

Andrea Lopes Pegna

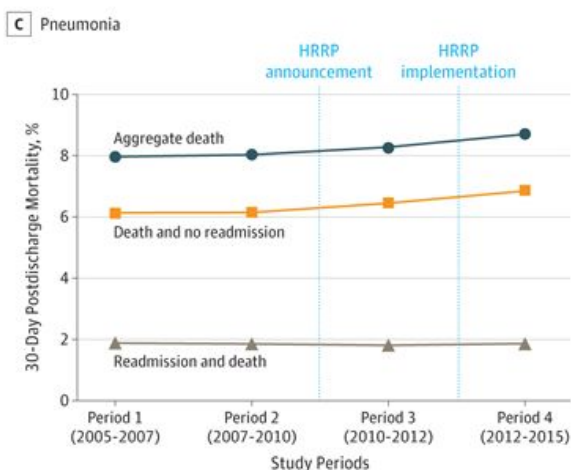
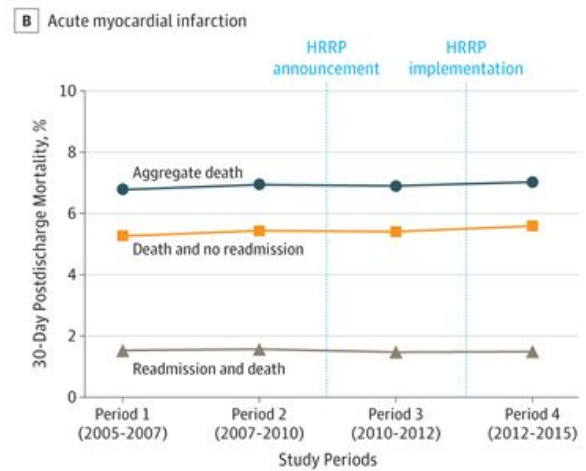
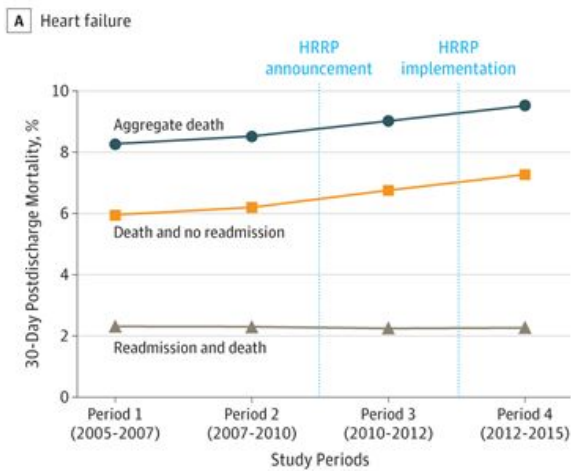
“Danni involontari associati al programma di riduzione delle riammissioni ospedaliere”. Questo il titolo di un articolo di *JAMA* che commenta i risultati di un programma attuato negli USA per contenere la spesa sanitaria. I “danni involontari” sono l’aumento della mortalità tra i pazienti affetti da insufficienza cardiaca e polmonite.

**Per contenere il continuo aumento delle spese in ambito sanitario, negli USA, a partire dal 2010, è stato attuato il programma HRRP (*Hospital Readmissions Reduction Program*) con lo scopo di ridurre i ricoveri ospedalieri ripetuti che avvengono entro 30 giorni dalla dimissione per alcune patologie. I risultati ottenuti per tre di queste (Insufficienza cardiaca, Infarto acuto del miocardio e polmonite) sono stati riportati dalla rivista *JAMA* con l’articolo originale di Rishi K. Wadhera e Coll.[1] accompagnato dall’editoriale “Danni involontari associati al programma di riduzione delle riammissioni ospedaliere” di Gregg C. Fonarow[2].**

**Per effetto del programma HRRP sono così diminuite le riammissioni** per le patologie bersaglio ma non in modo tale da evitare che, nell’anno fiscale 2018, l’80% degli ospedali soggetti sia stato egualmente penalizzato per non avere rispettato il programma per la cifra \$ 564 milioni a causa della diminuzione dei pagamenti da parte di Medicare[3]. È nata in più la preoccupazione che il programma HRRP abbia avuto involontarie conseguenze negative sulla cura del paziente e abbia aumentato la mortalità per queste patologie. **La possibile relazione tra l’aumento della mortalità per le tre patologie e la riduzione dei ricoveri ospedalieri ripetuti è stata così presa in esame dagli articoli di *JAMA*.** I risultati hanno in effetti evidenziato un significativo aumento della mortalità rispetto al passato, prima dell’applicazione del programma HRRP, per i soggetti affetti da insufficienza cardiaca e polmonite ma non per quelli affetti da infarto acuto del miocardio; è stato anche dimostrato che l’aumento generale della mortalità con decessi avvenuti entro 30 giorni dalla precedente dimissione ospedaliera, fosse principalmente dovuto a mancate riammissioni ospedaliere per queste patologie. Questi risultati vanno comunque considerati con cautela perché le ripercussioni si sono fatte sentire specialmente sugli ospedali dalle ridotte risorse e l’attuazione della HRRP non è risultata significativamente associata ad un aumento della mortalità entro 45 giorni dall’ammissione, rispetto alle tendenze precedenti.

**Figura 1 - Mortalità a 30 giorni dalla dimissione osservata per le condizioni**

**bersaglio prima Programma di Riduzione di Riammissioni Ospedaliere (HRRP) e dopo l'annuncio e l'attuazione di HRRP.**



**Per Fonarow l'incremento della mortalità potrebbe essere stato determinato da più fattori:**

- mancanza di indicazione basata sulle evidenze su come raggiungere in modo sicuro gli obiettivi preposti.
- Mancanza nel miglioramento nella continuità delle cure entro i primi 30 giorni dalla dimissione che avrebbe potuto ridurre i ritorni non pianificati all'ospedale.
- Inadeguatezza di strategie di triage per i reparti ospedalieri che avrebbe causato dimissioni dirette dai reparti di emergenza senza il dovuto passaggio ai reparti di degenza.
- Prolungato soggiorno nei reparti di osservazione senza che fosse avvenuto il ricovero nei reparti di degenza quando questo sarebbe stato indicato.
- Attenzione esclusiva alla riduzione delle riammissioni deviando l'attenzione e le risorse da altri sforzi di miglioramento della qualità e dalla sicurezza del paziente.

**Tutti questi punti, quantunque importanti non pesano però in modo sufficiente il fatto che l'aumento della mortalità riscontrato nello studio non si ripercuota sull'infarto del miocardio, ma sull'insufficienza cardiaca e sulla polmonite.** Mentre nel primo caso infatti il ricovero risponde alle esigenze del paziente acuto in situazione di emergenza, negli altri due casi risponde spesso alle esigenze di un paziente in età più avanzata e affetto da patologia cronica riacutizzata che porta all'ospedalizzazione. Proprio considerando questo secondo tipo di soggetti, credo che non si possa pensare di ridurre la spesa sanitaria chiudendo la porta dell'ospedale, considerata come una torre d'avorio, come stabilito col programma HRRP, ma è indispensabile tenere conto di quello che avviene al di fuori di esso e ai motivi che hanno portato all'ospedalizzazione ripetuta.

**Anche se ritengo che il nostro Servizio Sanitario Nazionale, rispetto alla realtà sanitaria statunitense, risponda forse meglio alle esigenze del cittadino specialmente se in età avanzata con patologie croniche, esiste purtroppo egualmente anche nella nostra realtà il problema della "solitudine sanitaria" e della mancata risposta ai suoi bisogni che trovano quotidianamente, come unica risposta, quella del ricovero ospedaliero.** Il ricovero è oggi molto attraente e più accettato di un tempo, quando era più presente un limite delle cure e non esisteva una medicina come quella attuale che si fa carico di risolvere in ogni modo i problemi medici anche con ambiziose soluzioni che possono essere sproporzionate alla persona che il medico si trova di fronte. Non è chiaro se l'attuale medicina ed in particolare quella del territorio abbia ancora le forze per far fronte ai bisogni delle persone anziane che sono in continuo aumento e con patologie sempre più complesse; a questo proposito basta pensare che molte neoplasie maligne, che una volta portavano rapidamente a morte, oggi possono consentire una durata di vita lunga di anni, diventando così anch'esse patologie croniche, che richiedono però da un lato crescenti risorse economiche e dall'altro crescenti competenze da parte del medico. **Per evitare l'affollarsi di ricoveri ospedalieri, più o meno opportuni, più o meno spontanei, va ripensata nel suo complesso una medicina che abbia come suo principale obiettivo quello del prendersi cura dell'ammalato e non solo della sua malattia e che consenta, se utile, anche l'abbattendo delle attuali barriere esistenti tra la medicina ospedaliera e la medicina del territorio e così come tra la medicina generale e quella specialistica.** Sandro Spinsanti col suo ultimo libro "La medicina salvata dalla conversazione"[\[4\]](#) pone il dito appunto sulle conseguenze di una medicina fatta di persone che non hanno più la possibilità reale di prendersi cura dell'ammalato, proprio perché, di fronte a bisogni sempre maggiori, viene loro dato lo strumento del PC e delle Linee Guida, senza più avere neppure il tempo e l'opportunità di guardare l'ammalato negli occhi e, soprattutto, senza più potere parlare con lui.

Vorrei concludere con il recente articolo **“Medici tedeschi: sono pelandroni - Ci vuole almeno un mese per avere un appuntamento”** di Roberto Giardina pubblicato recentemente su Italia Oggi.[5] **L'autore ci dice che, anche in Germania, in città non esistono più le visite a domicilio, riservate ormai solo a chi vive in campagna, che le visite ambulatoriali col medico della mutua si prendono solo su appuntamento con tempi di attesa che si sono prolungati da una settimana a 1 - 2 mesi**, con appena l'1-2% dei medici che, avendo sforato presto, con il sistema sanitario a punti, durante la settimana il tetto massimo di ore retribuite, non sono disposti a visitare nel fine settimana “gratuitamente”. L'Autore aggiunge così che «[...] In caso di necessità trovi di rado un medico disponibile, neppure se paghi privatamente. A chi si ammala fuori orario o nel giorno sbagliato non resta che andare al Pronto Soccorso che, come in Italia, è troppo affollato.». Ancora peggio, la risposta è stata quella di un sistema rigidamente burocratico che stabilisce quanti minuti si devono impiegare per eseguire un elettrocardiogramma e quanti per misurare la pressione, neanche un secondo per le “chiacchiere terapeutiche”. In diverse facoltà di Medicina tedesche, sono stati istituiti, pertanto, dei corsi appositi per medici di pronto intervento negli ospedali, per poter far fronte al crescente bisogno di accoglienza dell'ospedale e poter stabilire la necessità di un ricovero, ma «[...] ci vorranno anni prima che i dottori da pronto soccorso entrino in servizio e, comunque, si eviteranno diagnosi sbagliate, ma non si ridurrà il tempo di attesa». Non credo che la strada di aumentare le forze mediche del Pronto Soccorso sia quella da proporre, non solo perché, almeno come evidenziato dalla Anaao[6], nel nostro Paese se le cose rimangono così, tra sei anni mancheranno 4.180 medici di emergenza-urgenza, ma soprattutto perché si continuerà a pensare di curare solo la malattia e sempre meno la persona malata.

Andrea Lopes Pegna, Pneumologo, Bioeticista.

## Bibliografia

1. Wadhera RK, JoyntMaddox KE, Wasfy JH, et al. Association of the Hospital Readmissions Reduction Program With Mortality Among Medicare Beneficiaries Hospitalized for Heart Failure, Acute Myocardial Infarction, and Pneumonia. JAMA 2018;320(24):2542-2552
2. Fonarow GC. Unintended Harm Associated With the Hospital Readmissions Reduction Program. JAMA 2018; 320(24): 2539-2541
3. Centers for Medicare & Medicaid Services. [FY 2018 final rule and correction notice data files](#). Baltimore, MD: Centers for Medicare & Medicaid Services; 2018. Accessed November 14, 2018.

4. Spinsanti 2. La medicina salvata dalla conversazione. Ed. Il Pensiero Scientifico Editore, 2018
5. Giardina R. [Medici tedeschi: sono pelandroni - Ci vuole almeno un mese per avere un appuntamento](#). ItaliaOggi Giovedì 3 Gennaio 2019
6. Bocci M. [Dai medici di urgenza ai pediatri ecco gli introvabili in corsia](#). La Repubblica, Edizione del 02.01.2019