

state rilevate per ipertensione e emicranie. La continuità assistenziale è risultata associata a minori tassi di ospedalizzazione per patologie come l'ipertensione e l'anemia dovuta a carenza di ferro; la vicinanza ad un pronto soccorso è invece riconducibile ad alti tassi di ospedalizzazione per malattie mentali, patologie alcol-correlate e per quelle condizioni in cui il paziente è ricoverato per meno di un giorno (asma). I territori nei quali insistono presidi ospedalieri con un maggior numero di letti sono quelli in cui i tassi di ospedalizzazione sono elevati, anche se con una durata della degenza molto contenuta (patologie alcol-correlate, disidratazione e gastroenteriti). I presidi con un alto tasso di casi al giorno presentano invece alti tassi di ospedalizzazione per tutte le ACSCs. Infine i ricoveri non programmati per alcune condizioni (frattura del femore e infarto) sono poco correlati alle variabili prese in esame.

DISCUSSIONE

Al fine di ridurre i tassi di ospedalizzazione (soprattutto quelli con una bassa durata della degenza) sono necessari interventi mirati e che tengano in considerazione le problematiche legate al territorio. Migliorare la continuità con il territorio è una via percorribile ma deve essere accompagnata dalla consapevolezza del paziente che esiste un percorso appropriato che va necessariamente seguito.

Alcune delle caratteristiche investigate non sono modificabili nell'immediato (indice di deprivazione) o non sono controllabili dai medici (numero di posti letto, prossimità ad un pronto soccorso). Inoltre, in fase di programmazione della politica sanitaria, opportune distinzioni dovrebbero essere fatte a seconda delle diverse condizioni che si devono affrontare. Infine, un'ultima considerazione di carattere economico: se le associazioni rilevate dallo studio fossero casuali, circa 100.00 ricoveri avrebbero potuto essere evitati. Assumendo un costo medio per i ricoveri dovuti a ACSCs pari a 1739 sterline, si sarebbe conseguito un potenziale risparmio di 170 milioni: in un'era di risorse limitate, questo è un fattore che non può essere sottovalutato.

Letizia Orzella

Agenas, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Siria: quale assistenza sanitaria durante gli attacchi degli anni 2015 e 2016?

Elamein M, Bower H, Valderrama C et al

Attacks against health care in Syria, 2015-16: results from a real-time reporting tool

Lancet 2017; 390: 2278-2286

INTRODUZIONE

Raccogliere dati attendibili sugli attacchi alle strutture sanitarie, agli operatori e ai pazienti nelle zone di guerra, in cui l'accesso ad osservatori indipendenti è ristretto, nonché raccontare il tipo di attacco e le sue conseguenze, è una sfida enorme.

Sebbene il sistema di *reporting* relativo agli attacchi sia migliorato (tramite stampa, immagini satellitari, droni), è ancora lunga la strada per raggiungere un sistema standardizzato (approccio sistematico) di rilevazione di tali attacchi e degli esiti sulle strutture, sugli operatori e sui pazienti.

È ormai largamente riconosciuta la necessità di raccogliere dati robusti in grado di verificare gli attacchi ai servizi sanitari e la quantificazione dei loro effetti.

Nel 2012 la World Health Assembly ha assegnato all'OMS il compito di sviluppare un metodo per agevolare la raccolta di tali dati. Una metodologia è stata posta in essere nel 2015 e i primi studi pilota sono stati condotti a Gaziantep, in Turchia, città molto vicina al confine con la Siria. Al tempo stesso è stato creato un centro per il monitoraggio degli attacchi contro i servizi sanitari (Monitoring Violence against Health Care, MVH) in grado di inserire i dati su supporto elettronico e di verificare tramite un sistema di *reporting* in tempo reale il tipo di attacco. Questo sistema rende possibile la ricezione delle segnalazioni di attacco direttamente da un network di operatori e, tramite un sistema di verifiche incrociate, permette di individuare il singolo attacco e di valutarne la portata.

L'articolo descrive l'uso di questo strumento con dati primari relativi ad attacchi a strutture, ambulanze, operatori sanitari e pazienti in numerose regioni della Siria, nel periodo novembre 2015-dicembre 2016.

METODI

Il gruppo di raccolta (Syria Response Turkey Cross-border health cluster) effettua il coordinamento delle diverse attività sanitarie a scopo umanitario in Siria. I suoi membri includono le Nazioni Unite e 50 organizzazioni non governative di supporto a 14 governatorati siriani, cui appartengono 352 strutture sanitarie che servono una popolazione di circa 5,5 milioni di persone. La segnalazione viene effettuata online e in modo anonimo secondo un modello predefinito che consente di verificare se vi sono possibili duplicazioni. È stato creato un gruppo WhatsApp formato da 293 membri, in cui sono riportate le segnalazioni così da rendere l'informazione immediatamente disponibile. Una volta partita la segnalazione (tramite un breve post all'intero gruppo), viene poi verificata da tutti i membri (interni ed esterni) e viene infine chiesto di completare il modello online in forma anonima. Le variabili chiave includono il luogo, il tipo di attacco, il tipo di struttura, l'entità del danno, indicando se è stato colpito qualcuno, gli eventuali feriti o morti. La verifica implica che il sito oggetto dell'attacco sia stato visitato o che si fosse presenti durante l'incidente. Il modello rimane modificabile così da poter aggiungere ulteriori informazioni in seguito, se disponibili. Entro le successive 24 ore vengono distribuite a tutti i partner le notizie relative all'attacco.

Gli attacchi sono spesso segnalati da più partner, ma ognuno di loro può vedere solo la propria segnalazione. Se si riceve solo un'unica segnalazione di un evento, viene chiesto ad altri partner che lavorano nella stessa zona di confermarla, per assicurarne l'attendibilità. Ogni mese il database contiene numerose segnalazioni, che spesso si riferiscono ad un singolo evento. Al fine di ottenere un unico report per evento, il gruppo di lavoro effettua ulteriori verifiche unendo insieme sei variabili chiave: data, ora, localizzazione, tipo di servizio colpito e codice del servizio. Le segnalazioni che non soddisfano i criteri stabiliti dal modello vengono evidenziate come 'non verificate', ma sono comunque incluse nel database. L'impossibilità alla verifica è spesso dovuta ad informazioni insufficienti, piuttosto che a false segnalazioni.

RISULTATI

Durante i 14 mesi in esame, il gruppo di lavoro

ha ricevuto 718 segnalazioni derivanti da più di 1000 fonti differenti (agenzie delle Nazioni Unite e ONG, ma anche vittime, testimoni oculari e operatori). Dopo il controllo incrociato fra partner, sono stati individuati 402 attacchi, di cui 158 verificati. Trenta attacchi hanno trovato riscontro da almeno due partner interni, ma non da quelli esterni, e quindi sono stati classificati come non verificati. Gli altri 214 sono stati verificati da un partner interno e classificati anch'essi come non verificati.

Quasi il 60% delle segnalazioni verificate ha coinvolto strutture sanitarie che erogano assistenza per traumi e includono 80 ospedali e 10 centri di assistenza primaria. Le ambulanze sono gli altri obiettivi maggiormente colpiti (26,4%). I bombardamenti aerei sono stati riportati nel 69,5% dei casi, gli operatori sanitari e lo staff amministrativo sono stati colpiti nel 74% dei casi. I pazienti hanno subito lesioni o traumi nel 28% dei casi (principalmente uomini sopra i 18 anni di età, anche se i casi di morte hanno invece coinvolto prevalentemente bambini sotto i 5 anni).

Per quanto concerne gli attacchi non verificati, la distribuzione è molto simile. Oltre la metà degli attacchi si è verificata ad Aleppo o nelle zone limitrofe. Il 44% degli ospedali ha riportato almeno un attacco e il 34% è stato attaccato più di una volta. Solo il 13% di essi è riuscito a non interrompere il servizio di assistenza.

DISCUSSIONE

Il presente studio è il primo che mostra l'implementazione di un sistema informativo standardizzato in grado di riportare gli attacchi in tempo reale.

La sfida più grande è stata il coinvolgimento dei partner e il rigoroso processo di triangolazione (partner che segnala, partner interni e partner esterni), che ha permesso un'identificazione univoca per evento. Ulteriori analisi sono ancora in corso, al fine di quantificare gli effetti degli attacchi sull'accesso ai servizi sanitari e, di conseguenza, sugli esiti di salute. È pertanto fondamentale che si prosegua in questa rilevazione e che venga coinvolto un numero sempre maggiori di partner.

Letizia Orzella

Agenas, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali