

Continuità o coordinamento delle cure?

Chen LM, Ayanian JZ

Care continuity and care coordination. What counts?

JAMA Intern Med 2014; 174 (5): 749-750

Hussey PS, Schneider EC, Rudin RS et al

Continuity and the costs of care for chronic disease

JAMA Intern Med 2014; 174 (5): 742-748

Migliorare il coordinamento dell'assistenza sanitaria è emerso come elemento fondamentale per incrementare la qualità e abbassare i costi della sanità negli Stati Uniti. Per determinare se tale coordinamento abbia realmente effetti positivi, il primo passo è decidere come misurarlo. Secondo lo studio condotto da Peter Hussey e pubblicato su *Jama Internal Medicine*, la continuità dell'assistenza sanitaria è una componente importante e misurabile del coordinamento: prendendo in considerazione i pazienti con insufficienza cardiaca congestizia, diabete mellito di tipo 2 e broncopneumopatia cronica ostruttiva, gli autori dello studio sono arrivati alla conclusione che una maggiore continuità dell'assistenza sanitaria da parte dei medici

ambulatoriali è associata a un numero inferiore di ricoveri, visite al pronto soccorso, complicanze e, conseguentemente, costi minori. Un aumento di 0,1 unità nell'indice Bice Boxerman (indice da 0 a 1), che misura la continuità dell'assistenza, è associato, secondo lo studio, a un abbassamento dei costi compreso tra il 4,7 e il 6,3%.

Questi dati, però, dovrebbero essere accolti con cautela, soprattutto per quanto riguarda l'associazione tra continuità dell'assistenza sanitaria e complicanze. Ricerche precedenti dimostrano che le persone sottoposte a più controlli possono apparire meno sane di quanto siano realmente, visto che hanno più opportunità di essere dichiarate malate. Un altro potenziale limite è che, mentre un declino nella continuità potrebbe comprensibilmente condurre a un numero maggiore di complicanze, un paziente con più complicanze potrebbe legittimamente rivolgersi a più medici curanti, abbassando l'indice di continuità.

Nonostante questi limiti potenziali, lo studio di Hussey reintroduce il concetto di continuità. Prestare maggiore attenzione alla continuità ha una serie di potenziali benefici: una maggiore continuità può esercitare un necessario contrappeso alle conseguenze inintenzionali deter-

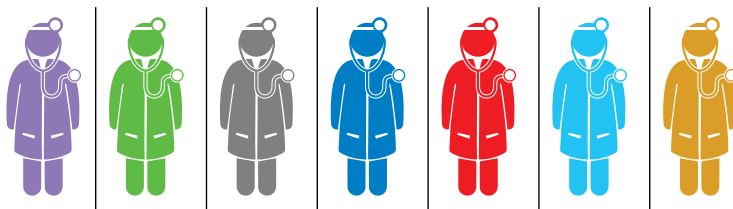
Modello concettuale della relazione tra continuità e coordinamento delle cure.

A. Cure frammentate (non continue e non coordinate): il paziente consulta 7 medici diversi, ognuno dei quali ha una conoscenza incompleta delle azioni degli altri e degli obiettivi della cura.

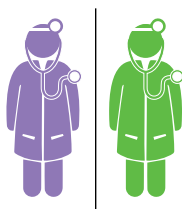
B. Cure continue, ma non ben coordinate: il paziente esegue 5 visite con il dottor X e 2 visite con il dottor Y, ognuno dei quali ha una conoscenza incompleta delle azioni e degli obiettivi della cura degli altri.

C. Cure continue e coordinate: il paziente esegue 5 visite con il dottor X e 2 visite con il dottor Y, ognuno dei quali lavora in stretta collaborazione con l'altro per raggiungere un obiettivo di cura comune e centrato sul paziente.

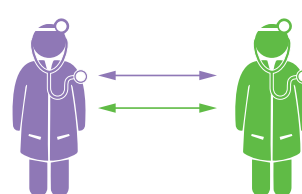
A. Frammentazione delle cure



B. Continuità delle cure



C. Coordinamento delle cure



minate da una variazione delle terapie mediche. Le molte specializzazioni mediche hanno frammentato l'assistenza sanitaria e il numero crescente di medici ospedalieri ha ampliato la divisione tra pazienti assistiti in regime di ricovero e quelli ambulatoriali. Questi trend non accennano a diminuire, anche se il numero di pazienti con malattie croniche che hanno bisogno di un'assistenza longitudinale continua ad aumentare. Un altro fattore a favore della continuità è la sua relativa semplicità: al contrario del coordinamento, la continuità è più facile da definire e quantificare su larga scala. Infine, Hussey sostiene che la continuità è associata a costi minori e, in qualche modo, anche a una maggiore qualità.

Al contrario dell'aumento del coordinamento dell'assistenza sanitaria, una maggiore continuità non è necessariamente un obiettivo desiderabile. La totale mancanza di continuità (per esempio, con sette visite con un medico sempre diverso) aumenta senza dubbio il rischio di mancanza di comunicazione e cattiva gestione. All'altro estremo, una perfetta continuità (sette visite con un solo medico) potrebbe non essere l'ideale, perché due occhi diversi possono interrompere l'inerzia clinica che potrebbe impedire la cura di un paziente. La continuità, insomma, non è sinonimo di coordinamento. Un determinato livello di continuità è sicuramente necessario per coordinare l'assistenza in modo efficace, ma anche solo un moderato livello di continuità non garantisce il coordinamento: due medici che visitano sette volte un paziente (cinque volte uno, due l'altro) possono non essere a conoscenza del lavoro del collega, oppure integrarlo perfettamente. L'integrazione tra medici non può essere facilmente misurata. Il team di Hussey ha riportato all'attenzione la continuità dell'assistenza, che però è più uno strumento per raggiungere il coordinamento piuttosto che un obiettivo indipendente da raggiungere. Come scrisse il sociologo William Bruce Cameron cinque decenni fa, "non tutto quello che può essere contato conta, e non tutto quello che conta può essere contato". Nel settore del coordinamento dell'assistenza, è necessario comprendere cosa conti.

Simona Paone

Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas)

La medicina difensiva: una pratica sempre più utilizzata negli ospedali inglesi

Ortashi O, Virdee J, Hassan R, Mutrynowski, Abu-Zidan F
The practice of defensive medicine among hospital doctors in the United Kingdom

BMC Ethics 2013; 14: 42-47

INTRODUZIONE

Nell'era della globalizzazione, le informazioni che i pazienti sono in grado di ottenere in relazione ad una prestazione o ad un esame diagnostico sono estremamente dettagliate e numerose. Questo ha fatto sì che il rapporto paternalistico medico-paziente si sia andato modificando nel tempo poiché gli individui, essendo meglio informati, cercando di porsi su un piano 'paritario' rispetto al medico, soprattutto nella scelta delle prestazioni sanitarie e negli esiti di salute. Questo ha portato all'utilizzo sempre più marcato della cosiddetta 'medicina difensiva', per ridurre il più possibile i rischi derivanti da eventuali contenziosi o controversie legali con i pazienti e le loro famiglie richiedendo test o esami non necessari.

La medicina difensiva rappresenta una deviazione del comportamento del medico da quella che è la sua pratica usuale o che viene considerata buona pratica clinica, per ridurre i contenziosi legali. La medicina difensiva può essere positiva (gli extra test sono richiesti per ridurre la cattiva pratica) o negativa (gli extra test sono richiesti al solo scopo cautelativo per il medico). La pratica della medicina difensiva è più utilizzata di quanto non si creda: negli Usa vi ricorre il 96% dei neurochirurghi, in Europa il 94% dei gastroenterologi e in Giappone il 98% dei gastroenterologi.

L'obiettivo di questo studio è quello di valutare la prevalenza della pratica della medicina difensiva fra i medici operanti in tre ospedali inglesi.

METODI

È stato realizzato un questionario di 17 domande approvato dalla Commissione etica del Research and Development Office di Cardiff e validato dalla Law School della Università di Cardiff. Gli ospedali coinvolti nello studio sono