

Le chiavi sono prevenzione e collaborazione con il territorio

Sanità e società/2

Giorgio Vittadini

La tutela della salute, sancita dall'articolo 32, è l'unico diritto espressamente qualificato come fondamentale della Costituzione italiana. Ma basta analizzare l'attuale situazione del sistema sanitario, per rendersi conto che onorare il dettato costituzionale oggi significa promuovere una nuova visione e una nuova organizzazione. Lo Stato che interviene con la sua offerta di assistenza al cittadino ammalato, oggi si trova di fronte a una realtà del Paese completamente diversa rispetto a quando fu scritta la Costituzione e al 1978 quando fu varato il Sistema sanitario nazionale. Il cosiddetto "inverno demografico" e un generale invecchiamento della popolazione, che ricorre più frequentemente alle cure, in un quadro economico dove cresce il debito pubblico, già da adesso, sta mettendo lo Stato nelle condizioni di rispondere in modo non adeguato al problema dell'assistenza sanitaria di tutti gli italiani. Una situazione del genere non è grave solo per il benessere dei singoli individui, ma anche per la tenuta e la coesione sociale, e per lo sviluppo economico del Paese. Da tempo in Italia si discute di una riforma della sanità, per continuare a garantirne la sostenibilità, migliorare la sua efficacia e renderlo meno iniquo e più universale. Uno dei criteri fondamentali di una riforma dovrebbe essere la presa in carica del paziente, cioè un'assistenza continuativa e integrata che organizzi e coordini tutti i servizi sanitari, ad esempio, superando la frammentazione tra medicina di base e ospedalizzazione e l'approccio basato sull'offerta dei servizi anziché sul percorso di cura. L'esperienza della pandemia ha insegnato in modo irreversibile che il problema della salute pubblica può essere affrontato solo con il rafforzamento della rete territoriale. Per comprendere l'importanza di una presa in carico organica del paziente occorre guardare l'efficacia della prevenzione che ne deriverebbe. Esistono a questo riguardo numerosi studi. Uno di questi, curato da Francesco Mosconi, della Cà Foscari University e Brumel University di Londra ed Elisa Tosetti, dell'Università di

Padova, documenta che un aumento del 10% nella spesa farmaceutica e più esami di laboratorio e ambulatoriali, nei 12 mesi antecedenti il ricovero, si traduce in una riduzione della mortalità ospedaliera per infarto dal 2,7 al 3 per cento. In cifre più chiare: una gestione di visite preventive corrette potrebbe ridurre i decessi di 2500 ogni anno su una media di 82.900 ricoverati per infarto (lo studio considera l'arco temporale tra il 2007 e il 2022). La prevenzione diventa così un investimento più che efficace per la salute pubblica, in grado anche di ridurre l'onere economico.

Un'altra ricerca di estremo interesse per comprendere l'importanza di un approccio globale di presa in carico del paziente è quella curata da Paolo Berta e Sara Muzzi, dell'Università di Milano Bicocca, che hanno definito un nuovo paradigma nello studio dell'invecchiamento per capire che cosa accade agli anziani dopo un ricovero in fase di dimissione ospedaliera.

Lo studio si situa all'interno del progetto Pnrr Age-ing e mostra che per garantire un'adeguata continuità delle cure sarebbe necessaria una pianificazione efficace della dimissione del paziente.

Infatti, i pazienti dimessi e mandati direttamente a domicilio lasciano l'ospedale più rapidamente (8 giorni) di chi segue percorsi alternativi di dimissioni, che tende a rimanere in media 10 giorni, a causa della complessità organizzativa. In altre parole, l'efficienza ospedaliera peggiora quando la dimissione non è fatta verso il domicilio. Tali differenze persistono anche dopo aver confrontato pazienti con le stesse



Peso: 21%

caratteristiche, confermando che non si tratta di casi estremi, ma di un problema strutturale. Anche in questo caso un rafforzamento della collaborazione tra ospedali e servizi territoriali di tipo sanitario, ma anche sociale, può portare a soluzioni ottimali perché permette una migliore cura delle persone che poi sono il vero “cuore del problema” di una sanità pubblica universale. I due esempi mostrati indicano in generale quanto la prevenzione e collaborazione tra

ospedali e entità territoriali diventeranno una strada obbligata.

Presidente Fondazione per la Sussidiarietà

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Peso: 21%