

Intervista a Carlo Perucci direttore scientifico del PNE

# “Luci e ombre del Piano nazionale esiti”

di Ester Maragò

Professor Perucci, è la prima volta che a livello nazionale si parla di valutazione degli esiti delle cure e delle prestazioni erogate dal Ssn. Siamo finalmente in presenza di dati “robusti”? Metodi e strumenti di misura migliorano continuamente. Nel rapporto con le regioni, le aziende, le società scientifiche, i professionisti, impariamo a produrre valutazioni sempre più valide e precise. Per fare valutazione è necessario misurare e soprattutto ragionare sugli errori che inevitabilmente caratterizzano tutte le misure, per correggere continuamente metodi e strumenti di misura. Uno dei problemi principali nel rapporto tra chi produce valutazioni da un punto di vista scientifico e chi assume le decisioni è, infatti, quello dell'incertezza. Abbiamo valutato i 1.475 ospedali italiani utilizzando le informazioni dei sistemi informativi nazionali e adottando metodi di carattere statistico che consentono di rendere espliciti gli errori sia di carattere sistematico sia casuale. Ciò non significa che possiamo eliminare gli errori. Possiamo semplicemente dare un'immagine il più scientificamente documentata di quello che riusciamo a osservare per consentire alle Regioni e alle Aziende di avviare attività di auditing clinico e organizzativo. I risultati osservati, infatti, devono sempre essere valutati localmente, in relazione alle conoscenze di carattere quantitativo e qualitativo disponibili a livello locale. Un illustre clinico in passato ci presentò un lungo elenco degli errori che avevamo compiuto. Aveva ragione; risposi garantendogli che la volta successiva avremmo fatto errori diversi!

**Vale a dire?**

Che lavoriamo cercando sempre di correggerci sapendo che alcuni errori sono insiti nel sistema di informazione. Perché ognuno degli indicatori che analizziamo ha un suo razionale scientifico, una sua interpretazione ed anche errori di diverso tipo.

**Un esempio?**

Uno su molti: la proporzione di tagli cesarei primari negli ospedali.

All'indomani della pubblicizzazione alla stampa dei dati sulle performance ospedaliere, abbiamo chiesto al direttore scientifico del Programma nazionale esiti di Agenas di illustrarci i metodi e gli strumenti di misura del progetto. E le prossime tappe.

Riguardo alla “public disclosure”, Perucci afferma “condivido l'obiettivo di una piena pubblicizzazione ai cittadini, ma dobbiamo procedere con cautela”



Non possiamo valutare i dati in modo grezzo, perché un ospedale che ricovera donne di età maggiore, con più patologie e con gravidanze a rischio ha ovviamente una proporzione di cesarei più elevata rispetto alla struttura che invece ricovera donne giovani con gravidanze fisiologiche. Quindi in questi casi dobbiamo applicare dei tassi aggiustati. Ad esempio, teniamo conto della diversa distribuzione di presentazioni anomale del feto. Quindi un ospedale che ha tante gravidanze con parti podalici è ovviamente una struttura che avrà un elevato tasso di cesarei. In questi casi quindi standardizziamo, aggiustiamo, per confrontare gli ospedali “a parità” di complessità della casistica. Ma possono intervenire casi limite, che inducono all'errore, come quello accaduto in Campania. In questa Regione, nel tentativo di ridurre il numero abnorme di cesarei era stato deliberato che venissero remunerati solo i quelli accompagnati da una diagnosi indicativa di parto cesareo. E moltissime strutture si sono prontamente



**Ognuno degli indicatori che analizziamo ha un suo razionale scientifico, una sua interpretazione ed anche errori di diverso tipo. Uno su molti: la proporzione di tagli cesarei primari negli ospedali. In questi casi non possiamo valutare i dati in modo grezzo, ma dobbiamo applicare dei tassi aggiustati**

adeguate, con il risultato che a Napoli siamo arrivati al 20% di diagnosi di presentazione anomala del feto, rispetto a una media nazionale che si attesta tra il 2 e il 5%. Questo ha prodotto due conseguenze: l'invio dei Nas da parte del Ministero in numerosi ospedali e case di cura per controllare come mai intorno al Vesuvio c'era questa strana epidemia di presentazioni anomale del feto, e la decisione oggi di

correggere i metodi di aggiustamento, perché prendendo per valide quelle informazioni distorte avevamo distorto tutta l'analisi nazionale.

Abbiamo notato che nelle schede di sintesi fate riferimento a valori di mortalità pari a zero, vale a dire che alcune strutture hanno raggiunto l'eccellenza. Come dobbiamo interpretare questo dato?

Questo dato va letto in modo diverso, perché è specifico di ciascun indicatore. Mi spiego prendendo ad esempio l'indicatore relativo alla mortalità a 30 giorni post bypass aorto-coronario isolato: numerosi ospedali hanno raggiunto una mortalità “zero”. Ne cito alcuni: il Niguarda di Milano, il Centro di ricerche biomediche a Campobasso, l'Ospedale di Lecco. Il che dimostra l'esistenza di ospedali che, a parità di complessità dei casi trattati, lavorano così bene da ridurre fino a zero il rischio di morte associato all'intervento. In questi casi essendo il tasso grezzo pari allo zero non c'è bisogno di aggiustamenti. Se invece andiamo ad

osservare il rischio di morte a 30 giorni per ictus il discorso cambia. Infatti, se ci troviamo in presenza di un dato pari a zero possiamo ragionevolmente sospettare che alcune strutture attribuiscono una diagnosi di ictus a pazienti che in realtà presentano patologie meno severe. Questa, infatti, è una patologia che ha una

probabilità di morte a 30 giorni molto alta, con una media nazionale attorno al 10%. Quindi quando rilevo che negli ospedali di Rovereto e di Noto la mortalità è pari allo zero, sono indotto a ritenere questo risultato come il prodotto della distorta “diluizione” della casistica osservata.

Non avete mai voluto parlare di classifiche, ma come dimostrano le esperienze americana e bri-

tannica, la “public disclosure” della valutazione degli ospedali innesca una competizione virtuosa tra i medici e le strutture. Possiamo quindi pensare a questa finalità per il Pne?

In un sistema “maturo” probabilmente sì. Penso che sia uno degli obiettivi più importanti del Pne: la “public disclosure” potrebbe essere infatti una leva potente per ottimizzare cure e organizzazione, agendo sulla reputazione. Ma in questa fase l'obiettivo più importante è quello di mettere a disposizione di tutte le organizzazioni regionali e locali valutazioni di livello nazionale per consentire un confronto tra le aziende come supporto ai loro interventi di miglioramento dell'efficacia e della equità delle cure.

Quando questi dati saranno accessibili, e soprattutto comprensibili, a tutti i cittadini?

Il Ministro Balduzzi, nella lettera inviata alle Regioni, ha annunciato che darà incarico all'Agenas di sviluppare un'attività di comunicazione per i cittadini. Il modello potrebbe essere molto simile a quello dell'Nhs inglese. Ma ritengo che su questo argomento occorra procedere con molta attenzione. Dalle valutazioni Ocse-Pisa emerge che in Italia il 10% dei cittadini è analfabeta e il 20% ha un analfabetismo funzionale, ossia non è in grado di compilare un questionario elementare o di interpretare un testo con una minima complessità. Questo significa che circa un cittadino su tre non ha un livello di alfabetizzazione che consenta di interpretare un messaggio complesso. Sono gli stessi cittadini che non sono in grado di saper usufruire dei migliori servizi sanitari. Non dimentichiamo che le disuguaglianze di accesso ai servizi sono fortemente legate a caratteristiche socio economiche. Inoltre la proporzione di famiglie che possono accedere in modo veloce alla rete è ancora troppo esigua. Quindi se si attua un programma di comunicazione con un certo livello di complessità, e se non lo si fa con un obiettivo di equità, si corre il rischio di allargare ancora di più la “forbice” tra chi è più forte e chi è ancora più vulnerabile all'inappropriatezza. Il Ssn deve avere due obiettivi: efficacia ed equità. Sicuramente, la circolazione di informazioni e la valutazione aumentano l'efficacia degli interventi, ma dobbiamo farlo senza peggiorare l'equità. Per cui questo programma di comunicazione sicuramente dovrà essere accompagnato da un programma molto mirato ai gruppi di popolazione più vulnerabili. **Y**