

La scelta del cambiamento oltre il piagnisteo. Tra visioni strategiche e azioni sensate.

Giusi Venuti (filosofa, bioeticista clinica cogitazioni@gmail.com)

La mia analisi prende le mosse dalla proposta teorica di due studiosi americani : Porter, Michael E., Thomas H. Lee. "The Strategy That Will Fix Health Care" pubblicata da Harvard Business Review 91, no. 10 (October 2013): 50–70 e tradotta in italiano da Andrea Farina (doctor of medicine Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Pavia, ASL Pavia) disponibile su https://www.researchgate.net/profile/Andrea_Farina7

Abstract

In health care, the days of business as usual are over. Around the world, every health care system is struggling with rising costs and uneven quality, despite the hard work of well-intentioned, well-trained clinicians. Health care leaders and policy makers have tried countless incremental fixes—attacking fraud, reducing errors, enforcing practice guidelines, making patients better "consumers," implementing electronic medical records—but none have had much impact. It's time for a fundamentally new strategy. At its core is maximizing value for patients: that is, achieving the best outcomes at the lowest cost. We must move away from a supply-driven health care system organized around what physicians do and toward a patient-centered system organized around what patients need. We must shift the focus from the volume and profitability of services provided—physician visits, hospitalizations, procedures, and tests—to the patient outcomes achieved. And we must replace today's fragmented system, in which every local provider offers a full range of services, with a system in which services for particular medical conditions are concentrated in health-delivery organizations and in the right locations to deliver high-value care. The strategy for moving to a high-value health care delivery system comprises six interdependent components: organizing around patients' medical conditions rather than physicians' medical specialties, measuring costs and outcomes for each patient, developing bundled prices for the full care cycle, integrating care across separate facilities, expanding geographic reach, and building an enabling IT platform. The transformation to value-based health care is well under way. Some organizations, such as the Cleveland Clinic and Germany's SchönKlinik, have undertaken large-scale changes involving multiple components of the value agenda. The result has been striking improvements in outcomes and efficiency, and growth in market share.

La proposta insiste su una questione che anche l'Italia sembra aver accolto da oltre un decennio. Bisogna promuovere una idea di medicina rinnovata negli effetti: riduzione dei costi e concreta risposta ai bisogni assistenziali dei pazienti. A fronte di medici ben formati (questo nella realtà americana) abbiamo bisogno di una nuova strategia. **Dobbiamo** organizzare meglio ciò che c'è massimizzando il valore per i pazienti: cioè, raggiungere il miglior risultato al minore costo.

Dobbiamo abbandonare un'assistenza sanitaria imperniata attorno all'offerta, organizzata attorno a "ciò che fanno i medici" e muoverci verso un sistema sanitario paziente-centrico organizzato attorno a ciò che il paziente necessita.

Dobbiamo distogliere l'attenzione dal volume e dal profitto dei servizi forniti (visite mediche, ricoveri ed esami) e spostarla sui risultati ottenuti con i pazienti.

Dobbiamo inoltre sostituire l'attuale sistema frammentato, in cui ogni erogatore sanitario offre una gamma completa di servizi, con un sistema in cui servizi per particolari condizioni mediche sono concentrate in organizzazioni sanitarie poste nel giusto luogo per fornire cure ad alto valore.

Compiere questa trasformazione non è un singolo passo ma una **strategia globale**. Noi la chiamiamo "l'agenda del valore (value agenda)". Essa comporterà una ristrutturazione nell'organizzazione, nella misurazione e nei rimborsi dell'assistenza sanitaria.

- ❖ La teoria proposta è immediatamente applicabile alla realtà che viviamo in Italia? La domanda che quindi mi pongo è: **Possiamo?**

Non credo, almeno stando a quello che vedo, non immediatamente ma solo con la **mediazione** del **concetto**. Il lavoro che da anni conduco negli ospedali e nelle Asl italiane mostra un panorama diverso:

- Le condizioni iniziali di partenza non sono ottimali: personale medico e sanitario non è formato e non è in grado di accogliere la nobiltà della teoria. Siamo fermi a ciò che Robert Hughes ha descritto come la **Cultura del piagnisteo**
- E' necessario un investimento culturale capace di ampliare le visioni e al tempo stesso approfondirle
- Perché ciò sia possibile bisogna implementare lo spazio della formazione: il punto è quale formazione? Bisogna smettere di lavorare sull'urgenza per delineare percorsi continuativi in cui la nobiltà teorica entri nelle viscere e si faccia lavoro quotidiano
- È necessario lavorare sulle parole e sulla grammatica delle emozioni
- Cosa intendiamo per cambiamento in sanità? Che cosa deve cambiare, perché? in vista di cosa? Chi sono gli agenti del cambiamento? quali prerequisiti hanno? Li hanno?
- Si può fare il cambiamento? Sì, ma io- a queste condizioni-**preferirei di no**, altrimenti il dono teorico rischia di tramutarsi in danno pratico (vaso di Pandora).
- Riabilitare il ruolo deisoggetti della scelta del cambiamento per migliorare l'assetto delle istituzioni. L'istituzione, per sua natura, deve star ferma (altrimenti non può garantire stabilità, non solo deve anche difenderla da attacchi eretici) sono i soggetti che devono imparare a cambiare e a interfacciarsi con ciò che sta e a fornire ragioni intorno a ciò che deve cambiare nel tempo.
- Riabilitare l'etica delle virtù (forzezza, prudenza, temperanza, giustizia) così da riportare la smania di curiosità che accompagna ogni ansia del nuovo in vista delle "migliori sorti e progressive"(passione-piacere)ad un luogo che più serio rispetto alla liquidità della condizione esistenziale che tutti viviamo: cura per l'umano nel tempo e nello spazio che ci è toccato in sorte. Lavorare perché le passioni non siano ciò che ci agita e da cui siamo sospinti in modo inerziale ma ciò che muovendoci e scaldandoci faccia da carburante alla nostra capacità di pensare e di ragionare a "bocce ferme" e a "mente fredda" (Tutti gli uomini per natura desiderano sapere ... Aristotele, Metafisica)
- In-sistere su una virtù dimenticata e fuori moda: la perseveranza.
- Necessità di star fermi.Per uscire dalle "visioni piccole" che fagocitano ogni interesse per il bene comune e per lasciarsi attraversare dalla nobiltà teorica delle visioni strategiche è necessario stare nella difficoltà e nella tristezza di questo tempo in-fermo, malato (eccesso di piacere, passaggio dalla medicina dei bisogni alla medicina dei desideri...)e imparare a stare fermi e a curarci di ciò che c'è, senza angoscia (di morte) ma con rinnovati gesti di attenzione capaci di onorare e di cantare la vita che siamo.
- Riabilitare l'arte femminile della mediazione dei processi. Senza travaglio niente nasce. Se è importante lavorare per eliminare la violenza dai luoghi di cura è altrettanto fondamentale non dimenticare che senza una dose di sofferenza e di sacrificio niente accade.