

✘Alessandro Militello

La soluzione per ridurre gli accessi al pronto soccorso (e i ricoveri ospedalieri) non è tanto, e non solo, prendersi cura dei gruppi ad altissimo rischio di ospedalizzazione, quanto prevenire-rallentare l'evoluzione delle malattie croniche.

Siamo sulla strada giusta per ridurre i ricoveri in emergenza? **E se avessimo sbagliato a puntare sui gruppi di patologia per la riduzione dei ricoveri dal pronto soccorso?** È la domanda che si sono posti Martin Roland e Gary Abel in un recente articolo[1] apparso sul *BMJ*. I due ricercatori di Cambridge hanno analizzato la capacità e le potenzialità delle politiche che il NHS ha messo in atto sui gruppi ad alto rischio nella riduzione dei ricoveri in emergenza.

Le certezze, in quanto tali, difficilmente vengono messe in dubbio. **Tra queste indubbiamente vi è la convinzione, supportata da una produzione scientifica importante, che la riduzione dei ricoveri sia possibile grazie all'azione diretta del sistema delle cure primarie sui singoli soggetti a rischio.** Nel NHS, come in altri sistemi sanitari, sono state introdotte particolari misure di intervento nei soggetti ad alto rischio. Malati cronici, soggetti con multipli episodi di ricovero, persone esposte a particolari rischi sono stati inseriti in gruppi specifici verso i quali i sistemi sanitari hanno predisposto tutta una serie di misure d'iniziativa al fine di gestire l'evoluzione della cronicità, ridurre i tassi di ricovero (soprattutto in emergenza), con l'obiettivo di migliorarne la qualità della vita e al contempo contenere i costi complessivi di sistema.

Secondo gli autori questo approccio per la riduzione dei ricoveri in emergenza presenta alcune debolezze concettuali.

Una prima debolezza è tutta nella difficoltà, essenzialmente numerica, di **incidere su un tasso dell'intera popolazione agendo solo su sottogruppi numericamente ristretti.** Nell'ipotesi di voler ridurre il tasso di ricovero in emergenza del 10% attraverso un intervento su un gruppo ad altissimo rischio (0,5% della popolazione) o ad alto rischio (4,5% della popolazione) i ricoveri dei due gruppi dovrebbero ridursi rispettivamente del 107,5% (irrealizzabile) e del 40,4%. Ipotesi in quest'ultimo caso poco sostenibile anche solo considerando le risorse necessarie a garantire un numero sufficiente di interventi che, tradotto, comporterebbe per il NHS un numero di **Community matron**[2] (infermieri di comunità, che assicurano l'assistenza e le funzioni di case manager per pazienti con gravi difficoltà e cronici) elevato, circa 1/1,5 case manager per medico di base.

Una seconda debolezza concettuale, questa volta statistica, è la sottovalutazione del **fenomeno della regressione verso la media**[3] ovvero nel fatto che, dato un sottogruppo costruito sulla base di una variabile che presenta valori estremi alla prima osservazione, tale variabile assumerà valori progressivamente meno estremi nelle misurazioni successive. Sempre sul BMJ [4] nel 2005, lo stesso Martin Roland ha mostrato come, selezionando un gruppo di soggetti ultrasessantacinquenni a rischio di ospedalizzazione che presentavano due o più casi di ricoveri in emergenza in un dato anno, il numero di ricoveri medi d'urgenza di quel gruppo si riduceva negli anni successivi fino al valore medio della popolazione ultrasessantacinquenne (vedi **Figura 1**).

Figura 1. Ricoveri d'urgenza per persona, in soggetti >65 anni. Tutti i soggetti e soggetti a rischio. Inghilterra. 1997-2003.



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Fonte: [4]

Un altro aspetto da considerare nella valutazione dell'impatto di questo tipo di politiche ha a che fare, secondo gli autori, con **l'interazione tra domanda e offerta**. Una ricerca del 2007[5] è giunta alla conclusione che gli interventi di case manager sugli anziani fragili non comportano riduzione dei ricoveri in emergenza, di riduzione di giorni di degenza né la riduzione dei tassi di mortalità. Più recentemente[6] uno studio su pazienti ad alto rischio arruolati nel sistema integrato di cura ha rilevato come il numero di ricoveri in emergenza è addirittura aumentato nonostante la convinzione, negli operatori intervistati, di aver evitato tali ricoveri. Una conclusione apparentemente sorprendente ma compatibile con un quadro teorico dove **è proprio l'offerta a determinare la domanda**; la medicina d'iniziativa garantisce un'offerta di nuovi ed innovativi servizi che le persone arruolate all'interno dei gruppi per patologia non hanno mai ricevuto e questo comporta una maggior capacità di scoprire 'problemi' (più o meno appropriati) con l'inevitabile conseguenza di una maggiore domanda di cura.

Tra le certezze messe in dubbio dagli autori vi è anche **la convinzione che ogni intervento sia utile e benefico**, che produca effetti positivi. Sarebbe quindi necessario porsi in un'ottica diversa valutando, prima dell'introduzione su larga scala di un'innovazione o di nuove misure, l'impatto che ne potrebbe derivare in termini di effetti collaterali. Stressare eccessivamente i medici di famiglia nella riduzione dei tassi di ospedalizzazione potrebbe determinare, per esempio, conseguenze negative non preventivate.

Insomma, nel caso dei ricoveri in emergenza è più facile vedere il problema che la causa e quindi la soluzione. Quello che è necessario, sembra essere l'invito degli autori, è un metodo che permetta di smascherare false certezze e che attraverso il dubbio, un dubbio metodologico alla Karl Popper, ci permetta di comprendere meglio e di scegliere gli interventi più adatti in funzione degli obiettivi dati.

Quale potrebbe essere quindi un approccio per migliorare la comprensione e l'implementazione di queste politiche? Gli autori concludono l'articolo con delle raccomandazioni:

1. Non assumere che la riduzione dei ricoveri in emergenza dei gruppi ad altro rischio sia dovuto agli interventi messi in atto;
2. Non credere che esista un livello 'corretto' di ospedalizzazione o di ricorso alle visite specialistiche. L'uso degli audit clinici potrebbe rendere i numeri maggiormente comprensibili aiutando a individuare le criticità nei processi di cura
3. Non pensare che un numero basso di ricoveri o di visite specialistiche sia necessariamente una cosa positiva. Medici con bassi tassi di prescrizione potrebbero essere pericolosi per i propri pazienti come gli alti tassi potrebbero indicare un uso inappropriato delle risorse
4. Mettere in atto solo interventi che sono basati sull'evidenza.

L'articolo fornisce indubbiamente un'interessante prospettiva di analisi che costringe il lettore a soffermarsi e a riflettere. Di certo, le politiche che possiamo includere in quella che chiamiamo "medicina d'iniziativa" permettono un miglioramento della qualità nella cura dei soggetti a rischio mentre sembrerebbe meno evidente che questo possa determinare un contenimento dei ricoveri in emergenza e quindi dei costi di sistema.

Ma la vera scommessa nella gestione dei pazienti cronici - secondo il modello del Chronic Care Model - non è tanto, e non solo, di prendersi cura dei gruppi ad altissimo rischio di ospedalizzazione, di coloro che sono portatori di bisogni assistenziali molto complessi e collocati nella punta della piramide (modello Kaiser Permanente, vedi Figura 2), quanto quella di prevenire-rallentare l'evoluzione della malattia nelle sue prime fasi, che garantirebbe non solo un indubbio miglioramento qualitativo della vita dei soggetti coinvolti, anche un contenimento dell'esplosione dei costi che un approccio "reattivo" (e non "proattivo") della cronicità potrebbe determinare.

Figura 2. Modello Kaiser Permanente



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Alessandro Militello, Azienda sanitaria USL 9 Grosseto.

Bibliografia

1. Roland and Abel. Reducing emergency admissions: are we on the right track?. BMJ (Clinical researched) 2012; 345: e6017
2. [Community matron](#). NHS careers
3. In uno studio del 1886, sull'ereditarietà delle caratteristiche dei genitori, Francis Galton mostrò come i figli più alti della media avevano genitori ancora più alti di loro e i figli più bassi della media avevano genitori ancora più bassi. In pratica l'altezza dei figli dei genitori più alti *regrediva* verso la media della popolazione.
4. Roland et al. [Follow up of people aged 65 and over with a history of emergency admissions: analysis of routine admission data](#). BMJ 2005; 330 (7486): 289-92
5. Gravelle et al. [Impact of case management \(Evercare\) on frail elderly patients: controlled before and after analysis of quantitative outcome data](#). BMJ 2007; 334 (7583): 31-7
6. Roland et al. Case management for at-risk elderly patients in the English integrated care pilots: observational study of staff and patient experience and secondary care utilisation. International Journal of Integrated Care 2012; 12 (5)