



## POLITICA E SANITÀ

### Cottarelli: Ssn ancora sostenibile, no a cambiamenti radicali

«Il sistema sanitario nazionale è sostenibile, non credo che servano cambiamenti radicali». A sottolinearlo in audizione al Senato, **Carlo Cottarelli** commissario alla spending review. Cottarelli ha quasi completato la griglia di tagli che, nei prossimi giorni, sarà sottoposta all'attenzione del Comitato guidato dal premier Matteo Renzi e dal sottosegretario Graziano Delrio. «Le cifre massime di risparmio sono di 7 miliardi su base annua se si fosse iniziato a gennaio» ha spiegato Cottarelli. Partendo a maggio «dai 7-8 mesi si arriva a 5 miliardi. Prudenzialmente si può contare di sicuro su 3 mld» ha aggiunto il commissario incaricato del riordino della spesa pubblica «poi c'è un margine di incertezza, tutto dipende dalle decisioni politiche e da quanto si vuole spingere su certe leve». Questi numeri, ha proseguito, «sono aggiuntivi rispetto a legge stabilità». «Nel Patto della Salute» ha assicurato, dal canto suo, il ministro **Beatrice Lorenzin** «abbiamo previsto risparmi di circa dieci miliardi di euro, ovviamente non in un mese ma in tre anni». Nel mirino, i bilanci delle Regioni: già quest'anno dovrebbero garantire circa 600 milioni.

**Marco Malagutti**

### Anziani politrattati, Brignoli (Simg): più organizzazione sanitaria

Un anziano americano su cinque prende farmaci per patologie croniche che "confliggono" tra loro. Il dato emerge da una ricerca della Oregon State University pubblicata sulla rivista Plos One. E in Italia qual è la situazione? «In Italia – riferisce il vicepresidente della Società italiana di medicina generale **Ovidio Brignoli** – risulta che gli anziani assumano mediamente oltre sette farmaci contemporaneamente. Si conoscono le interazioni fino a due o tre principi attivi ma quello che succede dopo è una sorta di guazzabuglio teorico e non si riesce a capire quali siano gli incroci di utilizzo delle vie metaboliche dopo il terzo farmaco. Nessuno è in grado di risolvere la questione e dunque i clinici si limitano a osservare il risultato finale. Se io prescrivo un medicinale per abbassare la pressione in aggiunta ad altri farmaci e vedo che il paziente raggiunge la pressione target senza sintomi avversi significativi, ho ottenuto il mio obiettivo». In assenza di dati certi forniti da ricerche peraltro difficili da impostare, secondo Brignoli sarebbe utile porre il problema a livello culturale: «Bisognerebbe aprire un discorso serio, domandandosi per esempio se ha ancora senso utilizzare farmaci, che possono interagire e dare effetti avversi, per abbassare il colesterolo o curare l'osteoporosi a un paziente di ottant'anni». Nei Paesi anglosassoni si sta imponendo il concetto della fragilità dovuta alle comorbidità, come condizione da affrontare anche con la definizione di obiettivi clinici e stabilendo una priorità degli interventi farmacologici. Secondo l'esponente Simg, questo approccio non è ancora entrato nella realtà italiana, in cui si sconta un'altra difficoltà: «È piuttosto ovvio che la regia complessiva delle terapie fornite dovrebbe essere in carico al medico di medicina generale, ma molto spesso c'è un conflitto di competenza con le aree specialistiche. Il paziente si rivolge a specialisti diversi e ciascuno prescrive farmaci per le singole patologie, senza considerare la condizione complessiva. E qui il problema diventa più generale, di organizzazione sanitaria».

**Renato Torlaschi**

### La checklist chirurgica migliora l'esito di un intervento?

Le checklist chirurgiche proteggono i pazienti garantendo la qualità di un intervento, ma migliorano anche i risultati delle operazioni? Secondo uno studio canadese pubblicato sul New England Journal of Medicine la risposta è negativa: l'implementazione nell'attività chirurgica delle liste di controllo non riduce la mortalità o le complicanze operatorie. Esordisce **David Urbach**, ricercatore all'Institute of Health Policy, Management and Evaluation dell'Università di Toronto: «Uno studio del 2009 mostra che l'uso della Surgical Safety Checklist proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) riduce le complicanze chirurgiche dal 11 al 7%, e la mortalità ospedaliera dall'1,5 allo 0,8%. L'Oms, inoltre, stima che almeno 500.000 morti l'anno potrebbero essere evitate con l'implementazione della checklist a livello mondiale, e questi numeri hanno portato la lista di controllo ad avere una grande diffusione. Nel Regno Unito, per esempio, la checklist chirurgica è stata rapidamente adottata dal Servizio sanitario, secondo un programma a diffusione nazionale partito a poche settimane dalla pubblicazione dei dati dell'Oms, e quasi 6.000 ospedali in tutto il mondo le utilizzano attivamente o hanno espresso interesse ad utilizzarle. In Ontario il Ministero della salute ha avviato la diffusione della checklist chirurgica ospedaliera dal mese di luglio 2010, disponendo lo svolgimento di studi atti a valutarne l'efficacia. «Usando i dati sanitari e amministrativi abbiamo confrontato la mortalità operatoria, il tasso di complicanze chirurgiche, la durata della degenza ospedaliera, e i tassi di riammissione in ospedale e pronto soccorso entro 30 giorni dalla dimissione tra i pazienti sottoposti a una serie di procedure chirurgiche tre mesi prima e tre mesi dopo l'adozione di una lista di controllo» spiega il ricercatore canadese. Ebbene, in Ontario il rischio di morte in ospedale o entro un mese dalla dimissione, già allo 0,71% prima dell'introduzione della checklist, è sceso allo 0,65%, un divario non significativo. Lievi cali di scarso rilievo statistico anche per la degenza ospedaliera, scesa da 5,11 a 5,07 giorni, e per il rischio di complicanze chirurgiche, passato da 3,86 a 3,82%. «Le liste di controllo garantiscono più sicurezza in sala operatoria migliorando la comunicazione tra le persone del team chirurgico» prosegue Urbach, ricordando che grazie ad esse molti passaggi della procedura chirurgica non vengono dimenticati.

E **Lucian Leape**, professore alla Harvard School of Public Health, scrive in un editoriale: «Il motivo più probabile per l'apparente mancanza di efficacia della checklist chirurgica in Ontario è il suo scarso uso, senza dubbio inferiore a quello di riferimento del 98%. Il fatto che nove ospedali su dieci abbiano fornito una copia immodificata della lista OMS o di quella fornita dal Canadian Patient Safety Institute indica che l'adattamento locale non si era ancora verificato, o almeno non entro tre mesi dall'introduzione. Molti ospedali mancano delle risorse e delle competenze per implementare una checklist a pieno titolo: a fare la differenza non è la spunta di un elenco, ma lo svolgimento delle azioni richieste».

[N Engl J Med. 2014 Mar 13;370\(11\):1029-38](#)