

Bypass, a Trieste gli interventi più sicuri

Una recente indagine nazionale rivela che per chi si opera nelle nostre strutture il rischio di mortalità è tra i meno elevati d'Italia

La Cardiocirurgia di Trieste spunta un risultato di tutto rilievo. In base a un'inchiesta condotta dall'Agenas-Agenzia nazionale servizi sanitari regionali per il ministero della Salute la struttura si piazza infatti al secondo posto in Italia per l'esito degli interventi di bypass. Lo studio ha analizzato specifici interventi e procedure basandosi sulle schede di dimissione ospedaliera e sulla loro classificazione così che nessun caso possa sfuggire. Si tratta in totale di 16 mila 162 pazienti operati, censiti in tutti i centri in cui nel 2010 si sono eseguiti almeno 86 interventi. Il risultato nazionale, per ciò che riguarda la mortalità a trenta giorni è del 2,78 per cento. Un dato basato sulla mortalità grezza registrata e sulla mortalità corretta con tutti i fattori di possibile interferenza sul risultato. (I dati sono corroborati da un fattore statistico basato sulla completezza del dato disponibile che, se uguale o inferiore a 0,05 assicura l'attendibilità). Il rischio, per chi si opera nella Cardiocirurgia di Trieste è invece di appena lo 0,6 per cento, secondo valore nazionale dopo lo 0,40 dell'Ospedale Civile di Alessandria. "Queste indagini - commenta Aniello Pappalardo, direttore della Cardiocirurgia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Trieste - rivelano un'importante attenzione da parte delle istituzioni verso la qualità del lavoro svolto negli ospedali che ha degli effetti molto concreti. Si tratta infatti di controlli che finiscono per determinare una ricaduta positiva sulle attività".

Dottor Pappalardo, come vanno interpretati questi dati?

Non si tratta di un fenomeno isolato. Per quanto riguarda il bypass è già la terza volta che analisi simili, condotte da enti ministeriali, vedono Trieste nei primissimi posti. Noi stessi verificammo di continuo i nostri risultati e quello del 2010 è un dato stabile a tutt'oggi nonostante l'invecchiamento della popolazione, e l'incremento di complessità dei casi che trattiamo.

I dati dell'indagine Agenas sono



stati resi pubblici anche attraverso la stampa specializzata. E' una scelta corretta?

Sarebbe bello che a pubblicare i dati fossero le associazioni professionali ma non è così facile per cui ben venga lo strumento di controllo ministeriale. Va anche detto che la verifica dei risultati è un atto dovuto. Ogni professionista può nutrire,

comprensibilmente, qualche timore sul confronto. Prima di parlare di risultati bisogna infatti verificare che il gruppo in esame sia correttamente identificato. Nel caso del bypass però l'identificazione è facile e univoca: non vi sono dunque margini di dubbio.

In che modo la consapevolezza del rischio può essere d'aiuto al

cittadino?

Vedere certificato da parte di un ente terzo un risultato di questo tipo fa stare meglio un po' tutti. La speranza è che possa infondere un senso di fiducia nella gente, utenti e operatori del settore. Il dato triestino è molto buono in ambito nazionale ma è anche in linea con quelli dei migliori ospedali esteri.

STRUTTURA	REGIONE	PROVINCIA	PAZIENTI	RISCHIO X 100
OSP.CIVILE SS. ANTONIO E BIAGIO	PIEMONTE	AL	154	0,41
AZIENDA OSPEDALIERA UNIV. - TRIESTE	FRIULI VENEZIA GIULIA	TS	257	0,60
A.O. UNIV. DI BOLOGNA	EMILIA ROMAGNA	BO	188	0,64
A.O. UNIV. CAREGGI - FIRENZE	TOSCANA	FI	235	1,37
A.O. S. CAMILLO-FORLANINI - ROMA	LAZIO	RM	318	1,54
IST.DI RICERCA S. RAFFAELE - MILANO	LOMBARDIA	MI	130	1,84
A.O. UNIVERSITARIA - UDINE	FRIULI VENEZIA GIULIA	UD	177	1,94
OSP. CIVILE MAGGIORE - VERONA	VENETO	VR	327	2,16
A.O. POLICLINICO TOR VERGATA - ROMA	LAZIO	RM	274	3,51
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERS. DI PALERMO	SICILIA	PA	154	4,52
A.O. VINCENZO MONALDI - NAPOLI	CAMPANIA	NA	206	5,16

Sappiamo che da parecchi anni i viaggi della speranza sono finiti e che ci sono in Italia risultati uguali e a volte migliori di quelli degli ospedali stranieri ma vederlo scritto è ancora una novità per questo Paese, che può aiutarci a superare un certo complesso di inferiorità.

In che senso?

Si sente spesso parlare di malasanità. Indagini di questo tipo fanno invece vedere che c'è un vasto numero di professionisti che riesce, nelle istituzioni pubbliche, a mantenere risultati invidiabili, nel rispetto delle regole dell'organizzazione del lavoro e dell'utilizzo delle risorse assegnate dagli enti.

Quali sono le chiavi per ottenere un risultato buono come questo.

L'appropriatezza delle indicazioni cliniche è la prima. Non c'è buon cardiocirurgo senza un buon cardiologo e soprattutto senza un buon rapporto stretto e quotidiano tra i due. La valorizzazione dell'eterogeneità del gruppo è la seconda.

Sta parlando della sua équipe chirurgica?

No, bisogna uscire dallo stereotipo delle "prime donne del bisturi" e si deve puntare sull'affiatamento di tutte le figure coinvolte. Mi riferisco alle cento e più persone della Cardiocirurgia e in senso allargato a tutto il Dipartimento e all'ospedale tutto. In un gruppo ci sono diverse attitudini e vocazioni che si cimentano con i compiti assegnati.

Operare in un ospedale pubblico costituisce un impegno di alta responsabilità per tutti gli addetti indipendentemente dalla loro qualifica. La parte più difficile è conservare lo spirito di servizio cioè considerare sempre, a tutti i livelli, che chi lavora in ospedale deve "servire" il pubblico, perseguire un obiettivo disinteressato di salute. In gruppi numerosi eterogenei e complessi come quello con cui ho il privilegio di lavorare è costantemente necessario un coordinamento di tutte le professionalità che contribuiscono al risultato. I dati registrati dall'Agenas contribuiscono a motivarci e dimostrano che questo spirito organizzativo è quello vincente.

CARDIOCHIRURGIA

Il sistema che supera la strozzatura del cuore

La Cardiocirurgia di Trieste esegue bypass aortocoronarici da quasi quarant'anni. L'intervento, che consente di superare un condotto vascolare ostruito realizzando un bypass con un tratto di vena o di arteria che vengono collocate a monte e a valle del restringimento, viene eseguito per lo più impiegando almeno un'arteria toracica interna. Entrambe le arterie toraciche vengono impiegate nel 70 per cento dei casi in una strategia di rivascularizzazione completa. Le arterie toraciche interne detengono infatti, in qualità di bypass, un primato di durata ineguagliabile. La chirurgia coronarica a cuore battente, che da alcuni anni sta riscuotendo un notevole interesse anche se con valutazioni di merito contrastanti, viene invece eseguita dal 1990 in circostanze selezionate con risultati eccellenti. Malgrado il bypass sia ormai l'intervento cardiocirurgo a maggiore frequenza, i dati rilevati dall'Agenas mostrano come i risultati in termini di successo sul territorio nazionale siano ancora molto diseguali. Come si può vedere nella tabella qui a fianco, in cui riportiamo uno stralcio delle rilevazioni eseguite nell'ambito dell'indagine nazionale realizzata per conto del ministero della Salute, da valori quale lo 0,40 di rischio rilevato a Trieste si giunge a un tasso che in alcune realtà sfiora quasi il 6 per cento. Si tratta dunque di dati importanti per fotografare lo stato di salute delle cardiocirurgie italiane verificandone i risultati così da suggerire correttivi e nuovi spunti di lavoro o di organizzazione.

OSPEDALI/CLINICA OCULISTICA

Così si riprende a vedere dopo la cataratta

Fino a qualche anno fa l'obiettivo era solo quello di sostituire il cristallino opaco con uno artificiale. Oggi l'intervento di cataratta punta al tempo stesso a correggere il difetto di vista residuo. E' infatti divenuta possibile, grazie alle nuove tecnologie, una sorta di chirurgia personalizzata che tenga conto delle caratteristiche refrattive di ogni singolo occhio e delle necessità personali, per fornire ai pazienti la migliore qualità visiva associata quanto più possibile all'indipendenza dagli occhiali.

Della chirurgia "refrattiva" della cataratta, oggi la nuova frontiera nel trattamento chirurgico di questa patologia che dopo i 75 anni colpisce una persona su quattro, si è discusso di recente nel XV Congresso nazionale dell'Associazione italiana di chirurgia della cataratta e refrattiva organizzato dal professor Daniele Tognetto, direttore della Clinica oculistica dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste che ha riunito quasi mille partecipanti provenienti dall'Italia e da altri paesi europei. "Un'occasione di crescita - ha sottolineato Francesco Cebello, direttore generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria - per

tutta la sanità pubblica, italiana e triestina, di altissimo livello scientifico".

Fino a non molti anni fa l'intervento di cataratta veniva effettuato per ridare trasparenza alla visione utilizzando lenti artificiali monofocali che possedevano una superficie con un disegno definito sferico, cioè regolare. Oggi è possibile ottenere una buona capacità visiva dopo l'intervento riducendo di molto la necessità di utilizzare occhiali, se non per la sola visione da vicino, grazie all'impiego dei moderni sistemi per la chirurgia microincisionale e delle lenti intraoculari di ultima generazione.

Si tratta lenti a tecnologia avanzata che, al pari di quelle già utilizzate per gli occhiali, possono essere asferiche, in grado cioè di ridurre le aberrazioni ottiche, lenti toriche, in grado di correggere l'astigmatismo, accomodative e multifocali. Queste ultime, utilizzabili in casi molto selezionati, possono consentire una notevole indipendenza dall'occhiale poiché possono fornire nella maggior parte dei casi, sia una buona visione da lontano sia una soddisfacente visione anche per vicino.

"In un prossimo futuro - afferma il professor Tognetto - ci sarà sempre più spazio per l'approccio refrattivo

nella chirurgia della cataratta - anche se non bisogna dimenticare che esistono condizioni di estrema variabilità in termini di aspetto refrattivo, severità della patologia e tecniche chirurgiche adottabili". "Proprio per questo motivo - continua - è indispensabile un'attenta valutazione preoperatoria che si deve avvalere dell'impiego di strumentazioni diagnostiche sofisticate e precise al fine di raccogliere e valutare tutti gli elementi utili per scegliere la lente più adatta per ciascun paziente". E' inoltre indispensabile una tecnica chirurgica mininvasiva che utilizzi i sistemi microincisionali ed i facoemulsi-



ficatori (le macchine che utilizzano sonde ad ultrasuoni per asportare la cataratta) di ultima generazione così da ridurre al minimo gli effetti dell'intervento e favorire un pronto recupero postoperatorio.

Una novità in questo senso potrebbe essere rappresentata dall'uso del

laser a femtosecondi, un'apparecchiatura molto sofisticata e costosa che è già utilizzata da qualche tempo negli interventi di chirurgia refrattiva per la correzione dei difetti visivi quali miopia, ipermetropia e astigmatismo. L'applicazione di questo laser nella chirurgia della cataratta - trattata in una sessione congiunta con l'European Society of Cataract and Refractive Surgery - permette di sostituire la mano del chirurgo in alcuni passaggi dell'intervento di cataratta, rendendo la procedura più precisa e programmabile.

Si tratta di una tecnologia laser molto promettente - conclude il professor Tognetto - il cui utilizzo nella chirurgia della cataratta è ancora in fase di valutazione ma che potrà rappresentare un ulteriore passo in avanti in una chirurgia sempre più legata alla tecnologia.

A Cattinara l'Urp nel giardino d'inverno

Da metà febbraio l'Urp - Ufficio relazioni con il pubblico di Cattinara ha una nuova sede. Si trova in una posizione centrale, a fianco del giardino d'inverno dell'ospedale e del Centro prelievi, e accoglie sia il Punto informativo (front office) sia le attività dell'Urp (back office).

Il servizio diventa così, anche dal punto di vista logistico, uno snodo fondamentale nel

rapporto con i cittadini.

La nuova collocazione consente infatti un accesso più facile a entrambi gli uffici in un ambiente accogliente e confortevole.

L'Urp è aperto da lunedì a venerdì dalle 8 alle 15. E' possibile contattare telefonicamente l'ufficio chiamando lo 040 399 4035 oppure 040 399 4312 o via e-mail all'indirizzo urp@aots.sanita.fvg.it.

