

LA CRONICITA' VISSUTA O SUBITA IN UN GRANDE OSPEDALE DEA DI SECONDO LIVELLO  
*Soluzioni possibili seppure improbabili*

Viviamo oramai da anni il dramma dell'iper-afflusso dei pazienti in pronto soccorso assistendo impotenti ai disagi di chi rimane in barella per giorni in attesa di un posto letto.

La sensazione è che a subire maggiormente questo dramma siano i pazienti anziani e pluripatologici, che in molti casi non sarebbero dovuti accedere per nulla in ospedale.

Spesso a questi pazienti l'ospedale non può offrire nulla di più di quanto non si possa fare al domicilio del paziente, con l'aggravante di decontestualizzarlo dalle proprie abitudini, farlo disorientare peggiorando ancora di più le sue condizioni cliniche, per non parlare del rischio di contrarre infezioni data la promiscuità con cui viene necessariamente assistito.

Abbiamo voluto analizzare il fenomeno studiando i flussi di pazienti negli ultimi 10 anni presso l'Ospedale San Camillo Forlanini di Roma: DEA di secondo livello, dove vengono portati sia tutti i malati del territorio limitrofo che tutti i casi ritenuti più complicati da un vasto territorio regionale o malati che necessitano di prestazioni super specialistiche non presenti in altri ospedali.

Analizzeremo:

- i dati dei pazienti in attesa di ricovero – pag 2
- i flussi dei pazienti passati nel ps nel 2016 – pag 3
- i dati degli accessi in pronto soccorso negli ultimi 10 anni - pag 5
- i dati degli accessi in p.s per popolazione anziana (65-75-85 ed oltre 95 anni) -pag 10
- gli esiti di tali accessi in ricoveri – pag 12
- i ricoveri nei reparti nel 2016 per classi di età – pag 15

Cercheremo di identificare quelli che possono essere indicati quali **comportamenti impropri**

- Nell'accesso in P.S. pag 18
- Nel ricovero

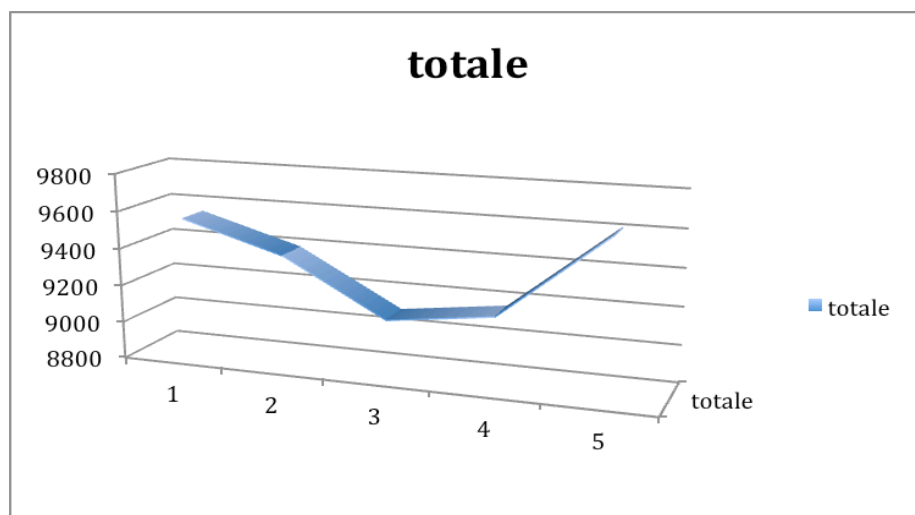
Vedremo se tolti tali casi i posti letto disponibili possano bastare o meno, ovvero se riusciremmo ad evitare le attese in pronto soccorso per il posto letto. – pag 21

Proporremo infine soluzioni alternative o parallele al ricovero in un DEA di secondo livello pag 22

## Pazienti in attesa di ricovero

### Paz in attesa posto letto

	2016	2015	2014	2013	2012
totale	9550	9393	9098	9168	9618
gennaio	840	932	834	804	917
febbraio	752	862	757	765	879
marzo	845	855	774	792	853
aprile	835	778	743	763	857
maggio	827	767	766	739	851
giugno	794	736	699	778	800
luglio	775	775	731	832	724
agosto	696	667	662	704	669
settembre	707	715	708	727	719
ottobre	804	813	799	750	774
novembre	779	722	817	742	799
dicembre	869	772	809	772	777



I dati confermano che in media 27 malati ogni giorno attendono in barella un posto letto, andando da una attesa di un solo giorno ad una attesa massima di 11.

I flussi mostrano quello che ci aspettavamo, ovvero un aumento delle attese nei mesi freddi e minori attese nei mesi estivi. Visto che il dato è costante negli anni ci chiediamo come mai regione ed ospedale aspettino che ogni anno, in inverno, si arrivi al collasso lì dove sarebbe facile, utile e saggio potenziare il personale ed i posti letto negli ospedali nei mesi più critici per esempio identificando spazi da aprire solo in quei periodi dotandoli di personale idoneo.

Ma i dati vanno anche letti. Seppure i numeri assoluti non variano di molto vediamo come dal 2014 il fenomeno è in crescita esponenziale e se dovesse continuare a crescere a questi ritmi (vedete il grafico) nei prossimi anni diventerà un problema ancor più ingestibile.

Ma se anche non volessimo valutare il trend di crescita e fermarci a valutare solo il dato 2016, la media dei paz. in attesa di posto letto è di 26,16. L'ospedale dovrebbe dunque aumentare la sua capacità recettiva. Se un malato, specie se anziano, ha un ricovero nei reparti di medicina stimato in circa 10 giorni, significa che in un anno (365 giorni) un posto letto permette di assistere 36,5 malati.

Quindi in media, per ridurre i malati curati in barella al San Camillo avrebbe bisogno di  $9.550/36,5=261$  letti

O se volete 26,1 malati die X 10 giorni di ricovero avremo bisogno di 261 posti letto.

I numeri sembrano enormi ma in realtà non fanno altro che confermare che i tagli dei posti letto operati negli ultimi anni (il San Camillo 10 anni fa ha tagliato 300 posti letto per permettere la apertura del Campus Biomedico) hanno determinato il fenomeno barelle.

Un'altra considerazione da medico di pronto soccorso mi sia permessa. I medici che gestiscono il pronto soccorso, 5 la mattina/pomeriggio e 3 la notte, oltre a gestire l'afflusso di pazienti entrati e dimessi, o entrati e immediatamente ricoverati, hanno dovuto contestualmente gestire un ospedale di 261 posti letto, tutti malati critici e peraltro in barella.

## I flussi dei pazienti passati nel P.S. solo nel 2016

Ma seppure è vero che in barella sostano circa 27 malati ogni giorno, con punte di 50 malati in attesa, appare evidente che un malato che sosta 10 giorni verrebbe considerato in attesa per 10 giorni, viceversa se venisse ricoverato subito, nelle 24 ore, peserebbe dieci volte di meno.

Per analizzare il dato abbiamo quindi studiato tutte le singole schede dei pazienti accettati nel p.s. nel 2016 ed abbiamo visto ed analizzato l'esito dopo gli accertamenti (dimissione, ricovero etc) ma soprattutto quanto hanno atteso. Abbiamo quindi estratto numeri assoluti.

GIORNI ATTESA	ADOMICILIO	DECE DUTI	AMBULATORIO	G. CAD AVERE	NON RISPOSTA	SI ALLONTANA	RICOVERO	RIFIUTA RICOVERO	TRASFERITO	REINVIO
10	1	0	0			0	2	0	0	0
9	1	1	2			0	7	0	0	0
8	0	0	0			0	11	0	1	1
7	2	1	3			0	30	0	5	0
6	3	0	4			1	73	2	3	1
5	4	1	8			1	128	0	8	1
4	9	7	17			2	216	3	22	1
3	28	11	29			4	439	23	54	3
2	91	41	82			5	784	39	90	11
1	431	58	395			21	1982	146	289	31
0	19225	255	10588	22	3731	967	7442	2753	625	569
<b>TOTALI</b>	<b>19795</b>	<b>375</b>	<b>11128</b>	<b>22</b>	<b>3731</b>	<b>1001</b>	<b>11114</b>	<b>2966</b>	<b>1097</b>	<b>618</b>

I malati in attesa di ricovero da 2 a 10 giorni in termini assoluti sono stati 2.317, di questi però 1.690 sono stati ricoverati nel nostro ospedale seppure dopo tanti giorni. I malati ricoverati nei nostri reparti avranno comunque remunerato l'ospedale con un DRG, seppure i tempi di degenza non sono stati solo quelli del reparto, ma anche quelli di attesa in p.s, dove hanno ricevuto comunque cure e diagnostica.

Ma quanti malati abbiamo curato da 2 a 10 giorni e ci siamo persi ? Ovvero malati che sono stati curati ma per cui l'ospedale ha ricevuto solo un pagamento per prestazione di P.S. (200 euro) li dove invece alla azienda sono costati come malati ricoverati?

A DOMICILIO	DECEDUTI	AMBULATORIO	SI ALLONTANA	RIFIUTA RICOVERO	REINVIO	TOTALE
139	62	145	13	67	18	444

Calcolando il costo di un DRG medico di 2.800 euro la azienda ha avuto mancati introiti per un totale di 1.243.200 euro Cui devono aggiungersi tutti i malati venuti per essere curati al San Camillo e che invece per mancanza posto letto sono stati trasferiti in altre strutture, ovvero 1.097 pazienti che dobbiamo ricordare possono essere trasferiti solo se stabili e se hanno effettuato tutti gli accertamenti (ovvero dopo che l'ospedale pubblico ha affrontato i maggiori costi).

Ulteriore mancato guadagno di 3.071.600 euro.

A questi mancati guadagni devono sommarsi i 3.353 malati che sono rimasti in pronto soccorso oltre le 24 ore e che in ospedali che funzionano sarebbero dovuti essere ricoverati prima in "breve osservazione" e poi dopo massimo 36 ore dimessi o ricoverati (20% dei casi).

La Regione Lazio paga queste prestazioni 270 euro contro i 200 euro del paz. codice verde dimesso da PS. In altre parole, togliendo l'80% dei malati ricoverati (in OBI devono essere assistiti solo malati per patologie che poi solo nel 20% dei casi andranno ricoverati), si sarebbero potuti assistere in OBI nelle prime 36 ore

ATTE SA	A DO MICI LIO	DECE DUTI	AMBULA TORIO	SI ALLON TANA	RICOVER O	RIFIUTA RICOVERO	TRASFERI TO
36 ore	431	58	395	21	1982 x 20% 369	146	289 x 20% 57,8

un totale di 1.478 malati, che avrebbero potuto generare un utile di 103.460 euro in più all'anno.

Ma quanti posti OBI servirebbero?

Il calcolo è facile: 1.478 malati x 1,5/365 giorni = 6 posti

Con i soldi in più che la azienda riceverebbe dalla regione appare evidente che non si riuscirebbe neanche a remunerare un turno infermieristico H24 necessari per gestire 6 posti OBI in spazi dedicati. Aggiungiamo che con soli 6 posti, dovendo il paz. rimanere 36 ore in osservazione, di fatto si toglierebbero dal p.s. solo 4 malati non critici al giorno.

Confort del malato a parte, economicamente conviene la gestione del malato in barella in p.s.

Ed infine abbiamo il dato "virtuoso" che evidenzia il completamento del percorso proprio dell'attività di pronto soccorso, rappresentato da diagnosi, cura, dimissione o ricovero entro le 24 ore, per un totale di 46.187 malati sui 51847 malati trattati nel 2016, ovvero per l'89 % dei pazienti.

Quindi, qualora le scelte della sanità in Italia continueranno a consentire il trasferimento del malato dal pubblico al privato, ad oggi per risolvere il problema dei malati in attesa in p.s servirebbero in realtà 2.317 malati x 10 giorni di ricovero diviso 365 giorni ovvero 63 posti letto in più. Se volessimo riassorbire anche i malati che trasferiamo alle strutture private, viceversa i posti necessari sarebbero 2317+ 914 malati trasferiti= 3231X10/365 **ovvero 88,5 posti letto in più.**

Avere questi posti permetterebbe all'ospedale un ricavo medio di 4.168.000 euro (cui andrebbero detratti i costi per il personale ed i farmaci).

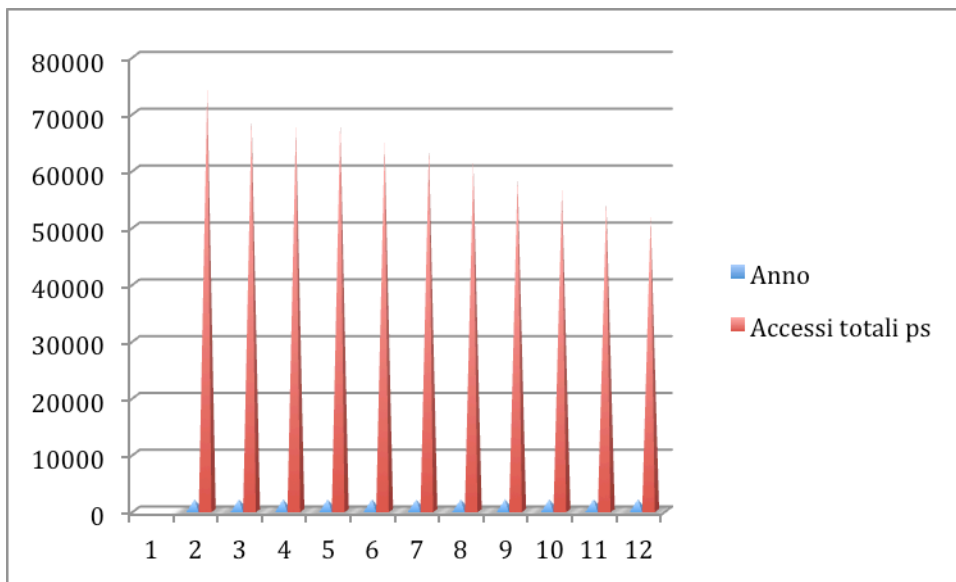
Ma servono necessariamente posti per acuti o possono bastare posti per malati cronici, con minore impatto assistenziale?

## Accessi in pronto soccorso negli ultimi 10 anni

### TOTALI

Anno	Accessi totali ps	Ricoveri	Trasferimenti	Reinvio	Deceduti	Giunti cadavere	Accettaz ginecol	Accettaz Pediatrica
2006	74247	17314	1345	172	127	34	10445	17036
2007	69168	15919	1093	470	111	37	10465	18436
2008	67917	14129	1285	531	171	34	10369	18697
2009	68421	12298	1548	778	214	36	10342	18870
2010	64976	11819	1453	767	259	58	11402	19467
2011	63970	11997	1505	309	309	38	11318	20129
2012	61453	12218	1489	603	325	43	10379	19005
2013	58794	12068	1220	417	319	40	10238	18907
2014	56684	11766	1002	462	343	16	10070	18437
2015	54554	11188	1164	640	418	25	9021	17443
2016	51834	11113	1069	618	373	21	9455	16550

Se analizziamo gli accessi totali in p.s vediamo paradossalmente che negli anni sono diminuiti



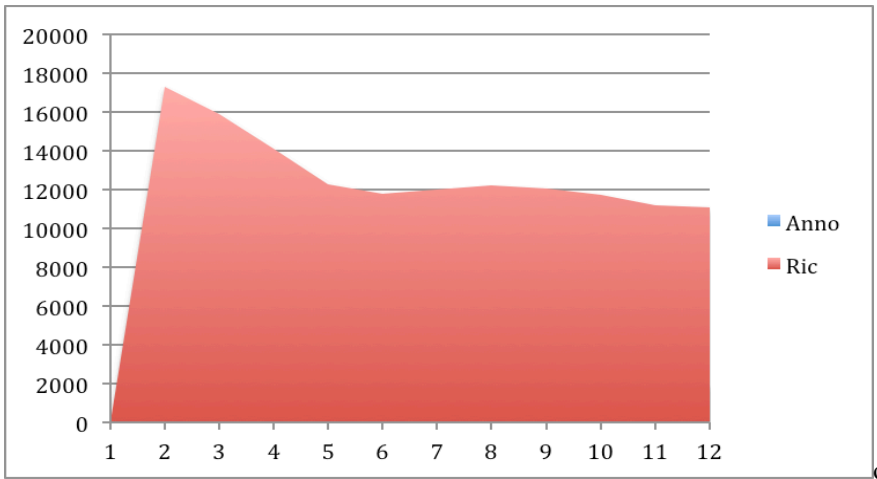
In termini percentuali

2006	74247	100
2007	69168	93,16%
2008	67917	91,47%
2009	68421	92,15%
2010	64976	87,51%
2011	63970	86,15%

2012	61453	82,76%
2013	58794	79,18%
2014	56684	76,34%
2015	54554	73,47%
2016	51834	69,81%

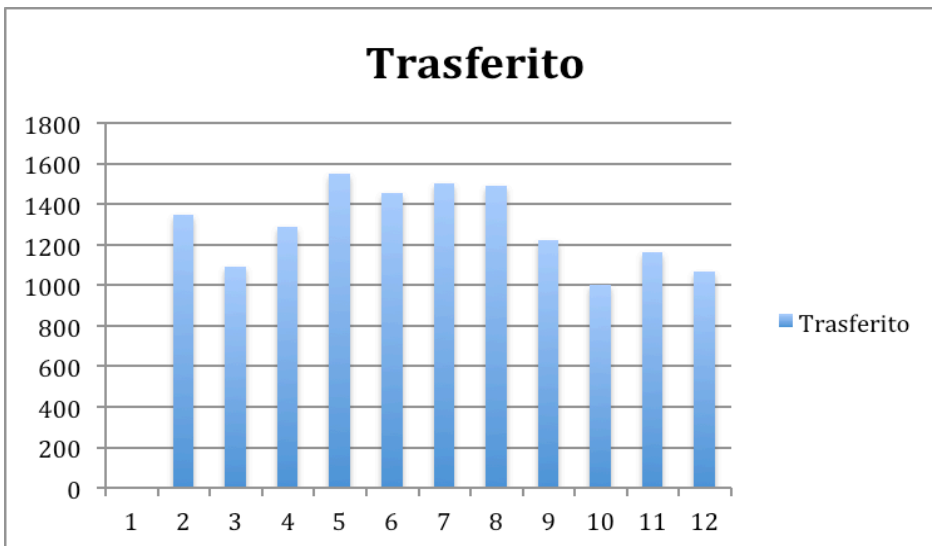
Fatto 100 il dato del 2006 in dieci anni abbiamo avuto un calo degli accessi **pari al 30,19%**.

Viceversa i pazienti ricoverati hanno avuto una brusca riduzione dal 2006 al 2010 per poi rimanere stabili.

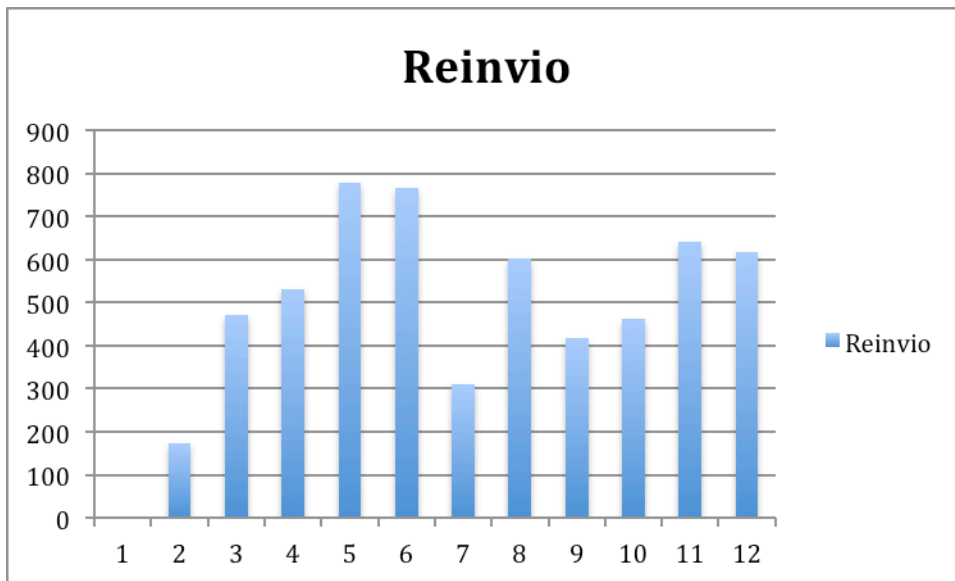


Stesso discorso per i malati trasferiti in altre strutture.

I flussi sono altalenanti e dipendono dagli accordi “variabili” fatti dalla regione. Anche qui i tagli fatti nel 2012 hanno diminuito di circa 400 ricoveri/anno la capacità di ricovero in altre strutture.



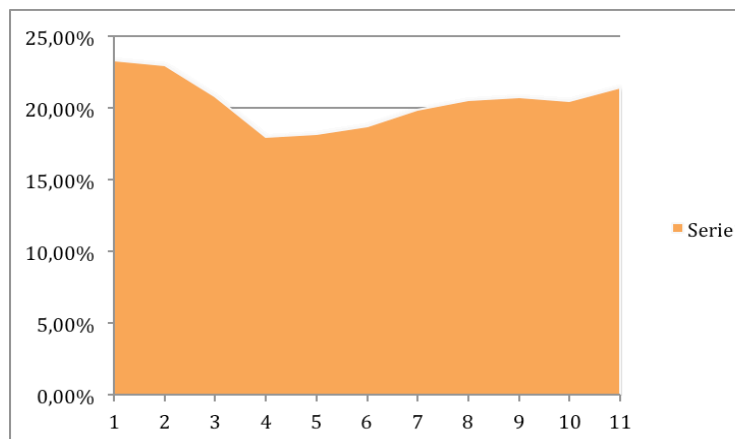
I paz. giunti in p.s e reinviati alle strutture di provenienza hanno avuto dei flussi altealenanti: in passato essendoci maggiore possibilità di ricovero si è teso a trattenerli, viceversa con malati nelle barelle si è teso a reinviarli li dove almeno avevano un letto.



Se vogliamo analizzare la vera percentuale dei pazienti comunque ospedalizzati dobbiamo sommare i pazienti ricoverati in p.s, quelli trasferiti in altre strutture e quelli rinvii comunque alle strutture. Non inserisco i paz. che hanno rifiutato il ricovero visto che, come abbiamo visto analizzando i dati 2016, in molti casi non hanno rifiutato il ricovero ma rifiutato gli accertamenti o gli ulteriori accertamenti. Mancando la specifica vengono oggi erroneamente tutti classificati come “rifiuta ricovero”.

Vediamo i dati:

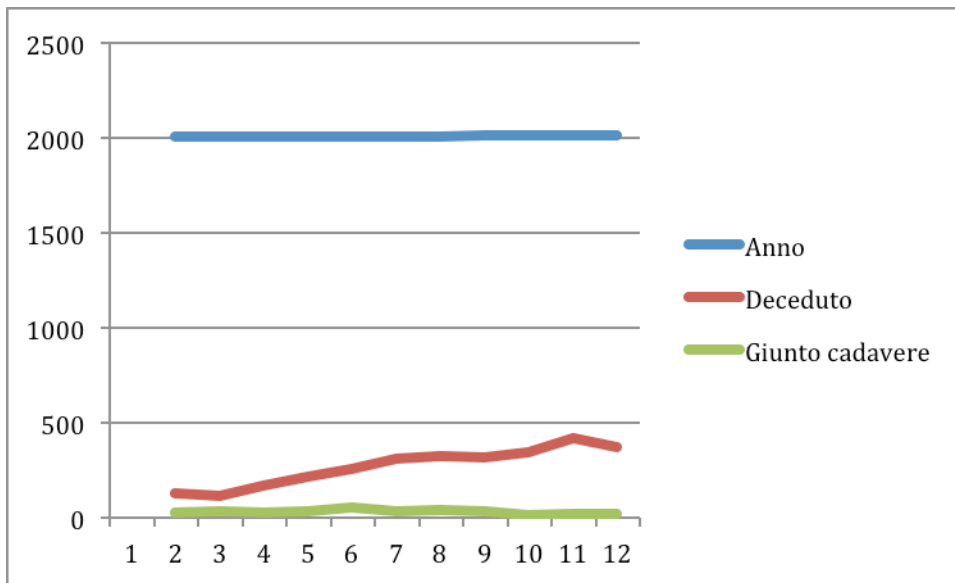
Anno	Accessi totali ps	Ricovero Trasferito Rinvio	%
2006	74247	17314	23,32%
2007	69168	15919	23,01%
2008	67917	14129	20,80%
2009	68421	12298	17,97%
2010	64976	11819	18,19%
2011	63970	11997	18,75%
2012	61453	12218	19,88%
2013	58794	12068	20,53%
2014	56684	11766	20,76%
2015	54554	11188	20,51%



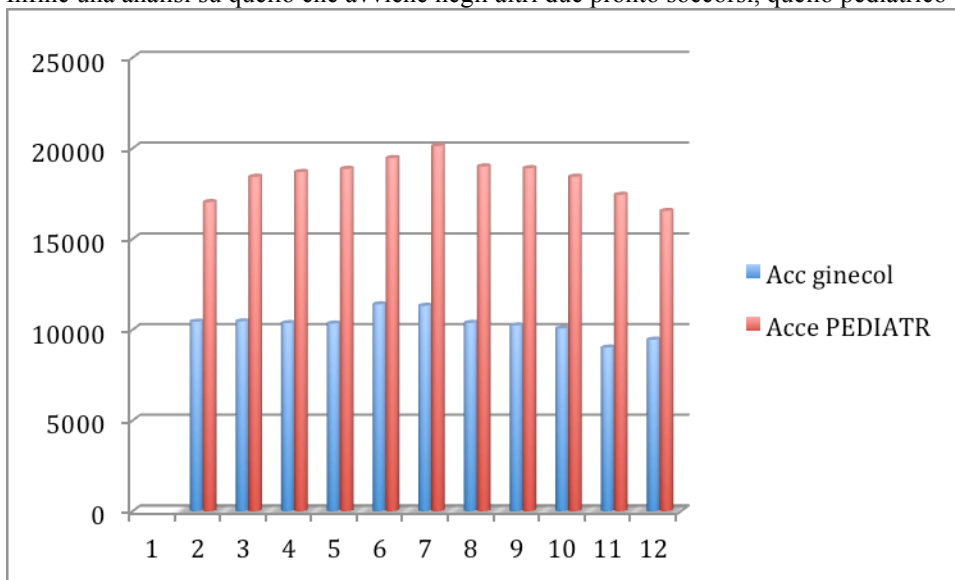
**Il grafico ci conferma che seppure abbiamo avuto una riduzione nel ricovero (in termini assoluti), abbiamo avuto negli ultimi anni, dopo un iniziale calo, un aumento % della ospedalizzazione. Ovvero in p.s arrivano i malati più selezionati e che necessitano di ricovero. La diminuzione negli accessi riguarda**

**soprattutto i malati meno complicati.**

Mentre i pazienti “giunto cadavere” in p.s, fenomeno marginale e causa della mancanza di medico a bordo delle ambulanze capace di fare diagnosi sono per lo più costanti, risulta evidente l’aumento dei deceduti in pronto soccorso, dato ancor più grave visto il diminuito afflusso di pazienti. Il dato è da imputare unicamente allo stazionare dei malati in p.s. e della mancanza di posti letto. Questi malati in passato sarebbero morti in reparto. Se si dispone di un letto lo si dà a chi ha maggiori possibilità di cura e non a chi, per tante ragioni, è stato portato o spesso trasferito da altre strutture per venire a morire in p.s.



Infine una analisi su quello che avviene negli altri due pronto soccorsi, quello pediatrico e quello Ginecologico.



Per quello ginecologico il dato di accesso è costante, non ha avuto il calo di quello del p.s generale, viceversa quello pediatrico, dopo avere avuto un aumento notevole di accesso nel 2011 via via il numero di accessi è tornato a diminuire. In altre parole il dato è mediamente stabile.

**Conclusioni:**

Gli accessi in ps sono diminuiti, segno di una maggiore cultura della popolazione e della maggiore efficacia delle cure territoriali ambulatoriali in controtendenza dagli accessi in ginecologia e pediatria che sono rimasti stabili. Sono diminuiti i ricoveri sia ospedalieri che extraospedalieri aumentando il numero di malati deceduti in p.s. e di paz. reinviati ai p.s di provenienza



## Accessi in p.s per la popolazione anziana (65-75-85 ed oltre 95 anni)

Abbiamo analizzato i dati dei pazienti dividendoli in 4 gruppi,

- pazienti con più di 65 anni
- pazienti con più di 75 anni
- pazienti con più di 85 anni
- pazienti con più di 95 anni

### Pazienti con più di 65 anni

Anno	Accessi totali ps	Ricoveri	Trasferito	Reinvio	Deceduto	Giunto cadavere
2006	24326	10042	976	99	92	21
2007	23809	9501	758	232	83	30
2008	23513	8594	927	287	140	31
2009	23792	7530	1144	456	180	29
2010	22198	7053	1086	433	210	42
2011	22332	7296	1090	334	265	31
2012	21816	7570	1132	406	28	39
2013	21241	7588	841	332	272	34
2014	20406	7427	668	302	288	14
2015	20389	7102	792	410	371	18
2016	19539	7081	575	402	318	18

Il dato è sovrapponibile a quello degli accessi generali, negli ultimi 10 anni abbiamo avuto una diminuzione degli accessi in p.s., una diminuzione dei ricoveri, dal 2012 una diminuzione dei trasferimenti, un aumento del rinvio ed un aumento dei pazienti deceduti in p.s.

Questo in termini assoluti. Ma in termini percentuali ?

	totali	>65 anni	%
2006	74247	24326	32%
2007	69168	23809	34%
2008	67917	23513	34%
2009	68421	23792	35%
2010	64976	22198	34%
2011	63970	22332	35%
2012	61453	21816	35%
2013	58794	21241	36%
2014	56684	20406	36%
2015	54554	20389	37%
2016	51834	19539	37,6%

In 10 anni abbiamo avuto un aumento del 5.6% di accessi di popolazione sopra i 65 anni con un dato costante di crescita.

Paz. con più di 75 anni

Anno	Accessi totali ps	Ric	Trasferito	Reinvio	Deceduto	Giunto cadavere
2006	13480	6140	679	68	58	16
2007	13483	5950	508	160	64	23
2008	13603	5434	657	204	113	20
2009	14124	4826	820	309	144	17
2010	13498	4748	838	314	172	37
2011	13694	4884	829	300	214	23
2012	13666	5135	881	306	231	29
2013	13428	5291	539	231	219	23
2014	12953	5176	493	212	239	12
2015	13267	5010	609	318	313	16
2016	12737	4980	442	298	258	18

Appare evidente come il dato risulti costante negli ultimi 10 anni, ma come **in questo gruppo registriamo percentuali maggiori nel ricovero e nelle morte in p.s.**

Paz. con più di 85 anni

Anno	Accessi totali ps	Ric	Trasferito	Reinvio	Deceduto	Giunto cadavere
2006	3752	1831	220	29	27	5
2007	3973	1966	166	60	34	10
2008	4116	1773	221	87	51	7
2009	4336	1565	318	112	62	11
2010	4215	1576	325	124	83	13
2011	4357	1732	340	123	98	12
2012	4512	1831	375	110	116	11
2013	4172	1887	224	88	117	11
2014	4200	1811	192	98	125	6
2015	4450	1846	247	135	189	6
2016	4385	1896	171	134	137	12

Il dato è in costante aumento nel numero degli accessi, altissima la percentuale di ricovero e alto il numero dei deceduti in p.s.

Paz. con più di 95 anni

Anno	Accessi totali ps	Ric	Trasferito	Reinvio	Deceduto	Giunto cadavere
2006	427	187	16	5	3	0
2007	449	190	12	8	7	4
2008	444	147	19	15	6	2
2009	454	148	42	12	9	0
2010	394	152	26	8	13	3
2011	314	118	32	10	17	0

2012	271	116	26	16	9	1
2013	218	111	12	5	19	0
2014	248	124	9	8	11	1
2015	259	101	18	6	15	1
2016	321	137	17	14	19	2

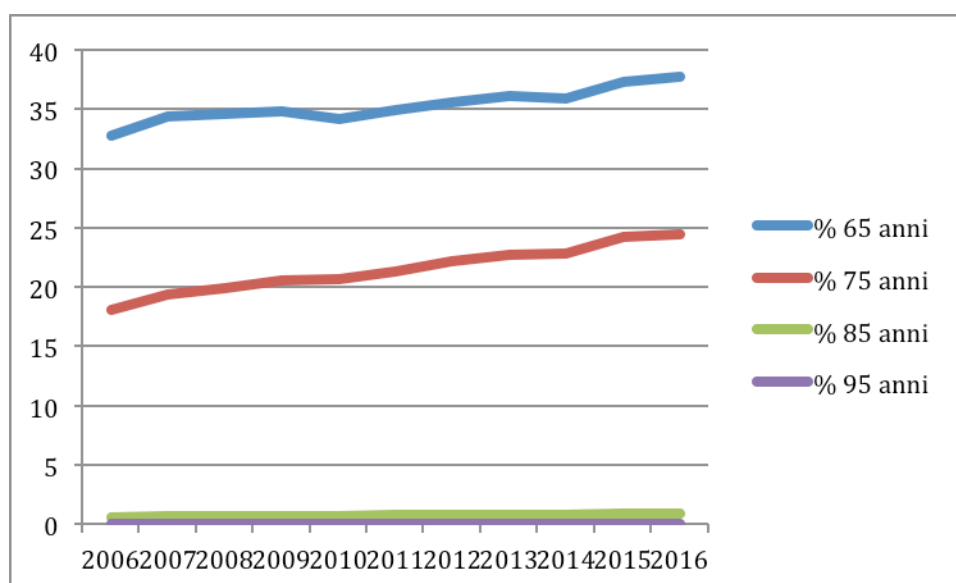
Viceversa a quanto attesa questo piccolo ma nutrito gruppo di pazienti tende a diminuire e registra una minore ospedalizzazione.

## Gli esiti di tali accessi: i ricoveri

Vediamo i dati percentuali.

(ogni classe di età è stata rapportata al numero totale di ingressi dello stesso anno)

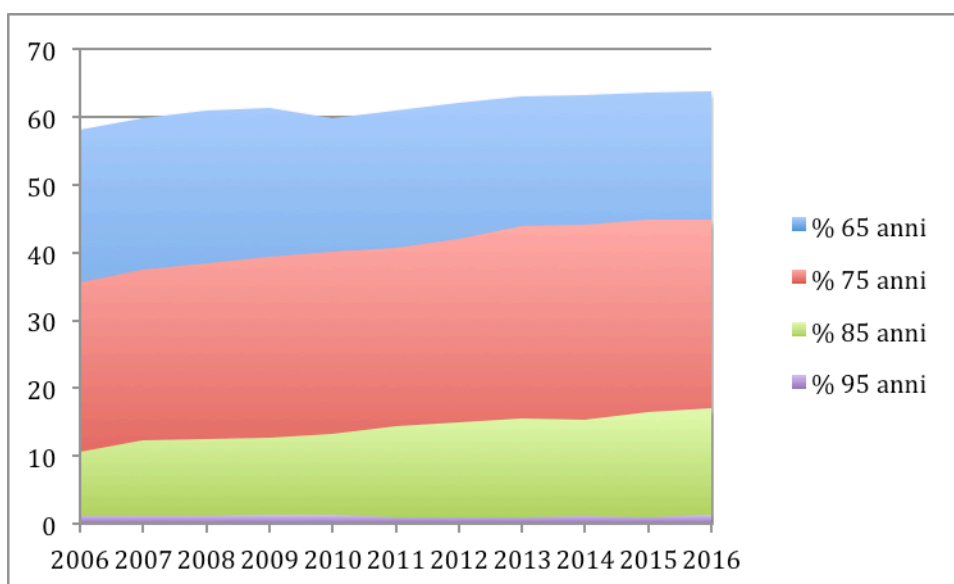
	totale	>65	% 65 anni	>75	% 75 anni	>85	% 85 anni	>95	% 95aa
2006	74247	24326	32,7	13480	18,1	3752	0,50	427	0,057
2007	69168	23809	34,4	13483	19,4	3973	0,57	449	0,064
2008	67917	23513	34,6	13603	20,0	4116	0,60	444	0,065
2009	68421	23792	34,8	14124	20,6	4336	0,63	454	0,066
2010	64976	22198	34,1	13498	20,7	4215	0,64	394	0,060
2011	63970	22332	34,9	13694	21,4	4357	0,68	314	0,049
2012	61453	21816	35,5	13666	22,2	4512	0,73	271	0,044
2013	58794	21241	36,1	13428	22,8	4172	0,70	218	0,037
2014	56684	20406	35,9	12953	22,9	4200	0,74	248	0,043
2015	54554	20389	37,3	13267	24,3	4450	0,81	259	0,047
2016	51834	19539	37,7	12737	24,5	4385	0,84	321	0,061



Nel grafico appare evidente l'incremento della popolazione anziana sopra 65 e 75 anni. Ininfluente seppure in rialzo quella della popolazione sopra gli 85 anni, in calo quella sopra i 95 anni.

**Analizziamo i ricoveri partendo dal dato ricoveri totali per anno confrontandolo con le classi di età**

	total	>65	% 65 anni	>75	% 75 anni	>85	% 85 anni	>95	% 95 anni
2006	17314	10042	58,00	6140	35,46	1831	10,58	187	1,08
2007	15919	9501	59,68	5950	37,38	1966	12,35	190	1,19
2008	14129	8594	60,83	5434	38,46	1773	12,55	147	1,04
2009	12298	7530	61,23	4826	39,24	1565	12,73	148	1,20
2010	11819	7053	59,68	4748	40,17	1576	13,33	152	1,29
2011	11997	7296	60,82	4884	40,71	1732	14,44	118	0,98
2012	12218	7570	61,96	5135	42,03	1831	14,99	116	0,95
2013	12068	7588	62,88	5291	43,84	1887	15,64	111	0,92
2014	11766	7427	63,12	5176	43,99	1811	15,39	124	1,05
2015	11188	7102	63,48	5010	44,78	1846	16,50	101	0,90
2016	11113	7081	63,72	4980	44,81	1896	17,06	137	1,23



Il grafico mostra come la propensione al ricovero aumenta in modo costante nei primi tre gruppi rimando costante se non in diminuzione per gli ultra 95enni.  
La carenza di posti letto tende a far dimettere sempre di più i malati più giovani ed ad ospedalizzare quelli più anziani.

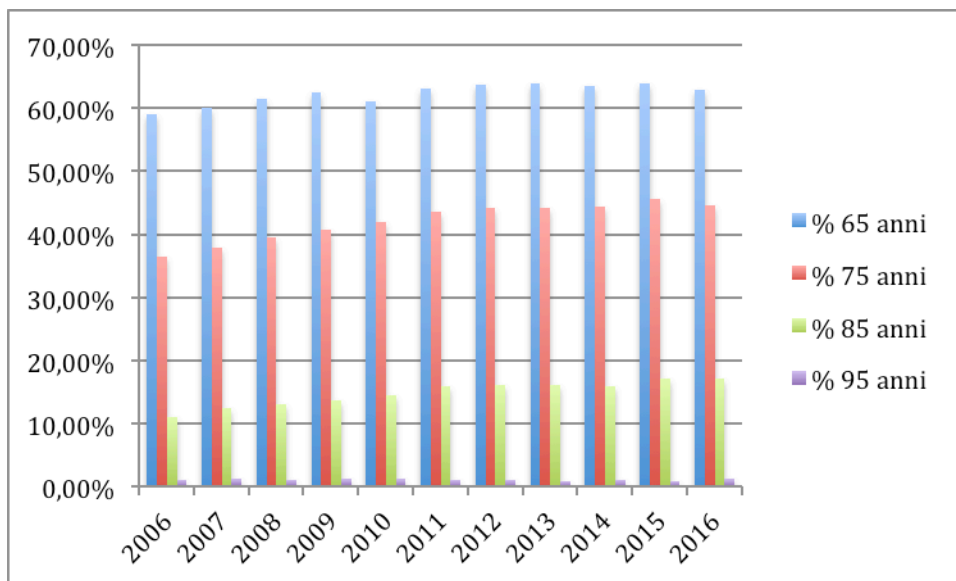
Analizziamo i ricoveri totali sommando come fatto prima, ricoveri, trasferimenti e reinvi per singolo anno e confrontandolo con le classi di età

	total	>65	% 65 anni	>75	% 75 anni	>85	% 85 anni	>95	% 95 anni
2006	18831	11117	59,04%	6887	36,57%	2080	11,05%	208	1,10%
2007	17482	10491	60,01%	6618	37,86%	2192	12,54%	210	1,20%
2008	15945	9808	61,51%	6295	39,48%	2081	13,05%	181	1,14%
2009	14624	9130	62,43%	5955	40,72%	1995	13,64%	202	1,38%
2010	14039	8572	61,06%	5900	42,03%	2025	14,42%	186	1,32%
2011	13811	8720	63,14%	6013	43,54%	2195	15,89%	160	1,16%
2012	14310	9108	63,65%	6322	44,18%	2316	16,18%	158	1,10%
2013	13705	8761	63,93%	6061	44,22%	2199	16,05%	128	0,93%

2014	13230	8397	63,47%	5881	44,45%	2101	15,88%	141	1,07%
2015	12992	8304	63,92%	5937	45,70%	2228	17,15%	125	0,96%
2016	12800	8058	62,95%	5720	44,69%	2201	17,20%	168	1,31%

- Sopra a 65 anni aumento 3,91%
- Sopra a 75 anni aumento 8,12%
- Sopra a 85 anni aumento 6,15%
- Sopra a 95 anni aumento 0,21%

I malati tra i 75 e gli 85 anni rappresentano il 70% dei malati ricoverati nel gruppo dei malati anziani e la percentuale di crescita nel ricovero appare in costante aumento negli ultimi 10 anni, aumentando dell'8,12 %



Il dato varia, seppure di poco. Il primo gruppo appare costante negli ultimi 6 anni, viceversa **il gruppo degli ultra75 anni presenta un aumento nel ricovero**, stesso discorso per i pazienti sopra gli 85 anni seppure il dato appare stabile negli ultimi 2 anni; stabile infine il dato dei più anziani.

Questi dati messi a confronto con i dati dei soli ricoveri nel nostro ospedale indicano come tendano ad aumentare i ricoveri in ospedale data la mancata ricezione delle strutture convenzionate soprattutto per i pazienti più anziani (selezione del medico o spesso delle strutture accettanti che prendono subito un remunerato impianto di pace maker e con sempre maggiore difficoltà il 75enne scompensato).

## I ricoveri nei reparti nel solo 2016 per classi di età

Analizziamo adesso per il solo 2016 e solo per i pazienti ricoverati nel nostro ospedale, l'esito del ricovero, ovvero in quali reparti sono stati ricoverati, ed i decessi post ricovero.

Abbiamo diviso i malati oltre che per fascia di età anche per gruppi omogeni di ricovero

**Medicina** – ricoverati nelle nostre tre medicine

**Medicine specialistiche** – paz. che in altri ospedali sarebbero stati ricoverati nei reparti di medicina ma nel nostro hanno trovato ricovero nei reparti specialistici quali stroke unit, gastroenterologia, epatologia, nefrologia, reumatologia, ematologia

**Pneumologia** – pneumologia, Tisiologia e pneumoncologia

**Cardiologie** – Cardiologia, Utic, cardiologia interventistica, cardiocirurgia

**Chirurgie** – Chirurgia d' Urgenza, Trapianti, Chirurgia toracica, Chirurgia vascolare, Neurochirurgia, ginecologia

**Ortopedia** -

**Terapia intensiva** – Rianimazione neuro, cardio, STIRS, toracica e shock and trauma

**Specialistiche** – Maxillo-Faciale, Chirurgia Plastica, Chirurgia arti, Orl, SPDC, Pediatria, Urologia

REPARTO	Sopra 65 anni	Sopra 75 anni	Sopra 85 anni	Sopra 95 anni	
ANEST NEURO	69	20	8	2	0
ANES CARDIO	17	4	1	0	0
ANEST RIANIM 1	8	1	1	0	0
RIANIMAZ PIASTA	245	67	33	3	0
STIRS	41	36	28	5	0
TER INTE TORACICA	9	6	4	1	0
ter int staminali	8	0	0	0	0
<b>TOTALI</b>	<b>397</b>	<b>134</b>	<b>75</b>	<b>11</b>	<b>0</b>
<b>BRONCO E TISIO</b>	<b>595</b>	<b>430</b>	<b>293</b>	<b>97</b>	<b>7</b>
<b>PNEUMO ONCO</b>	<b>155</b>	<b>109</b>	<b>60</b>	<b>11</b>	<b>2</b>
<b>TOTALE</b>	<b>750</b>	<b>539</b>	<b>353</b>	<b>108</b>	<b>9</b>
<b>CARDIOCHIR</b>	<b>50</b>	<b>30</b>	<b>13</b>	<b>3</b>	
<b>CARDIOCHI SUB</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>CARDIO CHI TRAPIANTO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>		
<b>CARDIOLOGIA 1</b>	<b>266</b>	<b>198</b>	<b>122</b>	<b>36</b>	
<b>CARDIO SUB</b>	<b>110</b>	<b>72</b>	<b>51</b>	<b>21</b>	
<b>CARDIO UTIC</b>	<b>293</b>	<b>191</b>	<b>109</b>	<b>40</b>	<b>2</b>
<b>CARDIO 2</b>	<b>436</b>	<b>293</b>	<b>185</b>	<b>40</b>	<b>1</b>
<b>CARDIO INTERV</b>	<b>217</b>	<b>159</b>	<b>102</b>	<b>31</b>	
<b>TOTALE</b>	<b>1388</b>	<b>953</b>	<b>588</b>	<b>173</b>	<b>5</b>
<b>MAXILLO</b>	<b>73</b>	<b>13</b>	<b>7</b>		
<b>PLASTICA</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>1</b>		
<b>CHIR ARTI</b>	<b>140</b>	<b>16</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	
<b>OCUL</b>	<b>43</b>	<b>18</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	

ORL	150	45	29	7	
SPDC	330	24	11	2	
pediatria	1				
UROLOGIA	246	134	88	29	
<b>TOTALE</b>	<b>987</b>	<b>253</b>	<b>155</b>	<b>44</b>	<b>0</b>

CHIR URG	953	425	266	81	3
CHIR GEN ORGANO	8	4	4	1	
CHIR TORACICA	65	19	14	7	
chir pediatrica	16				
endoscopia toracica	6				
ginecologia	15				
ostetricia	18				
CHIR VASC	126	98	66	16	
CHIR VASC SUB	7	6	4	3	
NCH	256	116	57	14	
<b>TOTALE</b>	<b>1470</b>	<b>668</b>	<b>411</b>	<b>122</b>	<b>3</b>

EMATOLOGIA	21	14	5		
GASTRO	407	231	163	56	7
EPATO	126	56	32	4	0
GASTRO CRONICHE	3	2	1	0	0
NEFRO DIALISI	70	48	32	10	3
NEURO	305	171	98	28	2
ONCO	113	71	38	8	0
REUMO	55	41	33	16	0
STROKE	170	125	90	22	0
STROK SUB	151	112	72	23	0
EMATOL	0	2	1	0	0
<b>TOTALE</b>	<b>1421</b>	<b>873</b>	<b>565</b>	<b>167</b>	<b>12</b>

MED URG SUB	236	188	141	48	5
MED URG	1238	971	721	276	18
MED 1	1108	928	722	346	33
MED 1 CRITICA	5	3	3	2	0
MED 2	1057	890	706	332	27
<b>TOTALE</b>	<b>3644</b>	<b>2980</b>	<b>2293</b>	<b>1004</b>	<b>83</b>

ORTOPEDIA	483	298	240	124	14
TRAUMATOL URGENZA	573	381	299	143	8
<b>TOTALE</b>	<b>1056</b>	<b>679</b>	<b>539</b>	<b>267</b>	<b>22</b>

**11113                      7079                      4979                      1896                      134**

Appare evidente dalla tipologia dei ricoveri come il San Camillo assolva a pieno la sua mission di DEA di secondo livello, assorbendo prevalentemente malati che vengono poi ricoverati nei reparti specialistici.

Da notare come però questo avvenga per la quasi totalità dei ricoveri tramite un passaggio per il pronto soccorso mentre dovrebbe avvenire tramite ambulatori dedicati.

I tagli dei posti letto hanno reso difficile il ricovero da ambulatorio a reparto (elezione) e sempre più necessario, il ricovero urgente tramite PS.

Molti dei pazienti che abbiamo ricoverato in urgenza, in altre parole, non sarebbero mai dovuti passare per le forche caudine del p.s.

Su 11.113 ricoveri ben 6.322 sono stati ricoverati in reparti specialistici pari al 53%

<b>Medicine specialistiche</b>	1421
<b>Cardiologie</b>	1388
<b>Chirurgie</b>	1470
<b>Ortopedia</b>	1056
<b>Specialistiche</b>	98

Da notare che ai medici del p.s. è resa ardua la mission di regolare/ridurre i ricoveri (21,44%) visto che per più della metà dei casi si è trattato di ricoveri in reparti specialistici presenti solo al San Camillo e negli altri DEA di secondo livello.

### Comportamenti impropri nell'accesso in p.s. e nel ricovero

Analizziamo i dati del 2016:

Anno 2016	Totali	Sopra 65 anni	Sopra 75 anni	Sopra 85 anni	Sopra 95 anni
<b>Ricoveri</b>	11113	7081	4980	1896	134
<b>Rifiuta ricovero</b>	2966	1114	695	247	17
<b>Trasferiti da ps</b>	1714	977	740	305	31
<b>Deceduti ps</b>	373	318	258	137	19
<b>Giunto Cadavere</b>	21	18	18	12	2
<b>Deceduti reparti</b>	<b>1164</b>	<b>935</b>	<b>375</b>	<b>314</b>	<b>42</b>
<b>Medicina</b>	<b>3644</b>	<b>2980</b>	<b>2293</b>	<b>104</b>	<b>83</b>
<b>Medicine specialistiche</b>	1421	773	565	167	12
<b>Pneumologia</b>	750	539	353	108	9
<b>Cardiologie</b>	1388	953	588	173	5
<b>Chirurgie</b>	1470	668	411	122	3
<b>Ortopedia</b>	1056	679	539	267	22
<b>Terapia intensiva</b>	397	134	75	11	0
<b>Specialistiche</b>	987	253	155	44	0
<b>Trasferiti da reparti no chir</b>	<b>1069</b>				
<b>Trasferiti da reparti post chir</b>	<b>1461</b>				

Appare evidente che sui malati che sono stati ricoverati nelle aree chirurgiche o di rianimazione nulla si poteva fare, così come nelle specialità presenti solo al San Camillo.

Gli unici ricoveri su cui in realtà si potrebbe operare per diminuire la % di ricoveri e quindi la necessità di posto letto, sono i reparti di pneumologie (595, ovviamente i malati oncologici vanno viceversa ricoverati) e di medicina (3644) oltre che sui trasferiti in altre strutture, sempre malati di medicina (1069) ovvero su 5.308 malati sul totale di 11113 malati ricoverati, ovvero il 36,4 % dei malati giunti in p.s



Analizziamo quindi i dati solo di questi malati.

Anno 2016	Totali	Sopra 65 anni	Sopra 75 anni	Sopra 85 anni	Sopra 95 anni
Ricoveri	11113	7081	4980	1896	134
Trasferiti da ps	1714	977	740	305	31
Deceduti ps	373	318	258	137	19
Giunto Cadavere	21	18	18	12	2
Deceduti reparti	<b>1164</b>	<b>935</b>	<b>375</b>	<b>314</b>	<b>42</b>
Medicina	<b>3644</b>	<b>2980</b>	<b>2293</b>	<b>104</b>	<b>83</b>
Pneumologia	595	430	293	97	7

Analizziamo inizialmente i malati che non sarebbero dovuti mai arrivare in pronto soccorso, ovvero che con delle ambulanze con medico a bordo o dei medici di famiglia più presenti al domicilio del paziente avrebbero dovuto trattenere a casa. I malati anziani e fragili od in fin di vita che sono giunti cadavere in p.s, morti in p.s., morti nei reparti nei primi giorni di degenza. Ovviamente se tutto andava comunque tentato per i malati più giovani diverso diventa il discorso per i malati più anziani.

Ricordiamoci che stiamo trattando solo di malati di area medica.

Anno 2016	Totali	Sopra 65 anni	Sopra 75 anni	Sopra 85 anni	Sopra 95 anni
Deceduti ps	373	318	258	137	19
Giunto Cadavere	21	18	18	12	2
Deceduti reparti	<b>1164</b>	<b>935</b>	<b>375</b>	<b>314</b>	<b>42</b>
	<b>1.558</b>	<b>1.271</b>	<b>651</b>	<b>463</b>	<b>63</b>

I malati sopra i 65 anni rappresentano, 81% dei decessi totali dei malati giunti in ospedale.

Ma tra questi ben 620 sono i malati tra 65 e 75 anni, 188 nel gruppo 75 - 85 anni e 400 sono i soli malati tra gli 85 e i 95 anni, 63 i pazienti sopra i 95 anni

Avremmo, tranne poche eccezioni, evitato una morte in ospedale o in ambulanza a 1.271 pazienti sopra i 65 anni pazienti che avrebbe potuto essere assistiti nelle ultime ore di vita dall'amore dei familiari.

Ma se volessimo spostare l'asticella ai pazienti sopra i 75 anni il dato sarebbe di circa la metà pari a 651 pazienti, anche se in realtà in questo particolare sottogruppo sono i malati sopra gli 85 anni ad avere la % maggiore di morte dopo l'arrivo in pronto soccorso

A questi dobbiamo aggiungere i malati che da p.s. sono stati trasferiti in altre strutture. Sono malati stabili che avrebbero potuto essere sicuramente curati a casa o inviati direttamente dal medico di famiglia in strutture di assistenza intermedie

Trasferiti da ps	1714	977	740	305	31
------------------	------	-----	-----	-----	----

Ovvero il lavoro che è stato fatto in pronto soccorso lo si sarebbe potuto e dovuto fare nel territorio. Probabilmente non negli studi dei medici di famiglia anche se aperti h 16 od h 24 ma da equipe multidisciplinari in grado di prendersi cura del malato al proprio domicilio od in strutture intermedie.

Ed infine i malati ricoverati nelle medicine e nelle pneumologie

Medicina	3644	2980	2293	104	83
Pneumologia	595	430	293	97	7

Sicuramente andavano ricoverati tutti i malati più giovani, ma quanti malati più anziani hanno avuto giovamento delle cure? E soprattutto era necessario un posto letto per acuti in un DEA di II livello?

Di questi malati sappiamo che molti non sono stati dimessi dall'ospedale ma trasferiti

Trasferiti da reparti non chirurgici	1069
Trasferiti da reparti post chirurgici	1461

I 1461 malati provenienti dalla chirurgia per riabilitazione sono stati certamente trasferiti appropriatamente in strutture per postacuti, ma dobbiamo presumere che i 1069 malati trasferiti dalle medicine per continuare le cure in ambienti diversi da un ospedale per acuti siano in realtà malati cronici che non avrebbero avuto necessità di ricovero in reparto per acuti.

Se analizziamo i ricoveri evitabili potremmo conteggiare anche i  $2293 + 293 = 2.586$  malati sopra i 75 anni ricoverati in medicina e pneumologia.

Per loro possiamo ipotizzare che oltre il 50% (1.293) avrebbe potuto giovare di cure migliori in strutture diverse da un DEA di secondo livello come in un reparto di geriatria o di medicina a minimo impatto assistenziale e quindi più economico.

Servirebbero quindi  $1.293 \times 10 \text{ gg ricovero} / 365 = 35$  posti letto di medicina a basso impatto/geriatria

## Conclusioni

**Paz. in attesa di ricovero** - Oggi assistiamo in media 27 malati al giorno nelle barelle in attesa di ricovero. Dal 2014 il fenomeno è in costante crescita e diverrà insostenibile nei prossimi anni in assenza di interventi strutturali ed organizzativi.

L'apertura degli studi dei medici di famiglia ha determinato negli ultimi 10 anni una diminuzione del 30% degli accessi al pronto soccorso (viceversa rimangono costanti quelli per il p.s. Ginecologico ed altalenanti quelli per il ps. Pediatrico) ma al contempo ha determinato un maggiore accesso in pronto soccorso di pazienti anziani e pluripatologici non curati o curabili al domicilio o in strutture intermedie territoriali come Ospedali mdi Comunità, RSA, Hospice, ecc. Seppure abbiamo avuto una riduzione nel numero assoluto dei pazienti ricoverati, abbiamo registrato negli ultimi anni, dopo un iniziale calo, un aumento nella ospedalizzazione (21% circa). Ovvero in p.s arrivano malati selezionati e più anziani che necessitano più frequentemente di ricovero.

La diminuzione degli in p.s. accessi riguarda i malati meno complicati.

Le aziende ospedaliere hanno dovuto rispettare le indicazioni della legge Balduzzi prima e le imposizioni delle Regioni poi ed hanno tagliato immediatamente i posti letto senza attendere la partenza del "mitico territorio" determinando conseguentemente il ritardo o la impossibilità del ricovero e lo stazionamento dei malati nei pronto soccorsi con la necessità di ristrutturare il PS o i reparti degli ospedali riaprendo magari stanzoni di antica memoria.

### **L'analisi dei dati evidenzia che i danneggiati dai tagli degli ultimi anni sono gli ospedali e i pazienti ed i maggiori beneficiari le strutture private convenzionate**

In effetti quando il pronto soccorso curano questi malati, a fronte di spese rilevanti remunerate solo da quote forfettarie pari a circa 200 euro perdono le quote di DRG che potrebbero incassare se ci fossero i posti letto

Solo per il San Camillo Forlanini di Roma si crea un danno di 1.243.200 euro a tutto vantaggio delle casse della regione, che poi attribuisce all'ospedale la responsabilità di un deficit di gestione che in realtà non si deve alla struttura ospedaliera ma alla non buona organizzazione, che è in capo proprio alla regione che d'altro canto mentre taglia nel pubblico fa gestire i malati meno impegnativi ed a volte già stabilizzati, studiati ed inquadrati dai PS delle strutture pubbliche alle strutture private accreditate, le stesse che rinviano al pubblico il paziente complicato o poco remunerativo.

Nel solo 2016 l'invio dei 1.069 pazienti stabili e con diagnostica completata, ovvero le fasi più onerose del ricovero, (seppure questo dato è in calo dal 2012) il solo San Camillo, struttura pubblica, ha regalato al privato 3.071.600 euro di DRG.

Negli ultimi 10 anni, avendo trasferito in strutture private convenzionate ben 13.171 malati che avrebbero prodotto un DRG medio di 2.800 euro abbiamo rinunciato a ricavi pari a 36.878.000, non male per una struttura in deficit.

**Osservazione Breve Intensiva (OBI) conviene?** - La creazione di posti letto di OBI permetterebbe di togliere dal pronto soccorso 4 malati al giorno dei 27 in attesa. Occorrerebbe che la regione preveda un adeguato rimborso per tali malati consono ai costi, garantendo così ai malati maggiori confort e permettendo di decongestionare anche se in minima parte il p.s.

**L'ospedale funziona** - Ma il dato complessivo del funzionamento dell'ospedale è, conti alla mano, ottimo. Il solo compito che dovrebbe essere svolto in pronto soccorso, diagnosi, cura, dimissione o ricovero entro le 24 ore è attuato per un totale di 46.187 malati sui 51.847 trattati nel 2016, ovvero per l'89 % dei pazienti. Il miglioramento da pretendere, l'umanizzazione delle cure, è ad oggi solo per l'11% dei malati. La soluzione sarebbe facile ma ha dei costi che la regione finge di ignorare. Aggiungiamo che un manipolo di eroi, medici di pronto soccorso, sfruttati e nelle viscere della terra, assiste, oltre al compito istituzionale, il corrispettivo di 63 posti letto ordinari e specialistici.

**Cosa servirebbe** - Analizzati i flussi dei malati nel 2016, abbiamo visto come il San Camillo dovrebbe dotarsi di 88,5 posti letto in più. Non sarebbero solo spese, viceversa un guadagno 4.168.000 euro cui andrebbero ovviamente detratti i costi per il personale e dei farmaci per i tempi di degenza. **Il malato che chiede assistenza al nostro ospedale oggi è visto come un problema invece è una risorsa**, soldi che la regione preferisce erogare a strutture terze (scelta politico clientelare) o non pagare, **facendo così aumentare il deficit delle strutture più attrattive, i DEA di II livello**, cui poi vengono chieste cure draconiane per ridurre i costi. La Regione Lazio ha pubblicato a giugno: "Individuazione delle Aziende del S.S.R. da sottoporre ai piani di rientro triennali in applicazione del comma 525 dell'art. 1 della legge n. 208 del 28 dicembre 2015" con il quale sono stati individuati i seguenti enti del SSR da sottoporre ai piani di rientro: · AO San Camillo Forlanini, AO San Giovanni – Addolorata, AOU Umberto I, IRCSS IFO, AOU Sant'Andrea, AOU Policlinico Tor Vergata; Non è quindi un caso che in regione Lazio siano "canaglie" solo i DEA di secondo livello e siano virtuose tutte le ASL territoriali.

**I nostri Anziani** - Abbiamo studiato l'andamento della popolazione anziana dividendo i malati per classi di età, sopra i 65 anni, sopra i 75, sopra gli 85 e sopra i 95. Abbiamo documentato come i malati tra i 75 e gli 85 anni rappresentino il 70% dei malati ricoverati nel gruppo dei malati anziani ed in questo gruppo, peraltro, si concentra la maggiore crescita percentuale al ricovero negli ultimi 10 anni, aumentando dell' 8,12 %. E' questo quindi il gruppo di malati su cui si potrebbe e dovrebbe intervenire maggiormente. Analizzando nel 2016 dove sono stati ricoverati i malati visitati al p.s. del San Camillo vediamo come l'ospedale assolve a pieno la sua mission di DEA di secondo livello, assorbendo prevalentemente malati che vengono poi ricoverati nei reparti specialistici. Il dato dell'eccessivo ricovero di pazienti anziani è un dato nazionale: i dati SDO 2015 fanno registrare un tasso di ospedalizzazione per influenza nell'anziano per centomila abitanti, nel 2015 di 7,58, mentre era 3,57 nel 2014. Non solo nel Lazio quindi manca dove poterli assistere.

**Gli ambulatori** - Da notare di contro come però questo avvenga per la quasi totalità dei ricoveri tramite un passaggio per il pronto soccorso lì dove dovrebbe avvenire tramite ambulatori dedicati. I tagli dei posti letto hanno reso difficile il ricovero da ambulatorio a reparto (elezione) e sempre più necessario, furbizie a parte, fare aggravare il quadro clinico del paziente costringendo poi al ricovero urgente tramite PS

**Chi non dovrebbe arrivare** - I malati giunti cadavere o morti in ps o nei primi giorni di ricovero, a parte un esiguo numero di pazienti (traumi, emorragie cerebrali, sindrome coronariche,) sono per l'81% malati anziani con un aumento di incidenza nel gruppo dei paziente over 85. Su questi malati, in un numero non marginale, una assistenza di 118 con medico a bordo o una più attenta assistenza al letto del paziente avrebbero potuto evitare la iniqua morte in ospedale. Ma quali i costi?

Forse è più economicamente corretto ampliare le camere mortuarie negli ospedali che immaginare percorsi di dignità della persona al proprio domicilio, non attuabili in tempi di crisi. Appare evidente che in una sanità che funzioni questi malati nella maggior parte dei casi non dovrebbero mai arrivare in ospedale ma poter morire nel proprio letto.

**Strutture intermedie** - Sempre un "territorio" funzionante avrebbe dovuto evitare la ospedalizzazione dei 704 malati sopra i 75 anni e dei 305 malati sopra gli 85 anni trasferiti nel 2016 direttamente dall'ospedale alle case di cura convenzionate. Sono evidentemente malati stabili. Si sarebbero potuti trasferire questi malati in reparti ospedalieri pubblici dedicati a basso impatto assistenziale? O meglio non si sarebbe potuto trasferirli in queste strutture direttamente dal domicilio senza il passaggio per il pronto soccorso? Ma esistono servizi territoriali nel Lazio in grado di farlo? O abbiamo murato i medici di medicina generale negli studi senza dotarli di tempi e mezzi (infermieri dedicati, terapia infusionali, ect) per permettere la assistenza al domicilio e non l'abbandono del paziente a famiglie sempre meno numerose e povere?

**Cosa servirebbe subito: lungodegenza e geriatria** – 2.530 malati dopo il ricovero in ospedale sono stati poi trasferiti in reparti di lungodegenza/fisioterapia – Gli ospedali pubblici hanno via via chiuso questi posti letto, anche il nostro ospedale che pure aveva questo tipo di reparti ha ... chiuso. Oggi tutti o quasi questi posti letto sono gestiti dal privato convenzionato. Soldi, assistenza, opportunità di lavoro demandate. Immaginando una sanità equa, pubblica, immaginando un ricovero medio di 60 giorni per malato servirebbero 1.309 posti letto. La riapertura del Forlanini oggi chiuso ed in cerca di destinazione d'uso magari. Scelte.

Ma lungodegenza a parte, se analizziamo i ricoveri evitabili potremmo conteggiare anche i  $2293 + 293 = 2.586$  malati sopra i 75 anni ricoverati in medicina e pneumologia. Per loro possiamo ipotizzare che oltre il 50% (1.293) avrebbe potuto giovare di cure migliori in strutture diverse da un DEA di secondo livello, in un reparto di geriatria collegato ed in osmosi con il territorio. Gestito da medici di Medicina generale ? Ospedalieri ? Medici del territorio? Geriatri ?

## In sintesi

- Se non fossero giunti i 651 pazienti sopra i 75 anni. morti o deceduti nei primi giorni dopo il ricovero mediante potenziamento del 118 e/o delle strutture del territorio
- Se avessero trovata diversa assistenza il 50% dei malati sopra i 75 anni  $2293/2=1146$  aprendo un reparto di 35 posti letto di geriatria,

**avremmo evitato 1.797 ricoveri anno**, e quindi avremmo evitato accessi in p.s e sovraffollamento garantendo al contempo e ricoveri più adeguati in strutture meno costose o meglio al domicilio del paziente (non parliamo quindi di un costo zero).

Rispetto ai 2.317 malati che sono rimasti in attesa di posto letto oltre 2 giorni vediamo come il dato verrebbe a ridursi a 520 pazienti e quindi le necessità di incremento di posto letto per acuti a  $520*10/365 = 14$  posti letto. Se poi togliessimo anche i 4 malati gestiti sui 6 posti letto OBI il fabbisogno scenderebbe a 10.

Nel prossimo anno, tagli permettendo, ne verranno aperti 18.

Ma senza il potenziamento del territorio e senza la apertura di 35 posti letto a minor impatto assistenziale anche questa nuova apertura non servirà a nulla. Inoltre la popolazione anziana tenderà a crescere ulteriormente.

Una goccia nell'oceano.

Francesco Medici

*Team Leader Pronto Soccorso San Camillo Forlanini di Roma*

*Direttivo Nazionale COSMED- Consigliere Nazionale ANAAO - Socio fondatore ANMOS*