

Sanità nord-sud. Centinaia di morti evitabili da Napoli in giù se solo le rianimazioni funzionassero nella media. Un'indagine fotografa in tutta Italia i super reparti dove si decide se ci sarà il domani. La raccontiamo in esclusiva

Quelle vite salvate ma solo a metà

LA STORIA

Sono bravi fermiamoli

Sullo stesso orizzonte - di scelte guidate dai numeri, dal confronto e dalla necessità di erogare buona sanità tagliando i costi - si sono mossi gli organizzatori del 118 di Bologna che si sono però visti sbarrare la strada dall'ordine dei medici provinciale, dopo la denuncia di un sindacato. Stiamo parlando del "caso" 118 di Bologna. Il direttore, Giovanni Gordini, e la sua squadra, sono stati sospesi a marzo dall'Ordine per sei mesi, accusati di voler delegare agli infermieri, soli, sulle ambulanze, mansioni salva-vita che dovrebbero spettare ai dottori specializzati. Le missioni degli infermieri erano state infatti previste per coprire le carenze. «Applichiamo questi protocolli, usati anche in altre regioni, da dieci anni, ottenendo sempre risultati in linea alle attese o leggeri miglioramenti nella gestione delle emergenze e nella riduzione della mortalità», spiega Gordini. E aggiunge: «Si tratta di interventi che fanno parte delle competenze degli stessi infermieri, su cui possono essere formati». Funziona ed è un risparmio, insomma. Ma l'Ordine crede il contrario, e li vuole fermare. A giugno i medici alla sbarra hanno ricevuto le motivazioni e adesso presenteranno ricorso a una commissione ministeriale. Per difendere Gordini e la sua squadra nel frattempo si sono mobilitati in tanti. L'appello online ha raccolto 5 mila 700 firme. «Penso che sia diventato un caso-simbolo per mettere in discussione che ruolo deve avere oggi il medico - spiega lui - in un sistema che vorrebbe la medicina fondata sull'evidenza».

FRANCESCA SIRONI

È LÌ LA SOGLIA FRA la vita e la morte. È lì che si decide se vincerà l'affanno - dei polmoni, del cuore, dei reni, del sangue - o il futuro. Le terapie intensive non sono «luoghi mistici» ma «reparti ad altissima tecnologia, dove ci sono due infermieri per ogni paziente, e molto costosi». «Per tutto questo», perché lì la vita si trattiene al centimetro finale, perché lì non si può scegliere dove farsi curare, e perché lì il servizio sanitario nazionale spende così tanto «è assolutamente necessario evitare sprechi e poter aumentare la qualità dell'assistenza». A farlo, e a parlare qui, è Guido Bertolini, responsabile del Gruppo italiano per la valutazione degli interventi in terapia intensiva, una squadra di ricerca nata nel 2002 all'istituto Mario Negri di Milano. Oggi coinvolge 232 reparti di terapie intensive in tutta Italia, per oltre 87 mila pazienti - la più ampia base di dati di questo tipo in Europa. Dai medici che aderiscono, volontariamente, al progetto (ProSafe Margherita), vengono raccolti per tutti i malati le stesse indicazioni cliniche, che vanno dall'ammissione alla degenza, alle infezioni di cui sono vittime durante il ricovero, fino alla dimissione dall'ultimo ospedale.

Questa mole di informazioni fotografa precisamente come funzionano i reparti, che esigenze affrontano e come cambiano nel tempo. Ma soprattutto, ha permesso ai ricercatori di elaborare un "modello prognostico matematico", ovvero un algoritmo che può calcolare, forte di una base statistica così ampia, gli esiti che si dovrebbero attendere per pazienti che hanno le stesse caratteristiche. Il modello verifica, cioè, per ogni malato definito con esattezza dal quadro clinico, come "dovrebbe andare a finire", se con la vita o con la morte, se il reparto funzionasse come funziona la media

delle rianimazioni italiane. Non se fosse eccellente. Ma se fosse semplicemente nella media.

È una cosa enorme per la sanità italiana, dove quasi nulla viene misurato e valutato scientificamente. Mentre è verità conclamata internazionalmente il fatto che una pagella rigorosa mette in condizione di curare i mali della sanità. E Margherita non è da meno. Perché racconta che nelle terapie intensive del Sud Italia, solo nel 2015, e solo fra i 20 ospedali pubblici aderenti al progetto, sono decedute 244 persone che non sarebbero dovute morire. Se i luoghi dove sono state ricoverate d'urgenza cioè fossero stati banalmente "standard" sarebbero a casa, vive. Invece sono morte. Lo stesso nel 2014: 318 decessi in più della media. Nel 2013 erano stati 172, 168 nel 2012.

Non è solo il Sud ad essere in difficoltà. Anche il Piemonte, ad esempio, ha una media regionale inferiore al previsto. Mentre a livello nazionale la qualità dell'assistenza nei reparti che partecipano alla ricerca è in costante miglioramento, solo negli ultimi tre anni, su circa 100 mila pazienti considerati, ci sono stati 1.200 morti in meno: se la qualità fosse rimasta quella del 2012, non ci sarebbero più. Nel 2015 però, nuvole scure: «La linea di miglioramento si è interrotta - nota infatti Bertolini - e quello che è preoccupante è che si sono osservati circa 150 decessi in meno fra i pazienti più gravi, ma circa 110

in più fra quelli meno gravi. Su questo dobbiamo concentrarci per capire cos'è successo».

Alcune analisi permettono di leggere delle costanti. Se un singolo medico deve seguire più di quattro posti letto, ad esempio, la mortalità in terapia intensiva aumenta del sette per cento. O che avere un alto turn over di pazienti gravi (quindi più esperienza) fa diminuire i decessi del 3 per cento. O ancora, e succede in Italia, ogni giorno che a prescindere dall'ospedale, dal medico, dai farmaci, la povertà del "dove" (quindi più esperienza) fa diminuire i decessi del 3 per cento. O ancora, e succede in Italia, ogni giorno che a prescindere dall'ospedale, dal medico, dai farmaci, la povertà del "dove" (quindi più esperienza) fa diminuire i decessi del 3 per cento. O ancora, e succede in Italia, ogni giorno che a prescindere dall'ospedale, dal medico, dai farmaci, la povertà del "dove" (quindi più esperienza) fa diminuire i decessi del 3 per cento.

Questi sono risultati aggregati, nazionali. In queste settimane invece ogni reparto sta ricevendo le schede che lo riguardano direttamente. «Non è sempre facile, o immediato capire dove si è forti e dove si hanno carenze. Queste elaborazioni ce lo mostrano», spiega Stefano Faenza, ordinario di anestesiologia a Bologna. Che aggiun-

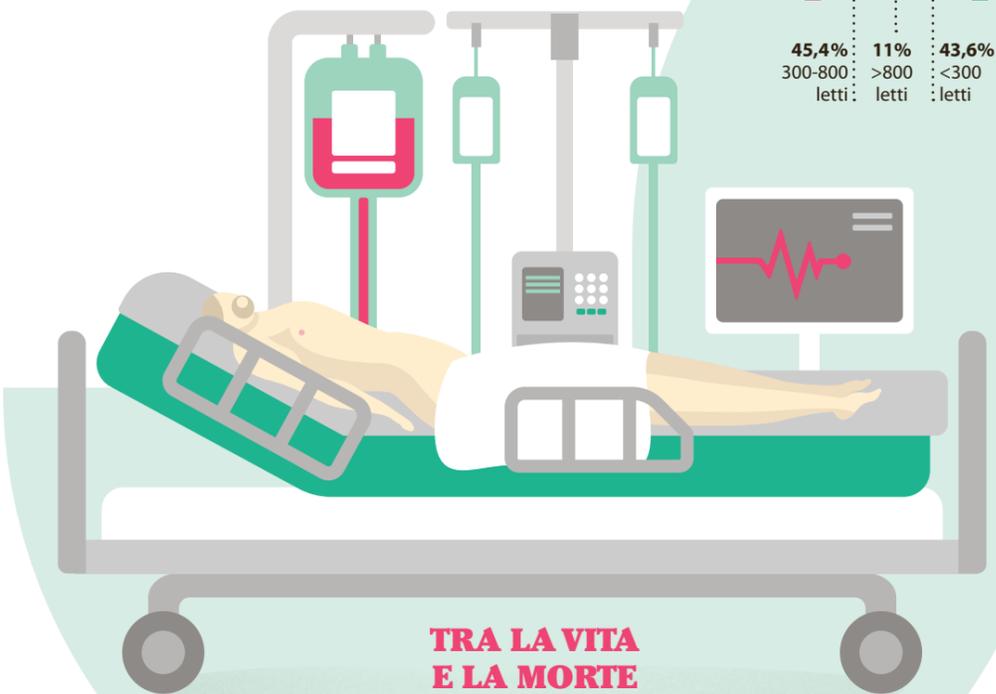
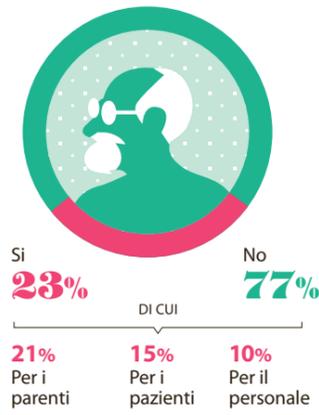
ge: «La funzione fondamentale è proprio farci vedere dove intervenire. Per questo andrebbero estese». Perché sono uno strumento razionale, matematico. «Questi report aiutano noi clinici, calati nel salvare quella singola vita, a valutare gli aspetti epidemiologici, ad andare oltre l'esperienza», aggiunge Elvio De Blasio, direttore anestesia e rianimazione al Gaetano Rummo di Benevento. Spesso però appena i risultati mostrano che qualcosa non funziona, il modello viene messo in discussione. «I dirigenti della nostra azienda sanitaria non hanno mai voluto nemmeno conoscere i dati che avevamo sul nostro reparto. Che pur essendo in una regione ricca, è fra i peggiori in Italia», racconta un anestesista, che ha chiesto di restare anonimo.

Soltanto le regioni Toscana e Piemonte stanno cercando di estendere ora questo tipo di raccolta dati a tutte le aree d'ospedale, la prima anche rendendo obbligatoria la partecipazione. Nel frattempo, la Commissione Europea ha finanziato l'estensione internazionale del progetto, che ora è stato aperto per alcune terapie intensive di Cipro, Slovenia, Grecia, Israele, Ungheria. Seguendo l'idea che serva conoscere. Per migliorare il servizio. E salvare altre vite.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

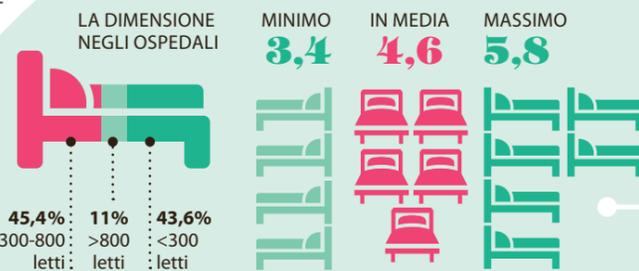
LO PSICOLOGO, SI O NO?

Presenza stabile in ospedale



I REPARTI

NUMERO DI LETTI PER MEDICO
(in terapia intensiva)



Un solo medico ha difficoltà a seguire tanti pazienti

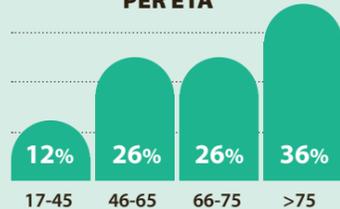
I LETTI PER MEDICO



+7%

DI DECESSI che in centri con meno di 4 letti/medico

I PAZIENTI PER ETÀ



INFEZIONI

6% In degenza

69% Nessuna

L'ESPERIENZA SALVA



Nei centri con molte dimissioni di pazienti gravi all'anno

rispetto a dove ne vengono ammessi pochi

TRA LA VITA E LA MORTE

La ricerca ha coinvolto reparti di terapia intensiva (TI) e loro pazienti in Italia nel 2015

232 Reparti

87.765 Pazienti

PER SAPERNE DI PIÙ
www.giviti.marionegri.it
www.agenas.it



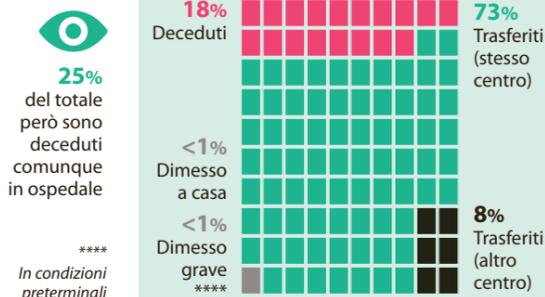
Il caso. Un ospedale dove tutto funziona scopre un aumento della mortalità del 20%. Ecco cosa è successo

Tu quoque... Brianza felice col fiato sul collo

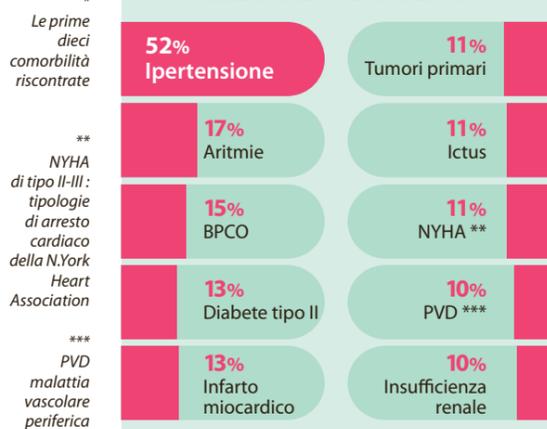
LA PAGELLA

	Decessi previsti	Decessi verificati	Differenza
Al Nord IN TOTALE 31.971	7.563	7.384	179
Al centro IN TOTALE 9.078	2.488	2.401	87
Al Sud IN TOTALE 3.942	1.374	1.618	-244*

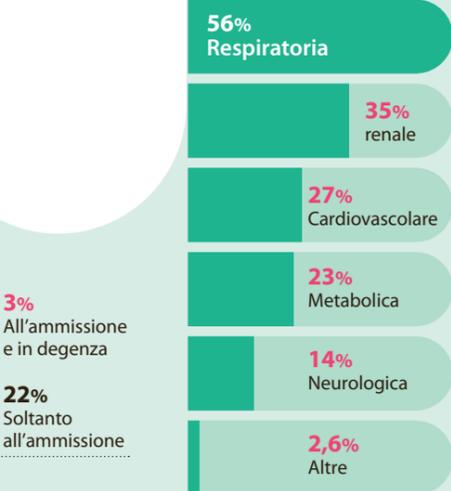
L'ESITO DELLE CURE



MALATTIE COESISTENTI *



INSUFFICIENZE ALL'AMMISSIONE



L'ILLUSTRAZIONE È ISPIRATA DA "LA DEPOSIZIONE DI CRISTO", DIPINTO A OLIO SU TAVOLA DI RAFFAELLO SANZIO, DATATO 1507, PRESENTE NELLA GALLERIA BORGHESE A ROMA.

* Al Sud cioè ci sono stati 244 decessi di pazienti in più rispetto alla media prevista

L'APPUNTAMENTO È la mattina presto, in un ospedale pubblico della ricca Lombardia. Dentro un reparto di terapia intensiva. In difficoltà. La richiesta del medico è di resta-

re anonimo. Di evitare scandali. Perché quando sono arrivati dal Mario Negri i risultati del 2015 infatti, qui la squadra di anestesisti, rianimatori e infermieri, si è spaventata. Ne emergeva un peggioramento del 20% in un anno. Un abbassamento sotto la media di 20 punti, dopo tanti anni in linea con gli standard. Quei numeri significavano vite perse. Persone che non avrebbero dovuto fare quella fine. «Stiamo cercando di capire se non ci sia stato un errore nel modo in cui indicavamo le condizioni cliniche all'ingresso: ritenendole meno gravi di quanto non fossero realmente», spiega l'anestesista. Certo, nota, «si fanno sempre più pressanti le richieste di efficienza economica da parte della direzione, ma faccio fatica ad imputare a questo il nostro calo».

Il medico parla per esperienza: anni fa, infatti, grazie a un report ProSafe specifico sul problema delle infezioni ospedaliere, i sanitari avevano individuato un'anomalia nel numero di contaminazioni alle basse vie urinarie per i pazienti del reparto. «Tutti dicevamo: "non è possibile, non abbiamo mai avuto problemi del genere"», spiega. Quando però l'anomalia è stata riscontrata anche l'anno successivo, si sono messi a controllare, a verificare con più attenzione. Apparentemente era tutto in regola. Solo approfondendo ulteriormente sono riusciti a vedere cosa sbagliavano, rispetto alle linee guida, quando mettevano un catetere; una cosa piccolissima ma fondamentale. Un piccolo buco nella prassi. «Per fortuna parliamo di conseguenze non gravi, e che forse anche per questo non erano mai state rilevate - spiega - però evitarle significa lavorare sul serio sulla qualità dell'assistenza». Dopo aver notato il danno, e cambiato la pratica di conseguenza, la percentuale di infezioni urinarie si è ridotta drasticamente, riportando il reparto nella media positiva della regione. «Questi modelli ti permettono di vedere come stai andando, con la certezza di un dato che è valido statisticamente». Ora, bisogna capire su dove intervenire di nuovo.



Oggi il mondo di domani è l'impegno ad agire per un presente responsabile ed un futuro sostenibile. Per Bristol-Myers Squibb significa scoprire, sviluppare e offrire terapie innovative per aiutare i pazienti a sconfiggere malattie gravi. Ma significa anche avere la piena consapevolezza degli obblighi verso la comunità locale e globale, trasformandoli in impegno concreto. Il nostro impegno guarda al futuro e alle realtà più lontane ma inizia nel presente e dai luoghi a noi più vicini. **Oggi per il domani.**

www.bms.it

Bristol-Myers Squibb

FONTE
RAPPORTO
MARGHERITA
PROSAFE
SULL'ANNO 2015 -
GIVITI ISTITUTO
MARIO NEGRI
DI MILANO

ELABORAZIONE DATI
FRANCESCA SIRONI

INFOGRAFICA
PAULA SIMONETTI