

dose media di mantenimento presunta nel paziente adulto relativamente alla sua principale indicazione d'uso.

I dati 'quantitativi' sono stati arricchiti successivamente da una serie di informazioni 'qualitative' di ordine sociale, epidemiologico ed economico-sanitario dei singoli Paesi, con la successiva supervisione di alcuni opinion leader in reumatologia.

I risultati hanno confermato che il consumo degli inibitori del TNF-alfa nei Paesi presi in considerazione è quanto mai variabile. Se, in tutti i casi, è stato notato un aumento vertiginoso dell'impiego di questi farmaci a partire dal 2003, l'incremento è stato tuttavia assai più sostanzioso in Olanda (oltre 10 volte) rispetto all'Irlanda (6 volte) o al Portogallo (dove si è 'solo' triplicato). Fra i fattori maggiormente correlati alla prescrizione, la spesa sanitaria globale e i livelli di reddito (espressi come PIL) di ciascun Paese si piazzano sicu-

mente in *pole position*. Tale correlazione viene ancora più elevata allorché l'uso di questi farmaci si estende progressivamente alla pratica clinica di base, oltrepassando il confine dei centri di II-III livello.

Giocano infine un ruolo significativo anche taluni fattori culturali fra cui l'accesso alle cure specialistiche e la diffusione delle linee guida di utilizzo tra i medici.

Pur con alcuni limiti di ordine metodologico e statistico, lo studio conferma che a livello europeo esistono marcate differenze nell'accesso ad alcune importanti terapie, specie se queste sono gravate da costi notevoli per il sistema sanitario: modalità di finanziamento e regolazione del sistema di rimborso dei farmaci sono elementi determinanti, ma le disuguaglianze rilevate tra Paese e Paese richiedono un nuovo approccio al problema, se si vuole evitare che, anche sul terreno della salute, l'Europa debba marciare a più velocità. ■ GB

Risparmiare migliorando la qualità assistenziale: missione impossibile?

Rauh S, Wadsworth EB, Weeks WB, Weinstein J
The savings illusion. Why clinical quality improvement fails to deliver bottom-line results
 NEJM 2012; e48(1)-e48(3)

È opinione comune, negli Stati Uniti, che il miglioramento della qualità porti necessariamente ad una contrazione dei costi sanitari: sembra infatti intuitivo che la riduzione delle ospedalizzazioni, una minore durata della degenza e una maggiore efficienza organizzativa comportino una contestuale contrazione nell'utilizzazione dei servizi e quindi dei costi.

In verità l'evidenza suggerisce che non vi è associazione fra qualità elevata e costi elevati. La questione è che la struttura dei costi non consente margini di manovra tali da poter consentire un miglioramento della qualità. Questo perché i costi sanitari, nella maggior parte dei casi, sono fissi e pertanto poco sensibili a va-

riazioni in termini di volume o di utilizzo. Per meglio capire la struttura dei costi dell'assistenza può essere utile considerare il 'comportamento' dei costi in funzione del livello di utilizzazione delle risorse.

Miglioramenti clinici che riducono i costi variabili definiscono anche un tetto (minimo) che genera potenziali risparmi, ma tale ragionamento non è già più applicabile nel caso dei costi semivariabili, semifissi e fissi. Questa scarsa elasticità dei costi fa sì che tutti gli sforzi per la riduzione della durata della degenza o del numero di riammissioni ospedaliere non generi dei potenziali risparmi, ma solo la possibilità di trattare ulteriori pazienti, creando, in questo modo, ricavi aggiuntivi.

Il conseguimento di ricavi, da un punto di vista strettamente economico, è l'obiettivo che ogni buon amministratore dovrebbe perseguire, sempre tenendo presente che l'unico modo per generare dei risparmi è quello di riuscire a determinare una contrazione generalizzata nei tassi di utilizzo dei servizi e l'eliminazione contestuale delle prestazioni non strettamente necessarie.

Letizia Orzella

L'Evidence-based medicine di oggi rispecchia ancora i suoi principi ispiratori?

Campbell-Scherer D

The 11th hour time for EBM to return to first principles?

Evidence-Based Medicine 2012.

doi:10.1136/ebmed-2012-100578

L'evidence-based medicine (EBM), ovvero la 'medicina basata sulle prove', rappresenta ormai una metodologia consolidata a livello internazionale per il miglioramento dell'assistenza sanitaria.

Nel 1996 David Lawrence Sackett, medico canadese e pioniere dell'EBM, definiva tale approccio scientifico "l'uso coscienzioso, esplicito e giudizioso della migliore evidenza scientifica, integrato all'esperienza clinica individuale di ciascun medico, per prendere decisioni sulla salute del singolo paziente"¹. L'EBM può dunque contribuire al miglioramento dell'*expertise* di

ciascun medico. Tale perfezionamento si riflette soprattutto nell'essere in grado di porre una diagnosi il più corretta possibile e nell'identificare e tradurre i bisogni di ogni singolo paziente nella decisione clinica più appropriata, allo scopo di preservarne lo stato di salute.

IL SUCCESSO DELL'EBM E IL RISCHIO DI UNA SUA STRUMENTALIZZAZIONE

La storia dell'EBM è quella di un successo incredibile, avendo contribuito in modo sostanziale nel corso degli ultimi anni al raggiungimento di importanti traguardi in sanità pubblica. Grazie ad essa, per esempio, è stato possibile dimostrare come alcune terapie, utilizzate da tempo e su larga scala, fossero dannose per la salute; l'evidenza di tali effetti negativi ha consentito, quindi, la loro sostituzione con terapie dotate di minori effetti collaterali o reazioni avverse²; è aumentata la consapevolezza di quali caratteristiche debba possedere uno studio clinico per poter essere promosso a pieni voti; sono aumentate esponenzialmente le pos-

COMPORAMENTO DELLE TIPOLOGIE DI COSTO NEL SISTEMA SANITARIO

Tipologia di costo	Effetti nella riduzione dell'utilizzo	Esempi
Costi variabili	Il bene non viene consumato, non necessita di essere sostituito ed è disponibile per un utilizzo futuro	Farmaci
Costi semivariabili	Il servizio non viene consumato, ma la sua disponibilità è limitata nel tempo e i costi ad esso associati possono essere ridotti con una sufficiente contrazione nel volume	Assistenza infermieristica oraria
Costi semifissi	Anche se il servizio non viene utilizzato il costo permane	Sala operatoria
Costi fissi	Il consumo di risorse non è alterato nel breve periodo, ma potrebbe essere modificato nel ciclo produttivo successivo	Costi ancillari, fatture