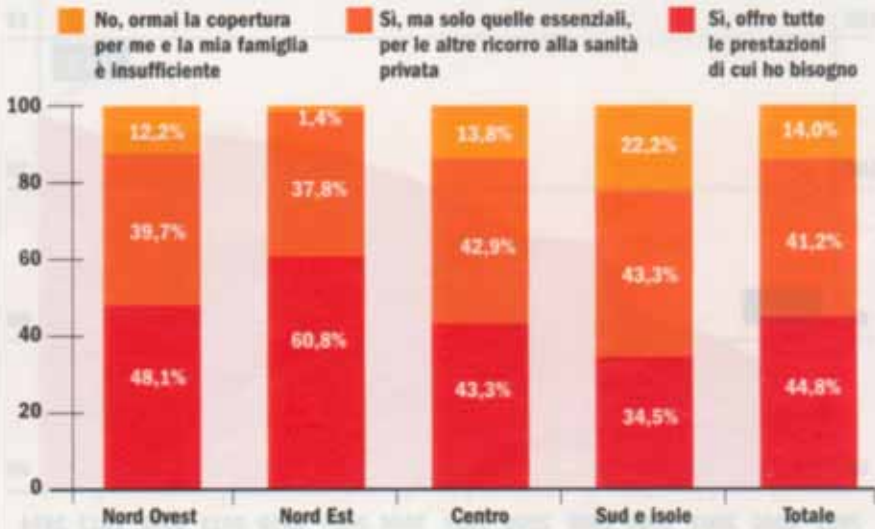
buttati tutti insieme. L'ottanterne che urla tutta notte impropri contro il figlio che chissà dov'è: non ha nulla, ma l'hanno portato lì perché non sanno occuparsene. Si alza più volte, accenna a rivestirsi e andarsene e gli infermieri gli ringhiano di stare buono, lo rimettono a letto con poche cerimonie. Accanto a lui, un metro al massimo, una signora caduta per uno scippo: niente di rotto ma la paura l'ha fatta strappare. Piange e chissà se si accorge che quell'uomo di fronte a lei ha sporcato il letto e che gli infermieri, brontolando sonoramente, puliscono senza neanche chiudere la tenda. E nel cambiarlo si lasciano dietro una scia di urina che si seccerà e resterà lì tutta la notte. Di certo lo nota quel cinquantenne in fibrillazione atriale: deve semplicemente essere monitorato finché il cuore non smetterà naturalmente di fare capricci; ma anche per lui l'unica chance è stata la lettiga dov'è finito a trascorrere la notte occupando spazio e sprecando risorse come quasi tutti quelli che sono lì invece che in una





Aiuto, ho perso il Servizio

Giudizio sul grado di copertura dei bisogni offerto dal SSN risposta alla domanda "Il Servizio Sanitario Nazionale offre le prestazioni di cui ha bisogno?"



Fonte: Rapporto Oasi del Cergas Bocconi, 2014

struttura molto più idonea a gestire la piccola patologia. Inevitabilmente più umana. Arriva però un giovanotto colpito da un'arma da fuoco e poi un povero ragazzo frantumato in un incidente di motocicletta che viene portato in sala operatoria e mobilità, finalmente all'uopo, la grande e costosa struttura di medicina d'emergenza.

E al cronista si palesano insieme le due grandi malattie della sanità post berlusconiana: troppa gente, anziani soprattutto buttati su un letto che costa oltre mille euro al giorno e un degrado che va di pari passo con la progressiva assenza di risorse e gestione economicistica dei luoghi di cura. Cominciamo dall'affollamento nei Pronto soccorso e nei reparti. Questo, infatti, accade, quasi ovunque: la gente non sa che fare, il medico di base è andato a cena e comunque non potrebbe fare gran ché nel suo studiolo, e va al Pronto soccorso. Che non può mandare i malati dove troverebbero la miglior cura: in strutture capaci di gestire un'influenza o un anziano malconcio, o nei reparti in caso di ▶

Foto: AGF/Anzenberger

Mi manda il Celeste

Bastano poche righe per portare a casa soldi pubblici: «Per contribuire al funzionamento dell'Istituto nazionale di genetica molecolare è autorizzata a decorrere dal 2014 la spesa di un milione». Et voilà, la legge di stabilità fa piovere soldi sulla fondazione Ingm che ha il suo quartier generale nell'ospedale Maggiore di Milano. Nata nel 2004 e fortemente voluta dall'ex ministro berlusconiano della Salute Girolamo Sirchia, viene finanziata con una dote iniziale da oltre 58 milioni di euro per i primi tre anni di vita. Lo scopo è nobile: «Progetti di ricerca altamente innovativi, in collaborazione con gli Stati Uniti, per la tutela della salute nei settori dell'oncologia, malattie rare e bioterrorismo». Da allora ogni anno, arrivano i contributi di Roma e della Regione Lombardia, 2 milioni nel 2013. Il rapporto con la Regione spiega anche l'incarico per Alberto Perego, amministratore delegato della Fondazione e amico di Roberto Formigoni suo coinquilino in una comunità dei Memores Domini, nucleo nobile di Comunione e Liberazione, di proprietà dell'ex costruttore Salvatore Ligresti. Perego è un fiscalista condannato in primo grado per falsa testimonianza: ha cercato di nascondere i propri conti esteri nell'inchiesta Oil for Food, il piano di aiuto per l'Iraq di Saddam Hussein sotto embargo, diventato uno scandalo internazionale di tangenti con Roberto Formigoni e il ministro iracheno Tarek Aziz come protagonisti. In Svizzera sul conto di Perego, secondo la ricostruzione del pm milanese, arrivava un fiume sotterraneo di finanziamenti che irrorava Cl.

Michele Sasso

attacchi di cuore o di insufficienze respiratorie gravi, ad esempio, quando è necessaria una terapia medica specialistica. Non può farlo perché le strutture assistite sono pochissime e strapiene, come lo sono gli stessi reparti, ingolfati spesso perché costretti a tenersi i malati ben oltre il tempo necessario alla terapia ospedaliera: non sanno dove mandarli per le cure che devono comunque fare. I tagli hanno spazzato via molte strutture, magari sprecone e da riformare, che però servivano a questi pazienti che i clinici chiamano "post-acuti". Gli stessi tagli che hanno giorno dopo giorno aumentato il degrado. Perché se non ci si capacita del fatto che, come abbiamo visto al San Carlo, uomini e donne convivono a frotte in stanzoni senza separazioni, resta pur vero che nei nosocomi assediati, privati di risorse e di personale, la dignità del malato può diventare un lusso. Se il cronista finisce per odiare con tutte le sue forze i due infermieri di turno che apostrofano i vecchi e non tirano le tende, resta il fatto che tutto quel carico di lavoro e sofferenza pesa su gente che guadagna meno di 1.500 euro al mese, che ha subito ristrutturazioni e tagli, che non viene mai e poi mai coinvolta nel governo dell'ospedale ormai in mano a quelli che i clinici definiscono con una punta di disprezzo "gli amministrativi".

TRENTA MILIARDI IN TRE ANNI

Il Pronto soccorso è la fotografia del sistema sanitario di un paese, e se basta una

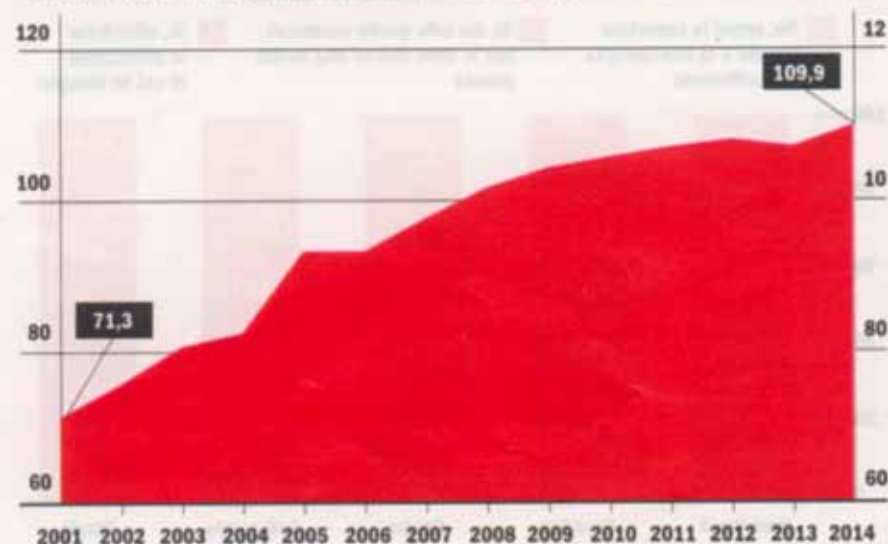
stagione influenzale debole, come quella in corso, a far salire del 30 per cento gli accessi, a riempire il Niguarda di Milano, a spingere i pazienti a sfondare la porta d'accesso del San Giovanni Bosco di Torino o a restare fino a cinque giorni su una barella qualunque in attesa di un ricovero a Roma vuol dire che le cose non sono più sotto controllo. E che, di conseguenza, la maggior parte dei cittadini italiani non ha buona assistenza. Lo racconta l'incessante ritornello delle cronache locali; lo dimostrano le cifre del Rapporto Oasi del Cergas Bocconi che sarà presentato nei prossimi giorni, e che "l'Espresso" anticipa qui.

Così è andata: dall'estate del 2011 a oggi Asl e ospedali hanno perso 30 miliardi di finanziamenti e centinaia di operatori andati in pensione e mai sostituiti. Mentre è lettera morta la promessa di avere sparsi ovunque piccoli presidi sanitari capaci di gestire gli anziani e le patologie meno gravi per lasciare ai grandi ospedali solo quei malati che hanno bisogno di medicina d'urgenza o altamente specializzata. Da quell'estate in poi, tre ministri hanno allestito altrettanti piani e decine di "tavoli" per farlo, ma ben poco è stato realizzato; e il decreto ad hoc emanato da Renato Balduzzi nel 2012 è quasi ovunque inattuato. Serve a poco a dire che ci sono regioni - Toscana, Emilia Romagna, Umbria, Marche e Veneto, di fatto - dove quello che burocraticamente si chiama "il territorio" è da anni potenziato e altre, come la Lombardia dove si prova, con scarsi successi, a farlo. Nel resto del Paese non c'è proprio niente. Eppure non si può fare diversamente. E sulla carta sembra persino semplice: organizzare i medici di base di modo che servano i loro malati 24 ore al giorno, in luoghi capaci di gestire piccolissime patologie, come l'influenza; avere assistenza domiciliare per i malati cronici e gli anziani e presidi capaci di accogliere i dimessi dagli ospedali e bisognosi di riabilitazione o altra assistenza.

A leggere il Rapporto Oasi della Bocconi, invece, emerge chiaramente che mezz'Italia è sanitarmente al crack: l'austerità ha rimesso in gran parte i conti in ordine ma ha creato una crescente inadeguatezza dei servizi. La buona notizia, però, c'è. Ed è nella legge di stabilità: per la prima volta dal 2011 il Fondo sanitario cresce, di due

Inversione di tendenza

Finanziamenti al Servizio Sanitario Nazionale (in milioni di euro)

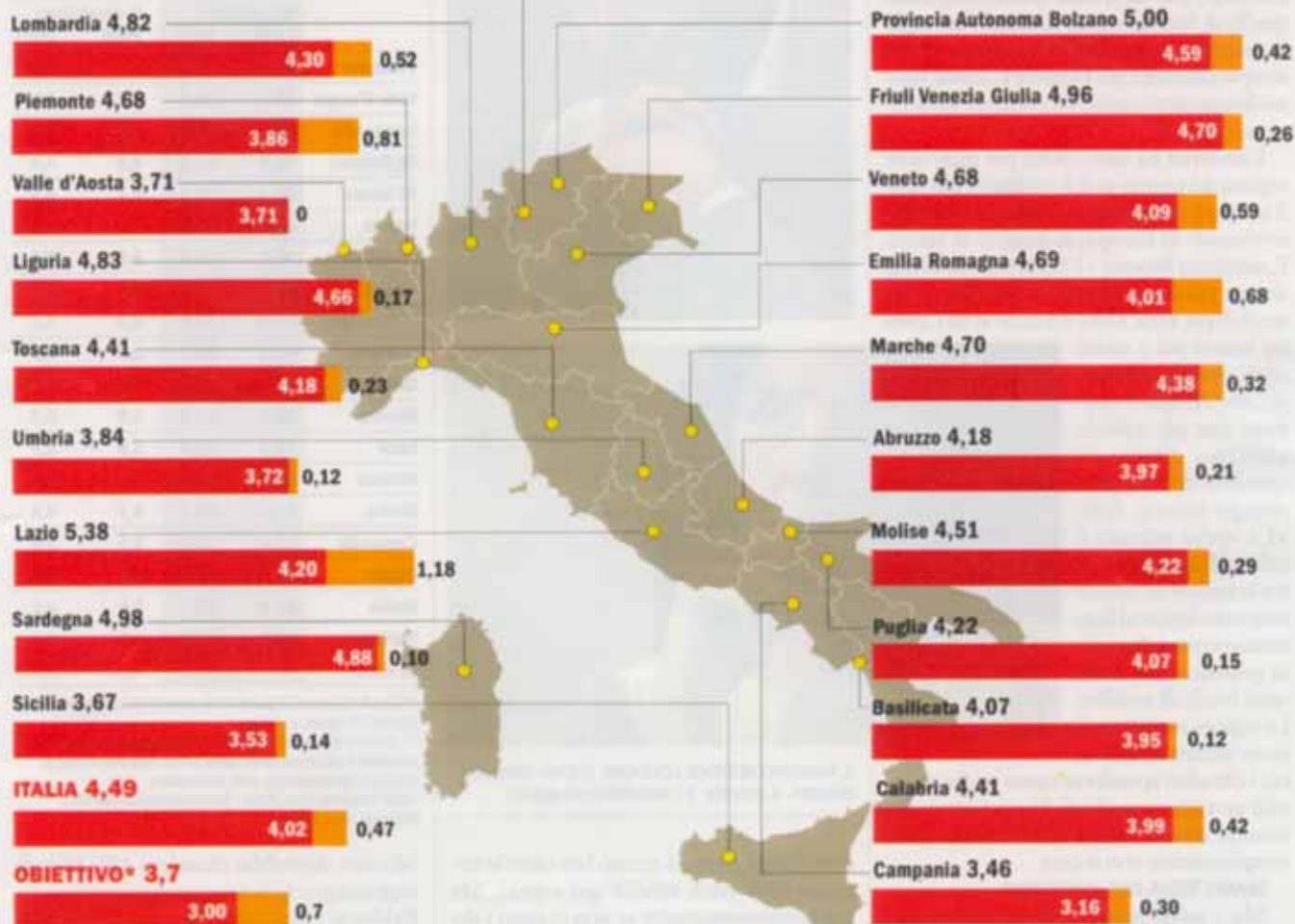


Cura dimagrante

Regione, totale posti letto di cui:

per acuti per 1.000 abitanti

per lungodegenti e riabilitazione per 1.000 abitanti



*Obiettivo posto nei provvedimenti emessi dal 2011 ad oggi. Fonte: Osservasalute 2013

miliardi. Non solo: le strutture sanitarie del Paese indicheranno dove e come fare i tagli della spending review; e il governo ha promesso che tutti i denari risparmiati saranno reinvestiti nel Ssn. «È una grande occasione. Ci dà il fiato per poter fare le riforme», chiosa il presidente dell'Agenas (l'agenzia per i servizi sanitari regionali) Giovanni Bissoni. Un'occasione, dunque. Ma per capire il da farsi serve un passo indietro. E bisogna tornare ai dati della Bocconi.

OCCHIO AI SOLDI, NON AI MALATI

Perché per la prima volta è proprio il dossier degli economisti più blasonati d'Italia a indicare il disastro della gestione economicistica della sanità. A partire dagli effetti dei cosiddetti Piani di rientro imposti alle regioni con deficit monster (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio,

Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia). I bocconiani hanno fatto i conti e misurato che «il disavanzo annuale del Ssn è notevolmente ridimensionato, sceso dal 17,3 per cento del 2011 allo 0,9. E questo anche perché scende il deficit sanitario delle regioni con Piano di rientro». Ma, continua Elena Cantù, coordinatrice del Rapporto Oasi: «Questo non trova corrispondenza sul piano della capacità di

LE REGIONI IN DEFICIT HANNO MESSO TASSE E TOLTO REPARTI. SENZA PENSARE ALLA SALUTE DELLA GENTE

rispondere ai bisogni e di erogare servizi. I Piani di rientro non sembrano sin ora stati capaci di attivare processi di positiva evoluzione organizzativa».

Insomma, messe sotto tutela dal governo perché troppo indebitate le regioni spendaccione hanno risposto innanzitutto imponendo tasse locali, e poi sforbiciando a caso gli ospedali senza organizzare l'assistenza ai malati che deve esserci fuori dai loro cancelli. E questo perché, sottolinea ancora Giovanni Bissoni: «I Piani hanno avuto la finalità di ridurre la spesa. Ma hanno promosso pochissimo la riorganizzazione dei servizi come invece avrebbero dovuto. Così è accaduto che, per lo più, essi sono peggiorati». E non ci si deve stupire a leggere nel rapporto fatto dalla stessa Agenas, che in Campania e Calabria ▶

l'assistenza negli ospedali è peggiore che altrove, o che un grande nosocomio come quello di San Giovanni Rotondo in Puglia è costretto a sospendere l'erogazione di una terapia salvavita per l'epatite C, come hanno denunciato i malati raccolti nell'associazione Epac.

L'austerità ha fatto molto più male nelle regioni del centro-sud; il risultato è che oggi il nostro è il Paese con maggiore disparità territoriale in Europa, in materia di sanità. E, sintetizza Bissoni: «L'Italia è divisa in due ancora più di ieri. Questi tre anni sono stati terribili per tutti. Dalle Marche in su i sistemi hanno più o meno retto, altrove, purtroppo, no». E non è neppure che gli italiani abbiano deciso di spendere di tasca propria per curarsi. Anzi: «La spesa privata è calata. E le differenze tra le regioni in merito non sono legate al funzionamento della sanità pubblica, ma ai diversi livelli di reddito. Le regioni meridionali sono infatti quelle in cui i cittadini spendono meno anche in sanità privata», conclude Elena Cantù. Insomma: dove il reddito è più basso, la gente semplicemente non si cura.

MANO TESA DEL GOVERNO

Ma i soldi messi a disposizione dal Patto di stabilità sono oggi l'occasione per invertire la rotta: «Adesso bisogna utilizzare questa boccata di ossigeno per accelerare la riorganizzazione», sentenza Bissoni: «E puntare dritti all'obiettivo che ci si è posti per avere una sanità moderna: ridurre ancora i posti letto in ospedale, che devono scendere a 3,7 per mille abitanti, riorganizzando i Pronto soccorso, medici di base e le strutture capaci di accogliere degnamente anziani e lungodegenti».

È un rebus senza soluzione: senza ridurre gli accessi agli ospedali, non si riesce a renderli altamente specializzati e capaci di rispondere al meglio a malattie gravi - dal cancro a quelle neurologiche, a quelle dovute a traumi - perché non ci sono soldi e i sanitari sono ingolfati da bambini con l'influenza e anziani in stato confusionale. I dati Oasi ci mostrano che ancor oggi i ri-



IL MINISTRO BEATRICE LORENZIN. SOPRA: GIOVANNI BISSONI. A DESTRA: IL CARDARELLI DI NAPOLI

coveri degli over-65 vanno ben oltre le esigenze reali (vedi tabella qui sopra). Ma contemporaneamente se non ci sono i denari per offrire un'alternativa, fare un accordo coi dottori di base e convincerli a creare i presidi attivi H24 ad esempio, medici ospedalieri e cittadini non sanno che fare. Ed è sempre l'Oasi a mostrare che ancora oggi dai reparti di chirurgia (dove dovrebbero trovarsi persone che hanno avuto interventi chirurgici seri) vengono dimessi malati che hanno, invece, ricevuto solo cure mediche, magari banali (vedi tabella qui sopra). Nelle more di questo rebus imperversano «gli amministratori» che danno seguito al mandato di «ridurre i posti letto» e di «riorganizzare la rete ospedaliera»: i due mantra che hanno portato sin qui al disastro nel centro-sud e una serie incessante di disservizi in tutti il Paese. Perché attuati senza tenere presente quella che in sanitate si chiama «operatività delle reti cliniche». E che prende forma, ad esempio, nel paradosso lombardo: la giunta di

Eppur si spreca

	Percentuale di ricoveri non efficienti		Percentuale di ricoveri eccessivi di ultra65enni	
	1998	2011	2006	2011
Piemonte	38,6	24,8	7,7	6,5
Valle D'aosta	50,7	39,4	9,2	10,3
Lombardia	38,4	29,0	4,9	6,0
PA Bolzano	44,3	41,0	4,9	4,0
PA Trento	42,1	39,2	8,4	6,9
Veneto	41,9	32,6	7,1	7,5
Friuli V.G.	36,1	28,3	6,5	6,0
Liguria	40,5	34,0	5,2	5,7
E. Romagna	34,5	24,9	3,9	3,2
Toscana	41,5	26,5	3,9	3,2
Umbria	47,3	30,7	3,1	3,5
Marche	40,2	25,3	5,0	5,4
Lazio	43,4	33,4	5,9	5,7
Abruzzo	51,1	34,1	3,3	4,6
Molise	48,9	38,2	4,7	4,6
Campania	53,4	37,6	2,9	3,0
Puglia	52,9	37,4	3,6	3,6
Sicilia	54,4	35,1	2,6	3,0
Sardegna	50,1	40,2	5,2	4,9
ITALIA	44,9	31,9	4,6	4,8

* Sono le dimissioni di pazienti non operati ma comunque ricoverati in reparti di chirurgia.
 ** Si tratta di ricoveri in regime ordinario per pazienti acuti che eccedono il valore cosiddetto soglia, ovvero massimo stanze gli accessi e l'epidemiologia della popolazione
 Fonte: Rapporto Oasi 2014 - Elaborazione su dati SDO, Ministero della Salute

Maroni dovrebbe chiudere 170 piccoli ospedali perché la riorganizzazione firmata Balduzzi chiede di eliminare quelli con meno di 120 letti. Ma se ciò accadesse, la regione finirebbe con l'aver solo 2,59 posti per mille abitanti, ben al di sotto di quanto posto come obiettivo dallo stesso decreto.

«Per mettere in ordine la sanità serve un grande sostegno progettuale. Che non c'è», conclude Bissoni. Le fila le tira il ministero dell'Economia. Quello della Salute può solo sgridare gli inadempienti, è un ministero debole. Beatrice Lorenzin ha un bel da annunciare un nuovo e potente Patto per la salute entro la primavera. Tutti sanno che poi ad attuarlo saranno i Governatori, ognuno per i fatti suoi. Che se la vedranno con Saccomanni o chi per lui. Insomma, rischia di prevalere ancora la logica dei conti in ordine a scapito dei malati. Come ben dimostrano gli effetti del blocco del turn over tra medici e infermieri che raccontiamo nelle pagine che seguono.

ha collaborato Antonino Michienzi