



Salute Una giusta sanità è a misura di persona. L'attuale modello va ripensato, non solo guardando alle liste d'attesa

RIMETTERE IL PAZIENTE AL CENTRO

di **Giuseppe Lauria Pinter**

Nelle questioni complesse, a fare la differenza non sono tanto le risposte che riteniamo migliori, quanto la qualità delle domande che poniamo. E dalle domande, infatti, che nasce la possibilità di comprendere gli aspetti sostanziali di un problema: quali dimensioni esso attraversi, come le cause si distinguano dagli effetti, quale sia il peso relativo di costi, rischi e benefici, quali passaggi intermedi debbano essere risolti per raggiungere l'obiettivo. Questo vale, con diversa gradazione, in molti ambiti della vita individuale e collettiva. A maggior ragione per i problemi più difficili dei sistemi sanitari, non solo di quello italiano, come migrazione sanitaria e liste d'attesa. Questi due temi sono in buona parte interconnessi e per questo dovrebbero essere affrontati in modo congiunto.

La domanda che ha valore per entrambi è se il sistema sanitario pubblico riesca a garantire, in tempi appropriati e secondo criteri di equità, il percorso di cura richiesto dal bisogno clinico individuale. Quando ciò non accade, i cittadini cercano altrove ciò che non trovano, o non trovano in tempo, o non trovano vicino al luogo in cui vivono.

La ragione per la quale il sistema non riesce a trovare una soluzione stabilmente efficace deriva in larga parte dal fatto che la risposta è cercata quasi esclusivamente nel tentativo di ridurre il tempo di accesso alle prestazioni sanitarie aumentando il loro numero. È un tentativo spesso fallimentare, perché la letteratura mostra che l'aumento dei volumi erogati produce di frequente un beneficio parziale, selettivo o transitorio sui tempi di accesso, accompagnato da una rapida crescita della domanda, peggioramento dell'appropriatezza delle richieste e, al più, una riduzione del costo delle prestazioni nel mercato della sanità privata.

Vanno considerate anche eterogeneità e disuguaglianze nell'uso dell'offerta disponibile. Un recente studio italiano su oltre 3.300 donne e uno simile inglese su quasi 70.000 hanno analizzato le variabili in base alle quali le pazienti hanno scelto l'ospedale in cui effettuare un intervento chirurgico per tumore della mammella. I risultati hanno dimostrato che la scelta non è guidata primariamente

dall'attesa più breve quanto dalla reputazione dell'ospedale, ma anche che le donne con livello di istruzione più basso, comorbidità, appartenenti a minoranze o con malattia più avanzata tendono meno a spostarsi verso le strutture con alti volumi di interventi. In sostanza, entrambi gli studi indicano che la possibilità di scegliere non è uguale per tutti. Questo esempio, che può essere esteso ad altre malattie, implica, seppure in modo indiretto, che alcuni pazienti hanno una maggiore probabilità di ricevere cure non ottimali, nonostante il diritto individuale al migliore standard sanitario e il dovere collettivo di garantirlo a chiunque abbia il medesimo bisogno, indipendentemente da età, istruzione, residenza e risorse economiche.

Ma c'è di più. Quando una misura, in questo caso il tempo di accesso a prestazioni sa-

so individuale di cura necessario, definito dalla combinazione di diagnosi precoce, analisi di gravità clinica, prognosi e fragilità, accesso alle terapie. Questa è la vera medicina personalizzata, dentro la quale stanno anche le terapie più sofisticate, non il contrario.

Naturalmente, nessuna organizzazione sanitaria può costruire percorsi su misura per ogni variabile individuale. Sarebbe irrealistico. I percorsi vanno costruiti attorno a nodi, che non sono fasi fisse del percorso ma punti in cui il sistema deve riconoscere una necessità specifica di quel paziente e trasformarla, quando serve, in un passaggio appropriato di cura. Così cambia anche il modo di monitorare l'efficacia del nostro sistema sanitario pubblico, che continua a garantire la copertura economica dell'83% dei farmaci innovativi, la percentuale più elevata dopo la Germania, rispetto al 46% della media europea.

Il punto, quindi, non è sottovalutare il peso delle liste d'attesa o negare l'importanza di incrementare le prestazioni. È capire che questi due fattori non sono la vera risposta alla domanda, che è invece se il paziente ha raggiunto il nodo giusto nel tempo appropriato e se il suo percorso clinico ha continuato a procedere, se necessario, fino all'opportunità di terapie sperimentali offerte da una rete nazionale di strutture di terzo livello alla quale deve essere condotto indipendentemente dalla regione di residenza. Se si guarda la sanità da questo punto di vista, liste d'attesa e migrazione sanitaria cambiano significato. Non misurano soltanto un difetto di accesso a singole prestazioni, ma indicano dove il sistema smette di accompagnare il paziente lungo il percorso di cura necessario. Un percorso che, senza limitare il diritto individuale alla scelta di una struttura sanitaria, dovrebbe indicare in base alle esigenze cliniche del paziente quale sia quella più appropriata.

Proprio nel nostro Paese, in cui la gestione della salute è delegata a 20 sistemi regionali diversi che ormai tendono a identificarsi nel proprio modello da difendere, è possibile costruire una nuova, concreta strategia organizzativa, nella quale i nodi non siano semplici tappe di un percorso clinico, ma la prova che il sistema sa adattare i percorsi ai bisogni di cura individuali e misurarsi sull'appropriatezza e la capacità selettiva, non semplicemente sulla capacità produttiva.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ILLUSTRAZIONE DI DORIANO SOLINAS

nitare, diventa un obiettivo, perde la capacità di misurare il fenomeno che conta davvero, che per il sistema sanitario pubblico non è la prestazione in sé, ma il bisogno di cura del paziente. Inoltre, quando su quella misura si concentrano incentivi e sanzioni senza considerare il contesto in cui le strutture operano e le variabili che determinano i percorsi di cura, il processo si deforma: chi lo gestisce, dovendo risponderne, tende ad adattarsi all'indicatore invece che ai bisogni reali. Può privilegiare i casi più semplici, aumentare le prestazioni più facili da erogare, frammentare i percorsi e trasferire altrove i casi più difficili. Questa è la logica dei modelli prestazionali: massimizzare i volumi senza garantire la presa in carico dei pazienti complessi. È una logica che non può appartenere al servizio sanitario pubblico il cui compito è accompagnare ogni paziente lungo il percor-

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

112296