

ITALIA

SAPERE È POTERE

Attento a dove vai: ci sono ospedali dove si muore dieci volte di più

Se si mette un by-pass in un certo reparto siciliano il rischio è molto più elevato. E lo stesso avviene se si arriva con un infarto a un tal pronto soccorso laziale. Mentre il ministro studia il piano di emergenza contro errori e orrori sanitari, i risultati di uno studio che mette a confronto l'offerta italiana. E un'iniziativa per pubblicizzare questi dati. Perché conoscere, qualche volta, significa sopravvivere

di Luca Fraioli

Chissà qual è quell'ospedale siciliano, nome in codice «Sicilia 46», dove chi si sottopone all'impianto di un by-pass rischia di morire 15 volte di più rispetto ai pazienti che subiscono lo stesso intervento nelle migliori strutture italiane. Chissà qual è quella cardiologia del Lazio dove chi arriva con un infarto rischia di morire 11 volte di più che negli ospedali presi come modello dal ministero della Salute. E sarebbe interessante anche sapere qual è, in Campania, quel reparto maternità dove non c'è verso di nascere in modo naturale: il 96,7 per cento dei parti avviene con taglio cesareo.

Forse il ministro della Salute Livia Turco quei nomi li conosce e ha già preso provvedimenti, visto che sono gli esperti del suo dicastero ad aver redatto il Progetto Mattoni, che confronta le performance degli ospedali italiani, facendo emergere eccellenze e buchi ne-



Francesco Gattari/Grazia Neri

ri del Servizio sanitario nazionale. Ma le tabelle che circolano nei convegni per addetti ai lavori sono rigorosamente anonime. Le strutture prese in esame vengono indicate solo con un numero e con la regione di appartenenza. Così, a guidare la classifica della mortalità a 30 giorni dopo un intervento di by-pass aortocoronarico c'è la ►►

Impegno

Il ministro della Salute Livia Turco. Dopo una serie di morti «sospette» nella sanità pubblica italiana, ha promesso interventi immediati per contrastare gli errori

**QUATTRO LUOGHI
CON IL PERICOLO
IN AGGUATO**

Alcune delle anomalie emerse dallo studio epidemiologico *Progetto Mattoni*, che ha confrontato gli «esiti» di alcuni degli interventi più comuni negli ospedali italiani

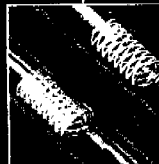
ALESSANDRO TOBATTI/CONTRASTO

BYPASS**15,2**

L'«eccesso di rischio» per chi si sottopone all'intervento nell'ospedale «*Sicilia 46*» dove la mortalità a 30 giorni per by-pass aortocoronarico è, appunto, 15,2 volte più alta che nelle strutture prese come riferimento dal ministero della Salute

**ANGIOPLASTICA****21,22**

L'«eccesso di rischio» per chi si sottopone alla dilatazione delle arterie nel centro «*Lazio 5*» dove la mortalità a 30 giorni dopo angioplastica coronarica è, appunto, 21,22 volte più alta che nelle strutture di riferimento

**INFARTO****11,39**

L'«eccesso di rischio» per chi, colto da attacco cardiaco, è ricoverato nella struttura «*Lazio 1*» dove la mortalità a 30 giorni dal ricovero per infarto del miocardio è, appunto, 11,39 volte più alta che nei migliori centri cardiologici

**PARTO CESAREO****96,7%**

La percentuale di parti cesarei effettuati nell'ospedale «*Campania 11*» nelle strutture di riferimento analizzate dal ministro della Salute la media di cesarei è il 13,6% del totale dei parti



struttura «Sicilia 46», appunto. In testa alla mortalità a 30 giorni dopo un ricovero per infarto del miocardio c'è «Lazio 1». E il record italiano dei parti cesarei è detenuto da «Campania 11».

Anche se lascia l'identità degli ospedali avvolta nel segreto professionale, il **Progetto Mattoni** ha però il merito di svelare le enormi differenze che esistono tra le diverse strutture del Servizio sanitario nazionale. Il confronto, che è stato fatto analizzando le schede di dimissione dei pazienti, fa emergere un divario enorme negli esiti delle terapie (in particolare quelle cardiovascolari, misurabili meglio delle altre nel breve periodo) tra Nord e Sud. Gli ospedali migliori sono quasi sempre in Lombardia, Piemonte, Veneto, Emilia Romagna, Toscana. Quelli dove si rischia di più in Campania, Sicilia, Lazio, Puglia.

Nel caso dei by-pass aortocoronarici, poi, il divario è definito «inaccettabile» dagli stessi ricercatori che hanno curato il rapporto. In media, la performance del Servizio sanitario nazionale è abbastanza buona, con una mortalità dopo 30 giorni del 2,6 per cento. E ci sono addirittura otto centri di eccellenza in cui mortalità è al di sotto della media. Il problema è che sette ospedali hanno una mortalità decisamente troppo alta: da due a cinque volte la media nazionale. Due sono siciliani, quattro campani e uno pugliese. Chi, sapendolo, si farebbe operare in una di queste strutture? Nessuno, ovviamente. E allora perché non informare i cittadini, rendendo di dominio pubblico le classifiche ministeriali? È quello che accade da anni negli Stati Uniti, dove ci sono siti Internet specializzati nella valutazione degli ospedali e perfino dei singoli chirurghi. Su www.healthgrades.com basta selezionare la zona d'America in cui si cerca l'ospedale e l'intervento a cui ci si deve sottoporre: il risultato è una lista di centri classificati in base alle loro prestazioni per quello specifico intervento, con tanto di stelle, da una a cinque, come fossero alberghi. Per la cronaca, chi fosse colto da un attacco di appendicite a Manhattan farà bene a rivolgersi al Nyu Downtown Hospital. Sono i migliori, in zona.

Oltre a conoscere i posti migliori occorrono mezzi per arrivarci

Da noi, però, l'approccio «consumistico» - del tipo: diamo tutte le informazioni ai cittadini, saranno loro a scegliere dove farsi curare - ha molti detrattori. A cominciare, naturalmente, da quei primari che non gradirebbero vedere il loro reparto maltrattato pubblicamente sul web. Ma c'è anche chi si oppone perché lo ritiene controproducente per i pazienti. Coloro che leggono i giornali e usano Internet, è l'obiezione, fanno già parte di una élite. Inoltre, per poter scegliere, l'accesso alle informazioni non basta, serve anche il denaro: è inutile sapere che l'ideale sarebbe farsi operare a Trento, se si vive a mille chilometri di distanza e non si hanno i soldi per affrontare la trasferta.

In Paesi meno ideologici del nostro, la

diffusione dei dati sulle performance degli ospedali ha anche una funzione politica. Aiuta a giudicare l'operato degli amministratori pubblici: non si rielegge chi ha organizzato un pessimo servizio sanitario. Da noi si grida allo scandalo quando c'è il morto in sala operatoria, ma poi si finisce per votare i governatori delle Regioni in base all'appartenenza politica. E la prospettiva, soprattutto con un federalismo che potrebbe portare a 21 servizi sanitari diversi, è quella di accentuare le disparità.

Una possibile alternativa alla trasparenza totale è fare in modo che le informazioni siano disponibili solo a chi governa la sanità, perché prenda provvedimenti, anche drastici. Come quando, alla fine degli anni 90, l'équipe di cardiocirurgia di un grande ospedale romano fu completamente rinnova- ➤



E QUI INVECE COL CESAREO CI HANNO DATO UN TAGLIO

La classifica degli ospedali in cui avvengono più parti naturali (2002-2003)

| REPARTI MATERNITÀ | NUMERO DI PARTI | % CESAREI |
|---|-----------------|-------------|
| Ospedali riuniti Asl 6 - Ciriè (Torino) | 1073 | 13,3 |
| Ospedale Sacra Famiglia - Erba (Como) | 957 | 9,1 |
| Ospedale civile - Vimercate (Milano) | 1617 | 10,9 |
| Ospedale treviglio caravaggio - Treviglio (Bergamo) | 1519 | 14,0 |
| Ospedale Bolognini - Seriate (Bergamo) | 911 | 13,7 |
| Ospedale civile - Legnano (Milano) | 902 | 18,5 |
| Poliambulanza - Brescia | 1363 | 16,9 |
| Ospedale Sant'Anna - Corno | 1338 | 14,2 |
| Ospedale di Lecco | 1360 | 13,8 |
| Istituti ospedalieri - Cremona | 999 | 15,8 |
| Ospedale san Gerardo dei tintori - Monza | 2589 | 14,1 |
| Presidio ospedaliero di Treviso | 2290 | 16,7 |
| Ospedale civile di Montebelluna (Treviso) | 1014 | 13,4 |
| Ospedale misericordia e dolce di Prato | 2230 | 10,7 |
| | 20162 | 13,9 |

ta, visti i cattivi risultati. Più di recente, decisioni simili sono state prese dalle amministrazioni regionali di Lombardia, Emilia Romagna e Friuli. E anche molte cliniche private usano questo tipo di dati per migliorare le loro performance.

C'è, infine, una soluzione di mezzo: comunicare le graduatorie degli ospedali, costantemente aggiornate, ai medici di base, in modo che siano loro a indirizzare i pazienti verso le strutture migliori. Un ruolo di mediazione che molti pensano già di svolgere. Il rischio, però, è che lo facciano senza poter contare su un sistema rigoroso di valutazione degli ospedali. Lo dimostra un'inchiesta pubblicata da un settimanale nel 2005: a un gruppo di medici fu chiesto di indicare gli ospedali italiani che, in fatto di cardiocirurgica, godevano della reputazione migliore. Qualche tempo dopo, alcuni epidemiologi hanno confrontato quella classifica con i dati relativi alla mortalità e hanno scoperto che la fama di certi reparti era tutt'altro che meritata: dei sei centri che i medici avevano definito ad «alta reputazione» tre avevano una mortalità superiore alla media italiana mentre, al contrario, cinque dei sei a «bassa reputazione» erano in linea con gli standard nazionali.

«Mettere i dati epidemiologici a disposizione dei medici va bene, ma non basta» commenta Michele Vullo, sociologo e coordinatore delle attività di formazione dell'Agenzia di Sanità pubblica del Lazio. «Questi strumenti vanno offerti anche ai cittadini». In quest'ottica l'Asp del Lazio ha realizzato il progetto *Difendiamo la salute*, una serie di incontri con associazioni di consumatori, operatori della sanità e amministratori locali (il primo, il 21 giugno a Genova con i pensionati dell'Auser, ma ci sono già iniziative previste con i sindaci dell'Anci, con Federconsumatori e così via, persino con l'ausilio di una scelta di film italiani sulla sanità) per illustrare i vantaggi della diffusione delle informazioni sulle performance degli

ospedali. Questionari saranno distribuiti per stabilire il livello di informazione degli italiani.

Questionari per stabilire quanto ne sanno gli italiani

Ma prima di essere diffusi, i dati vanno raccolti. E bene, se si vuole usarli per rendere più efficiente il Servizio sanitario nazionale. Non come è accaduto in Sicilia, dove a lungo gli ospedali hanno registrato una bassissima mortalità a trenta giorni dal ricovero: il 5,4 per cento contro il 10,3 della Lombardia. Si sono ipotizzate spiegazioni di

ogni tipo, dal clima salubre dell'isola ai prodigi della dieta mediterranea. Poi, un portantino di un ospedale palermitano ha spiegato ai ricercatori la differenza tra «morti morti» (quelli deceduti in ospedale) e «morti vivi» (quelli, almeno sulla carta, dimessi ancora in vita).

A far saltare le statistiche era una variabile culturale: i moribondi, più spesso i loro parenti, preferivano che il trapasso avvenisse tra le mura domestiche, piuttosto che in corsia e così firmavano per la dimissione. Andando a controllare i dati dell'anagrafe, si è scoperto che il 40 per cento di chi aveva lasciato l'ospedale contro il parere del medico era morto il giorno stesso o quello dopo. Tenendo conto dei «morti vivi», la mortalità siciliana è rientrata negli standard nazionali. Miracoli dell'epidemiologia.

Luca Fraioli ■

| HEALTHGRADES | | 2007 Range |
|-----------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| ***** Best | **** AA Expected | * Poor |
| Pharmacy Ratings | AMERICAN BC (Best Hospital) | Clinical Excellence (AA) |
| | Process Safety (AA) | Specialty Excellence |
| | | Clinical Ratings |
| 2007 Range | | |
| Appendectomy | | |
| 1. New York Presbyterian Hospital | 4.5 | ***** |
| 2. Mount Sinai Hospital | 4.0 | **** |
| 3. St. Vincent's Hospital | 3.5 | *** |
| 4. Mount Sinai Hospital | 3.0 | ** |
| 5. St. Vincent's Hospital | 2.5 | * |
| 6. St. Vincent's Hospital | 2.0 | |
| 7. St. Vincent's Hospital | 1.5 | |
| 8. St. Vincent's Hospital | 1.0 | |

Esempio americano Una pagina del sito healthgrades.com, con i migliori ospedali di Manhattan per la rimozione dell'appendice

Ignazio Marino, chirurgo e senatore, propone una mediazione

COLLEGI, NIENTE PAURA. LA CHIAREZZA FA CRESCERE

«Quando si affronta un intervento per mettere un by-pass non ci si può aspettare che il tasso di mortalità sia pari a zero. Ma nessuno di noi vorrebbe essere operato in un centro che ha una mortalità cinque volte superiore alla media nazionale».

Ignazio Marino, chirurgo esperto in trapianti e presidente della Commissione Sanità del Senato, commenta così i dati contenuti nel Progetto Mattoni del ministero della Salute.

Professor Marino, ci sono però italiani che in quel centro continuano a farsi operare perché non sanno di rischiare tanto. Non sarebbe meglio avvertirli?

«Sì, io sono per la trasparenza totale. Ho lavorato per vent'anni negli Stati Uniti: lì chi si deve sottoporre a un trapianto di fegato può fare una ricerca sul mio nome e vedere qual è la "mortalità" dei miei pazienti».

Forse non tutti i chirurghi italiani possono andar fieri dei loro risultati in sala operatoria tanto da volerli pubblicare su Internet...

«Ma qui non si tratta di mettere alla gogna qualcuno perché ha sbagliato. E comunque il sistema americano

che dà i voti ai chirurghi sembra eccessivo anche a me. In Italia, si potrebbero rendere pubblici non i risultati dei singoli medici ma quelli delle strutture in cui operano».

Con quali effetti?

«A nessuno piace essere ultimo. E già questo innescherebbe un circuito virtuoso. Ma poi si potrebbe capire dove sbaglia chi sbaglia, quali carenze di personale o di risorse ha la struttura in questione».

La politica che contributo può dare?

«Insieme al ministro Livia Turco stiamo preparando una serie di disegni di legge per fare in modo che l'ottimo livello raggiunto dalla Sanità italiana sia distribuito in modo omogeneo su tutto il territorio».



Contrasto

Presidente
 Ignazio Marino, 52 anni, eletto in Senato nelle liste dell'Ulivo. È presidente della commissione Sanità