

«Una concorrenza qualitativa riduce i costi»

Medici e ospedali non devono salutare i loro pazienti alla porta, bensì preoccuparsi di come essi si sentano alla fine di tutto il loro trattamento. Questo è ciò che richiede Elizabeth Teisberg, professoressa presso la University of Virginia, esperta di questioni concernenti la salute. **Urs P. Gasche**

La signora Teisberg sa che il sistema sanitario statunitense non ha una buona fama. Molti di noi, proprio per questo motivo, dubitano che un maggior grado di concorrenza nelle cure sanitarie sia opportuno.

Elizabeth Teisberg: In effetti, gli Stati Uniti non sono un modello. Un cittadino statunitense su sette non è per niente assicurato. In secondo luogo, la concorrenza si sviluppa nell'ambito di regole del gioco fondamentalmente errate e perciò non adempie al suo scopo. Negli Stati Uniti si ha un «girare a vuoto», come pure mancanze ed errori in diagnosi, medicinali e trattamenti, pari a quelli che vediamo in Svizzera. È necessario un cambiamento radicale della strategia. Che si tratti di regole del gioco per quanto riguarda la concorrenza o di regolamentazioni decise dallo Stato, tutto ciò deve essere orientato verso un unico obiettivo: i pazienti e le pazienti devono tornare sani prima possibile e in maniera duratura, oppure bisogna far sì che essi riescano a gestire il meglio possibile le loro malattie croniche, e che esse non peggiorino...

Beh, tutti dicono che l'importante è il bene delle pazienti e dei pazienti...

...ma nessuno sa quali ospedali e quali medici siano i migliori. Si potrebbe verificare

dai risultati dei trattamenti come le differenze siano enormi: periodi di riabilitazione molto più lunghi e danni che permangono più a lungo. È facile sostenere che si ottengono risultati eccezionali quando non si misurano e confrontano mai questi risultati. I medici devono dare il buon esempio e creare la necessaria trasparenza. Non appena fossero note le grandi differenze qualitative, non le si tollererebbero più. La trasparenza è il maggiore stimolo che permette di ottenere i migliori risultati per tutti i pazienti.

Alcuni medici affermano che ogni paziente sia diverso dall'altro e che la medicina sia un'arte nella quale non si possano misurare i risultati in maniera obiettiva.

Dietro tutto ciò si nasconde la paura che si confrontino criteri diversi, che i dati non siano rappresentativi o che non si tenga conto dei diversi stati di salute dei pazienti. Ciò deve naturalmente essere garantito. E nulla può giustificare il fatto che ospedali e medici non rendano pubbliche le frequenze di determinati interventi. Anche gli ospedali più piccoli potrebbero dimostrare di essere migliori nel trattamento di talune malattie rispetto agli ospedali più grandi. È scientificamente provato che la specializzazione, la routine e l'esperienza di team di medici e in-

fermieri può migliorare i risultati in misura notevole.

Di quali confronti qualitativi possono già beneficiare i pazienti?

Dopo che lo Stato di New York ha deciso di confrontare e pubblicare il numero di decessi dopo operazioni di bypass al cuore, quattro anni dopo si è avuta una diminuzione del 41% dei decessi dei pazienti. Nel frattempo, le associazioni professionali dei chirurghi cardiaci hanno raffinato ulteriormente i metodi di comparazione, applicandoli anche su altre operazioni al cuore e imparando molto.

Ci sono stimoli in questo senso anche in Svizzera?

Già nel 1985 i chirurghi hanno fondato a Davos una fondazione denominata «AO». Essa ha definito oltre 150 indicatori di risultato per il trattamento delle lesioni ossee. La valutazione dei dati ha portato a miglioramenti negli ambiti della chirurgia degli infortuni e dei trattamenti della schiena. Ne hanno approfittato i pazienti, ma anche i produttori di mezzi ausiliari medici. La Fondazione AO, però, non ha reso pubblici dati definitivi comparabili.

Un'altra iniziativa svizzera: in parecchi Cantoni l'associazione Outcome ha cercato



«La trasparenza è il maggiore stimolo che permette di ottenere i migliori risultati per tutti i pazienti.»

di capire se i pazienti nei reparti intensivi ricevono la diagnosi corretta. La quota di errori era in certi casi notevole. Da allora, per le prime diagnosi raramente sono responsabili gli assistenti, bensì sempre più spesso i primari e i medici principali.

Da noi, i pazienti spesso vogliono recarsi in un ospedale il più vicino possibile al loro luogo di domicilio e molto mal volentieri in un altro Cantone. Lo fanno solo perché credono che gli ospedali siano tutti del medesimo livello. Se sapessero che in un ospedale più lontano ci fossero molti meno casi di decesso, infezioni e altre complicazioni, e che potrebbero molto più rapidamente ritornare al loro posto di lavoro o gestire nuovamente da soli la loro economia domestica, allora preferirebbero senz'altro un ospedale più lontano. I colpi apoplettici, ad esempio, sono la motivazione principale di disabilità fisiche croni-

che o di lunga durata. In questi casi spesso è decisivo il team dell'ospedale e può essere molto rischioso scegliere semplicemente l'ospedale più vicino.

Proprio la riabilitazione dopo la degenza ha spesso la medesima importanza dell'operazione, quando non una maggiore.

Per questo motivo è importante valutare bene lo stato di salute al momento del ricovero. Se i risultati venissero misurati al termine del processo di trattamento, si scoprirebbe rapidamente, per esempio, che le istanze «intermedie» nelle cure, ad esempio fra l'ospedale e il successivo trattamento ambulatoriale, sono quelle dove più spesso si verificano errori e ritardi nel processo di cura. Proprio a questo livello si ha la maggior parte di incertezze nella ripartizione dei costi, e l'interesse del paziente non pare essere una priorità. Una seconda importante fase della riforma dovrebbe perciò consistere nel fatto che la cura medica venga organizzata in base alle anamnesi dei pazienti e non, come oggi, in base ai criteri di «stazionario» e «ambulatoriale», oppure in base alle specializzazioni mediche. I medici sostengono sempre che i pazienti sono in primo piano, ma da ciò non hanno ancora tratto le ovvie conseguenze.

Elizabeth Teisberg

Ha concluso la sua formazione alla Stanford University ed è oggi professoressa presso il Darden Graduate School of Business dell'University of Virginia. Si è specializzata su questioni concernenti il sistema sanitario pubblico e ha già ricevuto molti premi. Le sue proposte rappresentano un modello per le riforme che Barack Obama intende intraprendere.

Urs P. Gasche

è giornalista e il suo campo principale è la salute. In passato ha diretto la trasmissione per i consumatori «Kassensturz» della Televisione Svizzera.

Punti di vista di politica sanitaria della CSS

➤ www.css.ch/politica