

NON C'È BUONA MEDICINA SENZA ORGANIZZAZIONE

La variabilità degli esiti clinici

dipende solo in parte

dalla disponibilità di farmaci

e tecnologie innovative

Certe differenze si spiegano

anche con la capacità, o meno,

di lavorare in team

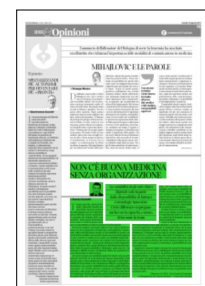
di **Americo Cicchetti***

Terapie geniche, farmaci biologici, dispositivi medici impiantabili, chirurgia robotica fino alla digitalizzazione e all'intelligenza artificiale, stanno cambiando lo scenario nel sistema delle cure mediche. Tutta questa innovazione ha un costo e ci si trova spesso a parlare di sostenibilità dei sistemi sanitari a livello globale.

Il Servizio sanitario nazionale italiano è tra i pochi a livello europeo ad aver mantenuto un'impronta universalistica («tutto a tutti, dalla culla alla bara») anche se l'accessibilità ai servizi, ma anche la loro qualità, conosce alti e bassi a seconda delle Regioni in cui ci si trova. In realtà, a ben vedere, la variabilità degli esiti – testimoniata anche quest'anno dai risultati del Programma Nazionale Esiti di Agenas - esiste anche all'interno della singola Regione e, qualche volta, anche all'interno della stessa azienda sanitaria. Parte di questa variabilità è fisiologica, parte non lo è. Ad esempio è difficile trovare correlazioni chiare tra quantità di risorse disponibili ed esiti di salute.

In buona sostanza la variabilità degli esiti clinici solo in parte dipende dal livello di innovatività dei farmaci disponibili, dalla presenza più o meno massiccia di robot chirurgici o dalla disponibilità di bravi medici, che è abbastanza diffusa. La spiegazione alternativa è che questa variabilità risieda nella qualità dell'organizzazione. Un recente articolo comparso sul *British Medical Journal* (n. 365/2019) offre una revisione di un'ampia letteratura che testimonia l'importanza della qualità dell'organizzazione per la qualità delle cure. Gli studi sono impietosi da questo punto di vista. Nei tumori testa-collo, ad esempio, una ricerca comparso sul *British Journal of Cancer*, già nel 2011 mostra come la probabilità di sopravvivenza a 4 anni dalla diagnosi passa dal 25 per cento a quasi il 50 per cento per quei pazienti che a parità di condizioni sono stati seguiti da un team multidisciplinare.

In Italia il lavoro in team, soprattutto in oncologia, si sta diffonden-



do rapidamente anche se, purtroppo, a macchia di leopardo, senza un preciso gradiente.

Grazie al Decreto Ministeriale 70 del 2015 le Regioni sono oggi chiamate a costruire reti cliniche e percorsi diagnostico terapeutici (i cosiddetti PDTA) che in qualche modo spingono a lavorare insieme. Ma evidentemente non è abbastanza. Purtroppo ancora oggi la «buona organizzazione» non è un LEA, ovvero un livello essenziale di assistenza. È come dire che pur esistendo un diritto costituzionale alla tutela della salute, non esiste un diritto a che questa tutela avvenga in un contesto organizzativo in grado di aumentare la probabilità di avere una buona cura.

Qualcuno è corso ai ripari in Europa. Da 15 anni in Francia grazie al Plan Cancer 2003-2007 è obbligatorio che il percorso clinico di una persona con un cancro sia gestita nell'ambito di un team multidisciplinare. L'erogazione dei costosissimi farmaci oncologici da parte del farmacista dell'ospedale è condizionata da una valutazione multidisciplinare che assicura il giusto percorso di cura e la scelta della terapia più appropriata in una visione olistica dei bisogni del paziente, come persona. Sinceramente non credo basti un obbligo di legge per cambiare le cose, ma potrebbe essere un buon inizio.

**Direttore ALTEMS, Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari – [Università Cattolica](#)*

