

LA PROPOSTA

09925 09925

Personalizziamo la medicina per migliorarla

PAOLO PETRALIA

Da un modello quantitativo passiamo a uno qualitativo sugli esiti di salute.

A pagina 17

ANALISI La difficile trasformazione del Sistema sanitario nazionale di fronte all'invecchiamento della popolazione e alla difficoltà di aumentare i fondi

Serve una medicina personalizzata Non la quantità ma "esiti di salute"

*Si è perso l'universalismo
della cura. Oggi metà
delle visite specialistiche
e un terzo della diagnostica*

*ambulatoriale sono pagati
privatamente. Vanno
ridotte le differenze
di accesso tra pazienti*

Non si tratta di inseguire la prestazione a richiesta allungando senza fine le liste di attesa ma di ridisegnare il processo di presa in carico multidimensionale e multiprofessionale

PAOLO PETRALIA

L'antivigilia di Natale il nostro Servizio sanitario nazionale ha compiuto 45 anni: ed è sin troppo scontato interrogarsi su quale potrà essere il suo futuro, tra invecchiamento della popolazione e risorse in calo, tra diminuzione del personale e aumento dei costi di produzione. I dati epidemiologici - per noi che siamo abituati a misurare tutto - indicano con chiarezza la traiettoria: nel 2049 il numero di decessi potrebbe doppiare quello dei nuovi nati; nel 2050 il 35 per cento degli italiani avrà più di 65 anni; il 32 per cento di questi avrà gravi patologie croniche e multimorbilità; 10,2 milioni di persone vivranno da sole... Tutto questo senza parlare delle risorse, ancorate ad un sei per cento circa del Pil che troppi economisti ci dicono essere un modo insufficiente di valutarne l'adeguatezza.

E allora? Che fare? I manager delle aziende pubbliche italiane da tempo hanno condiviso la necessità urgente di cambiare rotta: serve un riposizionamento degli assetti regolatori e gestionali-organizzativi in grado di restituire al nostro sistema la capacità di preservare i suoi principi fondamentali: garantendo la domanda, programmando l'offerta e valutando gli esiti. L'universalismo del nostro sistema sanitario ha infatti evidenziato da tempo il suo essere ormai selettivo, e un esempio tra molti lo dimostra. La metà delle visite specialistiche ed un terzo della

diagnostica ambulatoriale sono oggi pagate privatamente - a formare una parte di quei circa 40 miliardi di spesa "out of pocket" che rappresenta poco meno di un quarto dell'intera spesa sanitaria del Paese - e nel contempo sono il frutto di un disorganico percorso prescrittivo, che evidenzia inappropriata e frammentazione di ruoli e responsabilità. Da questo indicatore emerge come non sia più possibile garantire risposte uguali a tutti, nella logica di rispondere a singole domande isolate.

Una possibile soluzione potrebbe essere il passaggio da un modello fondato sulle prestazioni ed il loro rimborso a drg/tariffa, ad uno basato sui percorsi di cura e sul valore degli esiti, riunendo tutte le risorse in campo ed integrando gli erogatori pubblici e privati per offrire risposte eque ed appropriate ai bisogni di salute dei cittadini, senza differenze di accesso né di qualità. E nel contempo, definendo in base ai bisogni della popolazione i contenuti sociosanitari da offrire: questa traiettoria - definizione della spesa e



rinnovamento dei setting erogativi con la loro relativa modellistica - renderebbe più sostenibile il sistema e contestualmente efficacemente applicabile anche il Pnrr.

Le coordinate di questa nuova rotta non possono non comprendere le risorse, le regole e i ruoli e le responsabilità, ad ogni livello. La progressiva carenza delle risorse (demografiche, per l'invecchiamento ed economiche, per la contrazione delle risorse disponibili e l'aumento dei costi di produzione) ed il contestuale aumento dei bisogni di salute (pro spettanza di vita, per l'innovazione...) rappresentano ormai una evidenza di crisi di tenuta del sistema in tutte le direzioni.

Nel recente Rapporto Oasi del Cergas Bocconi, si evidenzia come le differenze regionali tra i servizi sociosanitari indichino livelli ormai insostenibili di erogabilità al Nord, mentre restano ancora in equilibrio le regioni del Centro-Sud, che però erogano meno servizi. Nel 2020 nel nostro sistema sanitario il 56% degli operatori aveva più di 55 anni, con una carenza oggi di circa trentamila medici e più di sessantamila infermieri. Una crisi che viene da lontano, e che la pandemia ha esacerbato, chiedendo sempre di più a sempre meno persone. Il paradosso indica la centralità del recupero della dimensione motivazionale, di valorizzazione lavorativa e retributiva dei professionisti del servizio sanitario nazionale. E questo potrebbe essere possibile già con poche azioni: sulle regole (abolire il tetto spesa del 2004 sulle nuove assunzioni), normando la possibilità di svolgere libera professione interna per la propria azienda, e valorizzando le competenze e le attività svolte.

Su *Lancet* poche settimane fa Hans Kluge, direttore di Oms Europa, spiegava che la crisi del personale è di dimensione continentale, e «poggia essenzialmente su una crisi del lavoro, di salute mentale, educativa, di parità di genere e di investimenti finanziari». Se questa diagnosi è facilmente condivisibile, sono altrettanto interessanti le proposte di possibili terapie: «mantenere il personale - migliorando le condizioni di lavoro - per reclutare efficacemente; ottimizzare le prestazioni per massimizzare le risorse limitate; costruire l'offerta, adeguando istruzione e formazione; pianificare e investire - migliorando i sistemi informativi e in aeree a valore aggiunto». Ed in particolare - come ricorda Elio Borgonovi, fondatore della SdA Cergas Bocconi - nell'area del *middle management*, passando da un modello «obblighi-vincoli-controlli-sanzioni» ad uno «autonomia-responsabilizzazione-valutazione risultati».

Da qui, e non solo, l'esigenza di una grande riforma culturale del nostro sistema sanitario, che possa così continuare a rispondere ai bisogni di salute - e quindi di dignità - dei cittadini, specialmente delle persone fragili e con cronicità. Una riforma declinata anche in regole, talvolta semplificate, talora innovative. Non si tratta di inseguire la prestazione prescrivibile a richiesta (in specie se non correlabile ad una produzione possibile), aumentando senza fine le liste di attesa (e se fossero di persone troppo «curate», e nessuno inseguisse chi è invece «trascurato» dal punto di vista sanitario?) con una ingiustificata variabilità tra pazienti cronici e territori omogenei, ma di ridisegnare il processo di presa in carico multidimensionale e multiprofessionale, costruendo un continuum di cure e assistenza con i relativi budget di salute.

Passare da un modello quantitativo a rimborso prestazionale ad uno qualitativo fondato sul valore degli esiti di salute, differente da paziente a paziente, non è però assolutamente semplice: richiede tra l'altro un largo uso di dati validati, piattaforme informatiche aperte, cambio di

procedure amministrative e compliance degli operatori. Ma rappresenta altresì una valida risposta di sostenibilità di sistema, definendo un rapporto più favorevole costi/benefici ed una medicina sempre più personalizzata.

D'altro canto innovazione e digitalizzazione, ricerca e formazione possono essere i fattori trainanti di una trasformazione sostenibile del nostro Ssn e dei suoi assetti organizzativi, che nell'iniezione strutturale di risorse del Pnrr vive una congiuntura favorevole unica. Si pensi - per fare un solo esempio - alla concreta agibilità della realizzazione delle case e degli ospedali di comunità, e quindi alla necessità finalmente ineludibile di una reale integrazione socio-sanitaria e fra ospedale e territorio. Sin dalla fase di progettazione e costruzione dei modelli organizzativi ed esecutivi servono però regole attuative semplici e sostenibili, e le risorse umane sufficienti, competenti e formate per realizzarle e renderle operative.

Abbiamo parallelamente bisogno ancora di una responsabilità sempre più esplicitata e condivisa a livello di sistema, e di costruire un modello di partecipazione attiva di tutti gli stakeholders che sia in grado di prendersi carico nel proprio singolo ruolo di tutto il percorso, secondo un modello di «costruzione di comunità». Il contesto della «comunità ospitale» si può così realizzare e sviluppare in tutte le modalità di presa in cura: dal domicilio alle residenze per non autosufficienti, dai servizi socio sanitari del territorio fino all'ospedale. È proprio qui che da sempre si esprime il senso pieno del prendersi cura: dei poveri e dei pellegrini un tempo, degli inguaribili e dei malati in generale più avanti, delle cure per acuti e di alta complessità oggi, sino alle frontiere dell'innovazione nei farmaci, nella tecnologia, nell'intelligenza artificiale...

Resta però dirimente la centralità dell'umano in tutto questo: mantenere al centro l'accoglienza della persona in tutte le sue espressioni: di paziente, familiare e caregiver, di operatore e decisore. Perché, così facendo, «la Sanità del futuro non sarà soltanto tecnologica, digitale e smart, ma riuscirà ad essere essenzialmente umana», come ricorda Marco Doldi, docente di teologia morale e bioetica. La pandemia ci ha insegnato che nulla dovrà essere più come prima: e lo abbiamo vissuto personalmente, gestendo il tempo dell'emergenza e poi della campagna vaccinale con tempestività, flessibilità, creatività. Oggi viene richiesto nuovamente un surplus di iniziativa, per dare un futuro al nostro servizio sanitario nazionale, ma al tempo stesso per dare risposte di salute qui ed ora ai nostri cittadini: siamo tutti chiamati a rispondere, perché anticipare il futuro significa anche non essere in ritardo sul presente.

**Vicepresidente Fiaso
Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere**