

 Gavino Maciocco

Il 30% degli interventi sanitari non porta alcun beneficio ai pazienti? Allora diamo un bel taglio alla spesa sanitaria. Ma la lotta agli sprechi invece di essere un *magic bullet* si rivelerà una pistola scarica se non sarà accompagnata da profonde trasformazioni del sistema, che rafforzino la continuità e il coordinamento delle cure, le relazioni di fiducia, il controllo sui provider e l'efficienza dei sistemi informativi.

Gutgeld: "Tagli sulla sanità, così risparmiamo dieci miliardi" (Intervista su *Repubblica* al capo della 'spending review', 26 luglio 2015). "Perché dico sì ai tagli sanitari. La ricetta per la sanità: evitare gli sprechi e finanziare la ricerca" (Articolo di Giuseppe Remuzzi sul *Corriere della Sera*, 3 agosto 2015. **In Risorse**).

L'idea di Remuzzi è che la spending review può essere l'occasione per rilanciare il Servizio sanitario nazionale partendo dall'etica di evitare gli sprechi. "Non possiamo permetterci interventi di nessun tipo per cui non ci sia nella letteratura medica evidenza di efficacia". A sostegno della sua posizione **Remuzzi rispolvera un articolo di Howard Brody**, pubblicato il 24 maggio del 2012 sul *New England Journal of Medicine (NEJM)*, dal titolo "**Dall'etica del razionamento all'etica di evitare gli sprechi**"[\[1\]](#), dove l'autore sostiene che "quello che si spende in interventi che non portano alcun beneficio agli ammalati arriva al 30% del budget e basterebbe evitare esami e interventi inutili per dare a tutti tutto quello che serve". Un argomento, questo del **30% della spesa sanitaria assorbito da prestazioni inutili o futili**, sostenuto, nello stesso periodo, anche dalla

campagna Choosing Wisely, promossa dall'American Board of Internal Medicine Foundation (e di cui anche questo blog ha a suo tempo parlato nel post [Da spending review a choosing wisely](#)).

Non la pensa così un altro editorialista del *NEJM*, Gregg Bloche[2], che (nello stesso numero della rivista) contesta l'idea che l'eliminazione di esami inutili possa produrre una significativa riduzione della spesa sanitaria. Infatti, afferma Bloche, **è facile dimostrare che un esame è inutile dopo che è stato fatto, molto più difficile stabilirlo nel momento della decisione clinica**. Se si vuole ridurre la spesa sanitaria - sostiene Bloche dopo aver fatto alcuni calcoli - è inevitabile ricorrere alla lettera "R", l'iniziale di Rationing (Razionamento). L'articolo s'intitola "Beyond the 'R Word'? Medicine's New Frugality": questa frugalità - nuova per gran parte degli Americani, ma non per tutti - significherà rinunciare a qualche beneficio terapeutico. Così conclude il suo intervento rivolto ai due partiti politici della nazione: "I Democratici e i Repubblicani devono trovarsi d'accordo nel dire agli Americani che noi non ci possiamo permettere tutte le cose che la medicina è in grado di fornire e che dobbiamo fare scelte dolorose tra l'assistenza sanitaria e altri bisogni. Se non sapremo fare questo, magari agitando la lettera R di fronte a un leader che parla in tutta franchezza di queste cose, un serio controllo dei costi sarà insostenibile".

La trilogia di articoli sul controllo della spesa sanitaria USA, confezionata dal *NEJM* nel numero di maggio 2012, si conclude con un contributo di David Blumental[3], che affronta il tema in una prospettiva molto diversa. **L'eccessiva e crescente spesa sanitaria americana ha tra le sue principali cause l'aumento della popolazione affetta da una o - frequentemente - da più malattie croniche**. I dati dicono che questi pazienti assorbono il 93% delle prescrizioni totali, il 96% delle visite domiciliari, e quasi l'80% delle visite mediche e dei ricoveri ospedalieri. Il 10% della popolazione americana - per lo più affetta da malattie croniche - consuma il 65% delle risorse sanitarie (vedi **Figura 1**). Questi pazienti sono anche coloro che maggiormente soffrono dei problemi di qualità e di sicurezza di cui è affetta la sanità americana.

Figura 1. Distribuzione della popolazione americana in relazione all'entità della spesa sanitaria. Anno 2009

✖ Cliccare
sull'immagine per
ingrandirla

La proposta di Blumental per far fronte all'eccesso di spesa e al deficit di qualità è quella di mettere in campo tre azioni e una strategia.

La prima azione è quella di **rafforzare e migliorare le cure primarie**, soprattutto negli aspetti relativi al coordinamento e continuità delle cure e della facilità nell'accesso ai servizi.

La seconda sta nella modalità di **finanziamento dei provider**, incentivando il contenimento della spesa, l'appropriatezza degli interventi e il miglioramento della qualità delle cure.

La terza nell'efficienza dei **sistemi informativi**. Il coordinamento dell'assistenza e la gestione della spesa dipende molto dal poter disporre in tempo reale di informazioni accurate e aggiornate sulla situazione dei pazienti nel punto dove vengono prese le decisioni.

La strategia consiste nel creare iniziative *community-based* che coinvolgano amministratori locali (*local payers*), provider e pazienti, per realizzare programmi mirati a contenere i costi e migliorare la qualità dell'assistenza.

A distanza di tre anni dalla pubblicazione dell'articolo sul *NEJM* si può dire che le idee di David Blumental - già medico di famiglia, attuale presidente del [Commonwealth Fund](#) e ascoltato consigliere di Obama - abbiano trovato una larga attuazione nelle politiche del governo, ottenendo i risultati attesi, come abbiamo recentemente riferito nel post [L'inconcepibile successo di Obama](#).

Parole chiave: la continuità delle cure e relazioni di fiducia


Il costante richiamo di David Blumenthal al coordinamento dell'assistenza e alla continuità delle cure come fondamentale strumento per contenere i costi, migliorare l'appropriatezza e la qualità delle cure, richiama il ragionamento di un altro autore (già citato in un precedente post [Un altro programma di governo della Sanità è possibile](#)): "I medici tutti i giorni temono di sbagliare una seria diagnosi e di far precipitare un loro paziente in una tragedia evitabile. Nelle nostre società sempre più punitive i medici temono di essere lapidati pubblicamente. Soprattutto i medici più giovani hanno paura dell'incertezza. Noi ordiniamo sempre più test per cercare, spesso invano, di essere sicuri di ciò che vediamo. È siccome temiamo che coloro che si trovano nel regno dei sani si trovino forse nel regno dei malati, noi continuamente deviamo le risorse dai malati ai sani, cosicché la sovradiagnosi è inevitabilmente legata al sottotrattamento di quelli già malati. La sovradiagnosi dei sani e il sottotrattamento dei malati sono le due facce della moderna medicina. □La paura dei pazienti alimenta la paura dei medici e viceversa; specialmente nei sistemi sanitari frammentati che non presidiano la continuità delle cure. È solo all'interno di relazioni di fiducia che queste paure possono essere contenute[4]".

L'autore dell'articolo è Iona Heath, medico di famiglia inglese ed editorialista del *BMJ*, che ha individuato chiaramente le parole chiave per contrastare sovradiagnosi e inappropriatazza, che sono "continuità delle cure" e "relazioni di fiducia". Ciò si realizza in un contesto in cui cadono le barriere tra i vari attori dell'assistenza, e c'è quindi la presa in carico di un paziente da parte di un team multidisciplinare, è facilitato il dialogo tra medico di famiglia e specialisti, e c'è condivisione tra diversi professionisti negli orientamenti diagnostici, terapeutici e assistenziali. In un contesto del genere si realizzano più facilmente anche le relazioni di fiducia col paziente, soprattutto se questo viene attivamente coinvolto nel processo di cura.

Conclusioni

Dopo anni di decrescita (infelice) - vedi **Figura 2** - la sanità italiana, nelle previsioni del responsabile della spending review, è destinata a subire ulteriori pesanti tagli.

Figura 2. Decrescita della spesa sanitaria italiana, a confronto con la crescita media dei paesi OCSE

 Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Se ci saranno i tagli (come probabile), ecco il “magic bullet” per annullarne gli effetti nocivi sull’assistenza ai cittadini: la lotta agli sprechi. Questa volta si fa sul serio e i medici lo dovranno capire con le buone o con le cattive.

Il dibattito che si è tenuto su il *NEJM* nel 2012 dimostra però che “l’etica di evitare gli sprechi” porta ben pochi frutti se non è accompagnata da profonde trasformazioni del sistema che introducano radicali innovazioni nella gestione delle malattie croniche, che rafforzino la continuità e il coordinamento delle cure, le relazioni di fiducia, il controllo sui provider e l’efficienza dei sistemi informativi.

I professionisti, pur con le loro responsabilità, non possono portare per intero il peso della lotta agli sprechi e all’inappropriatezza. **Una strategia che puntasse su ciò sarebbe semplicemente una pistola scarica.**

Risorse

1. Remuzzi G. [La ricetta per la sanità evitare gli sprechi e finanziare la ricerca](#). Corriere della Sera, 03.08.2015
2. Brody H. [From an Ethics of Rationing to an Ethics of Waste Avoidance](#) [PDF: 175 Kb]. N Engl J Med 2012; 366: 1949-51
3. Gregg Bloche M. [Beyond the “R Word”? Medicine’s New Frugality](#) [PDF: 96 Kb]. N Engl J Med 2012; 366: 1953-55
4. Blumenthal D. [Performance Improvement in Health Care — Seizing the Moment](#) [PDF: 105 Kb]. N Engl J Med 2012; 366: 1953-55

Bibliografia

1. Brody H. From an Ethics of Rationing to an Ethics of Waste Avoidance. *N Engl J Med* 2012; 366: 1949-51
2. Gregg Bloche M. Beyond the “R Word”? Medicine’s New Frugality. *N Engl J Med* 2012; 366: 1953-55
3. Blumenthal D. Performance Improvement in Health Care — Seizing the Moment. *N Engl J Med* 2012; 366: 1953-55
4. Heath I. Role of fear in overdiagnosis and overtreatment. *BMJ* 2014, 349: 19-21.