

Alla ricerca dell'appropriatezza perduta!

2015-09-14 10:09:29 Redazione SI



Marco Geddes

Finora in sanità i tagli sono stati lineari, abbiamo visto riduzioni e non riallocazioni, le strategie si sono poste solo obiettivi a breve termine, gli investimenti sono stati decurtati. Per ricercare l'appropriatezza non abbiamo bisogno tanto di una "revisione della spesa" ma di una "revisione della governance" nella sanità. A cominciare dalla formazione dei medici.

C'è una storiella romana. Una donna si confessa delle proprie maldicenze e, chiedendo al prete l'assoluzione, dichiara di voler rimediare. Il prete le dice di portargli una delle sue galline, spennandola nel non breve tragitto dalla casa alla chiesa. Una volta ricevuta la gallina il prete le dice di fare il percorso inverso raccogliendo le penne. "*Ma è impossibile*", esclama la donna. "*È come rimediare alla maldicenza*", risponde il prete.

Non vorrei dover applicare la stessa morale di questo racconto all'appropriatezza. **Per recuperare in misura estesa nell'ambito del servizio sanitario l'appropriatezza perduta (o non applicata) è indispensabile un lungo lavoro, un po' come ricercare le penne della gallina lungo il tragitto dalla chiesa alla casa.**

D'altronde è anni che, gufi e professori, nell'ambito di tante sedi e associazioni, quali [GIMBE](#), [Associazione Alessandro Liberati](#), [Agenzia regionale Emilia Romagna](#), [Istituto Mario Negri](#), richiamano l'attenzione dei

decisori su questo problema, **sollecitandoli a programmare l'offerta di mezzi diagnostici, incrementare un processo qualificato di Linee Guida, istituire un percorso più rigoroso sotto il profilo clinico** (e un monitoraggio dopo l'introduzione nella pratica) per l'autorizzazione all'immissione nel mercato di dispositivi diagnostici e terapeutici, finanziare la ricerca applicata e indipendente, volta a verificare diffusione ed efficacia di procedure.

Diciamolo chiaro: una lotta contro gli sprechi, finalizzata al miglioramento delle cure e (anche) a una più adeguata allocazione delle risorse, comporta un profondo coinvolgimento dei professionisti, una riflessione congiunta sul suo valore etico[1].

Tuttavia se si condivide in molti (almeno a parole) tale obiettivo, maggiori sono le diversificazioni sulla strategia da seguire.

La strategia governativa pare affidata sostanzialmente alla magica formula della “*spending review*”, la cui espressione inglese dovrebbe convincerci della accuratezza dell'operazione, della sua razionalità, della sua capacità di risolversi non in tagli – tantomeno lineari – ma in una accurata ridistribuzione delle (contenute) risorse destinate al sistema sanitario.

Può darsi che, come dice un vecchio proverbio toscano, “*il bisognino fa trottar la vecchia*”, e conseguentemente accada che, di fronte ad una riduzione delle risorse, queste vengano indirizzate verso le cure più efficaci, le modalità di gestione più efficienti, le fasce di popolazione più bisognose, la ricerca scientifica più qualificata e di maggior significato per la sanità pubblica. **Ma per ora non è così. I tagli sono stati lineari, abbiamo visto riduzioni e non riallocazioni, le strategie si sono poste solo obiettivi a breve termine, gli investimenti sono stati decurtati.**

Per ricercare l'appropriatezza non abbiamo bisogno tanto di una “*revisione della spesa*” ma di una “*revisione della governance*” nella sanità. Proviamo, anche al fine di uscire dalle enunciazioni, a elencarne i punti qualificanti:

1. La formazione dei medici.

Il punto di partenza è quello della formazione dei medici. Il medico che esce dalle nostre Università ha una visione prevalentemente bio meccanistica, in cui il tema della relazione medico paziente, dell'ascolto, del colloquio, viene tutt'al più enunciato in qualche conferenza o corso collaterale, ma non è certo centrale nella didattica e, in particolare, nel tirocinio. Un tirocinio esclusivamente ospedaliero, svolto in genere solo all'interno dei policlinici universitari, senza utilizzare gli ospedali non policlinici (e spesso neanche i reparti non diretti da universitari!), e tantomeno la rete ambulatoriale come momenti di formazione. Dalle testimonianze di studenti e specializzandi[2], peraltro assai raramente interpellati e coinvolti sulla tipologia e metodologia dei percorsi formativi, risulta una forte gerarchizzazione non solo all'interno degli operatori, ma anche rispetto ai pazienti, una “diagnosi

totalizzante” da confermare con ogni strumentazione, una necessità di pervenire sempre ad una “risposta farmacologica”. **A seguito di tale sistema formativo, che risulta largamente prevalente, neolaureati e specializzandi sono convinti, come anche molti altri colleghi già in carriera, che “If some medical care is good, more care is better”**. Questa affermazione è l’incipit di una serie di articoli in un’autorevole rivista americana, a cui seguiva subito una risposta “*Right? Unfortunally this is often not the case*”[3]. Perché non immettere, a piene mani, nella formazione teorica e pratica di medici e infermieri queste problematiche? **Perché non porre, anche nella cultura generale e nelle motivazioni per l’accesso alle facoltà mediche, temi come quelli della equità, della prudenza, del rischio di overdiagnosis**[4], del principio fondamentale dell’arte medica: “*primum non nocere*”?

2. Una politica di contenimento della mercificazione delle prestazioni.

Si tratta indubbiamente di un tema complesso, per il quale non esistono ricette sicure e che non siano in contrasto con politiche di liberalizzazione del mercato, che ormai indirizzano, con un eccessivo assolutismo, ogni settore e ogni angolo del nostro paese. Tuttavia il tema si pone, almeno in termini culturali. **Come si fa a ipotizzare un contenimento dei consumi sanitari, una capacità dei professionisti di orientare la popolazione, se dall’altro lato ogni innovazione – anche se apporta benefici trascurabili o rischi, quantomeno legati ad una sovradiagnosi e ad attivazioni di ulteriori approfondimenti – è propagandata in ogni luogo?**

Basta uno sguardo alla **Figura 1**: siamo in una Coop, in una città delle coste italiane. Campeggia a tutto campo un’offerta diagnostica, che i frequentatori si apprestano a richiedere al proprio medico, il quale, in molti casi, cedendo all’insistenza, incapace o impossibilitato, per ragioni di formazione o di tempo, ad instaurare un dialogo con il proprio assistito, alla fine, anche per gli effetti della medicina difensiva, accoglieranno.

Figura 1. Pubblicità sanitaria in una Coop



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

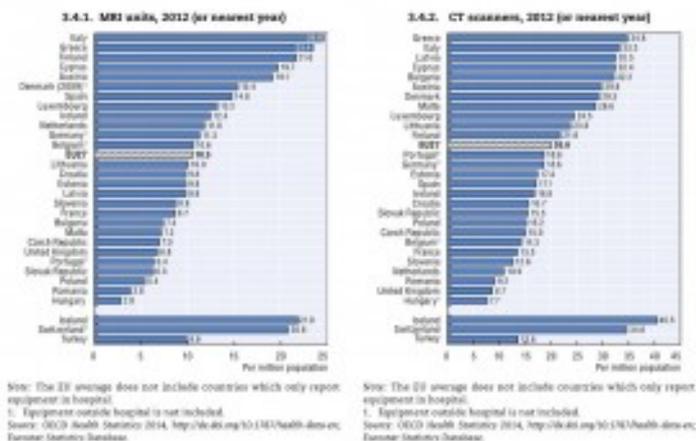
3. La pianificazione dell'offerta diagnostica.

Come noto in ambito sanitario – come peraltro in altri settori – è l'offerta che crea la domanda. Da ciò nasce la necessità di una adeguata pianificazione nell'acquisizione di dispositivi diagnostici, in particolare nei settori che assorbono una notevole utenza ed elevati costi per investimento e gestione. L'obiettivo è (o dovrebbe essere) quello di programmare l'offerta, almeno quella pubblica e convenzionata, anche al fine di ridurre le liste di attesa e promuovere, contestualmente, un utilizzo appropriato.

L'Italia su questo, riguardo ai due fondamentali strumenti di diagnostica per immagine (ma è solo un esempio!): Tac e RM, ha fatto assai poco e non vi è Regione "senza peccato".

I confronti internazionali[5] indicano che l'Italia è – in Europa – il Paese con il maggior numero di Risonanze magnetiche e Tac, avendo superato, negli ultimi dati OCSE riferiti al 2013, anche la Grecia[6]!

Figura 2. Numero di impianti di Risonanza magnetica e Tac, per milione di abitanti.



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Fonte: OECD Health Statistics 2014

Il confronto con altri paesi paragonabili in termini sanitari, geografici e socio economici è quindi impressionante! **Abbiamo il doppio delle RM della Germania, e oltre il quadruplo del Regno Unito; il numero di apparecchi TAC per abitante è il doppio di quelli presenti in Spagna, il triplo rispetto alla Francia e il quadruplo rispetto al regno Unito e andamenti analoghi per la TAC.** Un'incomprensibile politica di *Health Technology Assessment*, o di assenza della *governance*, che, inseguendo richieste particolari e clientelari, sia territorialmente che professionalmente, ha gonfiato l'offerta, senza peraltro avere la capacità di ridurre significativamente le liste di attesa. Si tratta infatti di un apparato tecnologico ridondante (numericamente), spesso mal distribuito, con un livello di vetustà eccessivo, in parte sottoutilizzato. Un tipico "strumento" che facilita l'uso inappropriato della diagnostica per immagine.

4. Ridurre la medicina difensiva

Si imputa alla medicina difensiva (MD), cioè ad un eccesso di accertamenti e di farmaci che il medico ritiene non utili, ma da effettuare solo per "prudenza legale", uno spreco e una inappropriata. Le stime sono complesse e spesso si tratta di indicazioni episodiche e valutazioni non accurate. Qualche informazione più adeguata ci deriva da una indagine dell'Agenas[7], dalla quale si apprende che il 58% dei medici pratica la MD e che la causa principale è imputata ad una legislazione sfavorevole. L'impatto economico è intorno al 10% della spesa sanitaria (cioè pari all'effetto annunciato della spending review in tre anni!), di cui circa il 50% per esami strumentali e di laboratorio.

Se questi sono i dati, nei limiti dell'indagine che si è svolta solo su un campione di medici ospedalieri, i rimedi non sembrano facili. Vi è una proposta di legge[8], volta a ridefinire le responsabilità professionali dell'esercente le professioni sanitarie, affermando la natura extracontrattuale del rapporto medico-paziente e la sostanziale esenzione di responsabilità nel caso di comportamento aderente a linee guida e buone pratiche. **Se tale "ridefinizione" può comportare una maggiore appropriatezza, rimane**

difficile la sua approvazione sia per alcune opposizioni politiche e dell'opinione pubblica, sia per l'introduzione di una differenziazione sulle responsabilità rispetto ad altre categorie professionali. Infine resta ovviamente difficilmente stimabile l'effetto di tali norme sui comportamenti dei medici (ad esempio dei medici curanti che sono in misura minore coinvolti in tale problematica), anche in considerazione del fatto che circa il 50% degli intervistati dall'Agenas ha dichiarato che l'azione fondamentale per ridurre la MD è di attenersi alle evidenze scientifiche.

5. Lea e politica dei ticket.

Il governo pensa di affidare prevalentemente l'appropriatezza alla ridefinizione dei LEA, accompagnata da una politica di ticket, che sia disincentivante (o meglio dire punitiva) nei confronti dei pazienti e dei medici che non li rispettano. **Se la ridefinizione dei LEA appare opportuna ed anzi l'unica critica è la poca tempestività del loro aggiornamento nel corso di questi anni, il sistema di disincentivazione appare iniquo e difficilmente applicabile.** Sulla politica dei ticket ho già motivato la mia opinione[9]; nello specifico un modesto ticket potrebbe essere utilizzato solo per contenere comportamenti opportunistici (utilizzo e conservazione dei farmaci; utilizzo inappropriato del Pronto soccorso), non certo per accertamenti diagnostici il cui accesso è affidato al "gatekeeper", cioè al medico curante.

6. Sviluppare la ricerca

Il Ministro Lorenzin ha dichiarato che i tagli al Servizio sanitario (10 miliardi in tre anni) saranno destinati alla ricerca. Un'ipotesi apprezzabile, purché sia vera e che tali risparmi non siano invece utilizzati per far fronte alla spesa corrente degli istituti di ricerca (Istituto Superiore di Sanità, IRCCS etc). Un progetto di grande rilevanza e con ricadute utilissime se si attivasse una migliore ricerca per una migliore assistenza sanitaria[10].

Il problema supera tuttavia le intenzioni di un singolo ministro e riguarda le scelte politiche strategiche dei vari governi. Si tratta infatti di invertire la decadenza del nostro paese nel settore della formazione, della istruzione scientifica e della ricerca.

I dati, su questo fronte sono infatti disastrosi: i laureati fra i 25 e 34 anni sono il 22% a fronte di una media OCSE del 40% (Russia 57%, Canada 58%, Giappone 59%, Corea del Sud 66%) penultimi seguiti solo dalla Turchia[11]. In età da lavoro (25 – 64 anni) i laureati sono 5,3 milioni in Italia, in Spagna 8,5; in Francia 10, in Germania 12,6, nel Regno Unito 13,5. In percentuale sulla popolazione lavorativa noi siamo al 16%, il Regno Unito il 41%! **Le iscrizioni all'Università in Italia hanno registrato un calo del 20% nell'ultimo decennio, mentre nel mondo industrializzato (40 paesi) sono passati, fra 2000 e il 2012 dal 22% al 33%.**

I finanziamenti per la ricerca si sono ridotti da 4,1 miliardi nel 2008 a 2,8 miliardi nel 2014 (mentre la spesa pubblica complessiva aumentava del

12,9%). Ogni 100 occupati vi sono 4,5 ricercatori in Italia a fronte del 7,3 dei paesi Ocse (in Spagna 7,1; Regno Unito 8; Germania 8,1; Francia 9,2; Svezia 10,7!)[12].

In realtà nel corso ormai di quasi mezzo secolo nessun governo ha avuto la capacità di cogliere il nesso fra ricerca scientifica, crescita civile e competitività economica!

Bibliografia

1. Howard Brody. From a Ethics of Rationing to an Ethics of Waste Avoidance. *NEJM* 2012; 366;(21):1949–51.
2. Abbracciavento G, Alicino C, Cennamo E, et al. Medici senza camice, pazienti senza pigiama. Socioanalisi narrativa dell'istituzione medica. Quaderni di ricerca sociale 14, Sensibili alle foglie cooperativa, Roma, 2013.
3. Grady D, Redberg RF. Less Is More. How Less Health Care Can Result in Better Health. *Arch Intern Med* 2010;170(9):749-750.
4. Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the health. *BMJ* 2012;344: 3502
5. Health at a Glance 2014
6. [OECD Health Statistics 2015](#)
7. AgeNaS – [Medicina difensiva – Sperimentazione di un modello per la valutazione della sua diffusione e del relativo impatto economico.](#)
8. [Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario \[PDF: 110 Kb\].](#) Quotidiano Sanità, allegati
9. Geddes M. [I ticket in sanità sono inutili e dannosi.](#) Salute Internazionale, 24.06.2015
10. Dove sono le prove . Una migliore ricerca per una migliore assistenza sanitaria. Versione italiana della Seconda Edizione di Testing Treatments Better research for better healthcare. Evans I, Thornton H, Chalmers I, Glasziou P. Edizione italiana a cura di Paola Mosconi e Roberto D'Amico, in collaborazione con □Marco Annoni, Sara Balduzzi, Cinzia Colombo, Giulio Formoso, Manuela Martini e Anna Roberto. IRCSS, Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri", Centro Cochrane Italiano, Novembre 2013.
11. OECD. [Education at a Glance 2014: OECD Indicators](#)
12. Pietro Greco. Un programma di governo per la ricerca. *MicroMega* – Almanacco della scienza 2015; 5: 75-93

- Facebook
- Twitter
- LinkedIn
-