

Il valore delle cure chirurgiche

Il risultato di un'assistenza comprensiva, equa, basata su prove

In una visione tradizionale il concetto di valore di un atto chirurgico può essere identificato in uno schema piuttosto semplice. La sequenza chirurgo→paziente→malattia vede i due poli di contrapposizione, chirurgo e malattia, intermediati dal paziente che appare strettamente oggettualizzato. Il paziente viene identificato con la sua malattia (è entrato in reparto il cancro dello stomaco?), ed è strumento, spesso inconsapevole, di una battaglia che si svolge su di un altro piano. La percezione del valore era percezione dell'atto in sé, a prescindere dal risultato. Questo atteggiamento ha portato da un lato ad un forte progresso della chirurgia, in quanto la competizione tra le grandi scuole portava allo sviluppo di interventi sempre più audaci, la cui esecuzione conferiva prestigio al maestro. Dall'altra parte ha escluso per molto tempo una corretta valutazione di esito dell'intervento, consentendo di fatto l'introduzione di procedure spesso di alto valore terapeutico, ma in molti casi anche di non valutabile e non controllata efficacia.

ri. Nei fatti, però, un sistema che era stato ideato negli Stati Uniti come tariffario di rimborso di prestazioni, e con questo intento mutuato in altri Paesi, tra cui l'Italia, ha trovato questo tipo di applicazione solo per le strutture private accreditate dal SSN e per le Aziende Ospedaliere-Universitarie che vengono rimborsate "a produzione" (non tutte). Per tutte le altre strutture si è trasformato in un classificatore di complessità che, al massimo, può servire a giustificare la distribuzione di fondi regionali nelle quote capitarie. Sono pertanto emersi fenomeni distorsivi quasi sempre in senso opportunistico: in alcune aziende private i DRG sono stati "gonfiati" ad arte per ottenere maggiori rimborsi; nelle aziende pubbliche si è assistito alla caccia al DRG più premiante, col risultato, in tempo di grave crisi economica, da un lato, di precludere l'accesso alle cure ai pazienti portatori di patologie con DRG più leggero, dall'altro, di privilegiare procedure di alto costo ("eccellenza"!!), che spesso non trovano equilibrio finanziario nella pur elevata tariffa DRG correlata.



Luigi Presenti

Direttore della S. C. di Chirurgia generale Presidio ospedaliero di Olbia

Presidente del Collegio Italiano dei Chirurghi

Ci troviamo dunque di fronte ad un valore oggettivabile in termini di "peso" della prestazione, con tutte le distorsioni cui abbiamo accennato, e ad un **valore percepito**, con differenti prospettive: il paziente, che oggi valorizza molto il "prendersi cura", cioè la

chirurgo paziente malattia

A partire dagli anni '80 il quadro è progressivamente mutato, non nel senso di uno stravolgimento dello schema che abbiamo descritto, ma per una serie di fenomeni di sovrapposizione. Ognuno degli elementi dello schema ha subito drastiche modificazioni. Soprattutto nei paesi ad assistenza diffusa universalistica, il chirurgo passa da "eroe solitario" ad elemento di sistema. La malattia è diventata un'entità molto più complessa: la malattia "chirurgica" è sempre più oggetto di trattamenti multidisciplinari, improntati a Protocolli Diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA), linee guida, criteri di appropriatezza clinica. Soprattutto il paziente è divenuto, da oggetto, protagonista centrale del processo di cura, in un percorso di "empowerment" che ne prevede la consapevole accettazione, la valutazione delle alternative, la verifica dell'esito.

In questo senso si è passati dal valore dell'atto chirurgico al valore della "prestazione" chirurgica. Nella Carta della qualità in chirurgia, elaborata alcuni anni fa da Cittadinanzattiva - Tribunale dei diritti del malato con la collaborazione dei Chirurghi dell'ACOI e dei Direttori aziendali aderenti a FIASO, erano elencati 54 punti di qualità. Le "richieste" qualificanti includevano criteri di accoglienza e dimissione, di informazione e consenso, di sicurezza e igiene, di organizzazione clinica ed innovazione tecnologica.

L'introduzione del sistema Diagnosis Related Groups (DRG) ha codificato il valore della prestazione sanitaria in termini finanzia-



capacità della struttura di assisterlo in tutte le fasi della sua malattia, il rispetto delle tempistiche previste, una corretta informazione su tutti gli aspetti del trattamento; la struttura stessa, che valorizza appropriatezza ed efficienza, quindi attenzione massima alle risorse impiegate; il professionista, che valorizza la possibilità di accesso alle tecnologie innovative, anche in relazione ad un "benchmarking" interno al sistema.

Qual è, dunque, una corretta misurazione del valore di una cura chirurgica? L'introduzione, abbastanza recente nel nostro Paese, della misurazione di esito (Programma Nazionale Esiti di Agenas) è stata certamente un cambio di rotta per sconfiggere l'autoreferenzialità imperante e portare prove di efficacia basate sull'evidenza. Non si deve certo creare una concorrenza interna al sistema, ma creare uno standard di assistenza uniforme che garantisca i migliori risultati clinici, tenendo certo conto delle risorse disponibili. **La qualità ha un costo, ma non è un costo.** Il valore sociale di un processo di cura si misura sulla capacità di garantire salute ai cittadini, in modo rigoroso ed uniforme. ▣

“ *La qualità ha un costo, ma non è un costo. Il valore sociale di un processo di cura si misura sulla capacità di garantire salute ai cittadini, in modo rigoroso ed uniforme.* ”