

Benché le raccomandazioni dell'ACP rappresentino un'indispensabile e utile messa a punto dello stato dell'arte, preziosa in particolare per tutti i medici non ancora sufficientemente familiarizzati con le sempre più numerose opzioni terapeutiche non farmacologiche disponibili, l'applicazione nella pratica quotidiana delle linee guida è destinata a scontrarsi da un lato con i costi, la rimborsabilità e/o la copertura assicurativa di molte di queste pratiche, ma anche con l'effettiva possibilità di accesso alle cure sul territorio.

Considerando la prognosi benigna di questa patologia nella maggior parte dei casi, gli esperti giudicano fondamentale una corretta e precoce informazione del paziente sull'evoluzione del sintomo nel tempo, con un'adeguata rassicurazione sul fatto che un mal di schiena acuto o subacuto può migliorare spontaneamente indipendentemente dalla terapia suggerita. Il che consente sia di limitare la prescrizione di esami diagnostici costosi e di farmaci che possono rivelarsi pericolosi, specie nei pazienti più anziani, sia di evitare un atteggiamento allarmistico o difensivistico, che rischia di medicalizzare eccessivamente il problema, con aumento dei costi e della morbilità. ■ GB

Sistemi sanitari a confronto: alcune precauzioni da adottare

Papanicolas I, Jha AK

Challenges in international comparison of health care systems

JAMA 2017; 318: 515-516

Confrontare sistemi sanitari a livello internazionale permette una riflessione e una valutazione delle performance, e aiuta a fornire basi empiriche per guidare eventuali riforme. Tali confronti non sono, tuttavia, di facile realizzazione. Sono almeno tre i punti critici che vanno considerati: la definizione dei 'confini' del sistema sanitario, la gestione dei limiti dei dati e la considerazione dei valori intrinseci a ciascun sistema. Se non si tiene conto di questi aspetti, i confronti transnazionali non solo possono condurre ad interpretazioni erranee, ma possono anche influenzare negativamente le politiche sanitarie.

In primo luogo è importante stabilire ciò che deve essere confrontato. Questo punto presenta delle criticità, dato che all'interno di un sistema sanitario può essere ricondotta una serie più

Medicina difensiva e spesa per l'assistenza sanitaria

Osti M, Steyer J

A perspective on the health care expenditures for defensive medicine

Eur J Health Econ 2017, 18: 399-404

Nel corso degli anni, lo studio dei determinanti della salute e della conseguente crescita della spesa per servizi sanitari in rapporto al PIL si è prevalentemente concentrato su fattori demografici, reddito e cambiamenti tecnologici e istituzionali. Tuttavia ne esistono anche tanti altri che non possono essere trascurati.

La medicina difensiva costituisce in effetti uno di questi fattori esterni 'avversi' poiché è caratterizzata da un approccio medico preventivo nella richiesta di prestazioni non necessarie ed è generata da una profonda avversione al rischio. Gli effetti della medicina preventiva sono ben noti poiché determinano un indotto di spesa che risulta ormai fuori controllo. Altre conseguenze, che

esulano la componente economica, includono costi indiretti intesi come stress personale, perdita di tempo e reputazione per il medico prescrittore e la tendenza a non volere prendere in carico pazienti che potrebbero risultare molto complessi.

La letteratura in materia è ormai ampia e i costi della medicina difensiva sono ad oggi evidenti, così come i potenziali risparmi che si avrebbero qualora questa pratica non fosse così comunemente utilizzata. Gli autori hanno condotto una ricerca in Austria, coinvolgendo numerosi medici e specialisti (286 in chirurgia ortopedica, 1100 in chirurgia traumatica, 398 in radiologia) nella compilazione di un questionario in cui si chiede di stimare l'ammontare degli esami diagnostici e le richieste di esami a 'scopo difensivo' in uno specifico mese e il carico di lavoro legato a tali richieste. I costi annuali legati al lavoro per la medicina difensiva mostrano un importo pari a circa 42 milioni di euro (il 27% attribuibile al reparto ortopedico, il 55% alla chirurgia traumatica e il 17% alla radiologia): evitare queste pratiche consentirebbe di liberare risorse finanziarie per 425 posizioni lavorative a tempo pieno. Non solo, si eviterebbero costi annuali per prestazioni non necessarie

o meno ampia di processi e determinanti sociali della salute. Definire cosa sia parte integrante di un sistema è tutt'altro che semplice, tenendo anche conto che la salute è il prodotto di numerosi fattori, che non si limitano alle prestazioni sanitarie.

Diverse sono le misure utilizzate per i confronti e tutte presentano dei limiti. Ad esempio: quanto la mortalità per malattie ischemiche del cuore è influenzata dal sistema sanitario? Le caratteristiche genetiche della popolazione, nonché quelle ambientali di ciascun Paese avranno sicuramente un impatto sui tassi di mortalità cardiovascolare, come lo avrà anche un'assistenza medica di livello avanzato. Negli Stati Uniti, la mortalità per malattie ischemiche del cuore è di 128 per 100.000, un dato appena sopra la media dei Paesi ad alto reddito (misurata dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico, OCSE); la mortalità ospedaliera per infarto miocardico acuto è del 5,5%, dato molto inferiore alla media OCSE (8,0%). Entrambe le misure sono utili, ma ognuna porta a conclusioni diverse sulla performance del sistema sanitario statunitense¹.

Una delle misure spesso utilizzate per confrontare sistemi sanitari è la mortalità infantile. La



per un importo pari a 412 milioni di euro (la sola diagnostica per immagini comporta una spesa di circa 270 milioni). Lo studio mette in evidenza anche una correlazione moderata fra i prescrittori e il tipo di richiesta: i medici maschi e con maggiore anzianità tendono a richiedere meno TAC ma, di contro, prescrivono più analisi del sangue e risonanze magnetiche.

Da un punto di vista legale, il disallineamento fra negligenza in senso stretto e *malpractice* in qualche modo suggerisce la necessità di definire una forma di responsabilizzazione finanziaria per il medico: un sistema di questo tipo porterebbe idealmente una sorta di compensazione e una maggiore giustizia 'correttiva', producendo anche benefici psicologici per i pazienti e riducendo potenziali richieste inappropriate. È tuttavia vero che, al momento, non esiste evidenza robusta in tal senso. In Austria è stato stimato che ogni anno circa 600 pazienti ricevono compensazioni extragiudiziali dagli ospedali pubblici e che, negli ultimi 5 anni, il numero complessivo di ricorsi è stato di circa 10.000 casi, senza contare i contenziosi che vengono discussi direttamente con le compagnie di assicurazione.

Dal punto di vista della sicurezza del paziente, ci si dovrebbe muovere verso un processo di ottimizzazione dei percorsi così da eliminare i rischi legati all'iper-prescrizione.

Questo implica fare proprie due considerazioni:

- considerare il paziente come una persona e non come un cliente;
- avere sempre chiaro che il rapporto con il medico non è di tipo contrattuale ma piuttosto basato sulla fiducia e sulla collaborazione.

La questione è che i medici sanno perfettamente di non poter avere il controllo sulla natura: 'non è possibile ottenere una certezza diagnostica assoluta, non importa quante informazioni abbiamo ottenuto, quante osservazioni abbiamo a disposizione e quanti test decidiamo di effettuare (Kassirer, 1989)'. Questa non può però essere considerata una spiegazione plausibile ed accettabile per porre in essere meccanismi di medicina difensiva.

Letizia Orzella

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Agenas

procedura di registrazione delle nascite, tuttavia, varia notevolmente tra Paesi, specie per quelle al limite della possibilità di sopravvivenza. Ad esempio, sebbene gli Stati Uniti presentino un dato peggiore della media OCSE per la mortalità infantile, mostrano invece elevate performance per quanto concerne la sopravvivenza dei neonati con peso alla nascita estremamente basso².

Troppo spesso vengono effettuati confronti internazionali utilizzando dati raccolti routinariamente, tralasciando quelli provenienti da settori di importanza politica o riguardanti aree prioritarie. Vedi l'esempio della malattia mentale, con un forte carico di malattia in tutto il mondo, la cui valutazione manca nella maggior parte dei confronti internazionali³. Inoltre, anche nelle aree in cui ci sono dati, tali informazioni spesso non vengono raccolte in modo uniforme, rendendo difficoltosi i confronti.

Gli indicatori selezionati per il confronto, infine, devono tener conto dei "valori" intrinseci a ciascun sistema. Ciascun sistema è infatti ottimizzato per la propria popolazione, sia per quanto concerne l'organizzazione che per le priorità sanitarie da affrontare. Pertanto, per essere in grado di comprendere quali risultati possano essere tradotti in diversi Paesi e come interpretare le variazioni nelle prestazioni, è necessario capire come queste caratteristiche si differenziano tra i vari Paesi. Ad esempio, negli Stati Uniti i tassi di riammissione sono più elevati rispetto ad altri Paesi europei, mentre la durata media della degenza è più breve⁴. Il sistema sanitario statunitense è ottimizzato per degenze brevi, tollerando un tasso di riammissione un po' più elevato (ma meno giorni totali in ospedale per popolazione). Confrontare il sistema sanitario statunitense con Paesi con degenze molto più lunghe e tassi di riammissione più bassi non è semplice.

Inoltre, le persone negli Stati Uniti sono molto più inclini a considerare l'assistenza sanitaria come responsabilità individuale, e non statale. Il sistema sanitario statunitense presenta numerose iniquità basate sui redditi, ingiustizie che alcuni individui sono più disposti a tollerare⁵. Quello statunitense è un sistema ottimizzato per chi possiede un'assicurazione privata o è coperto da Medicare (circa il 65% della popolazione), mentre presenta performance peggiori per gli individui non assicurati e quelli coperti

da Medicaid⁶. I confronti internazionali che utilizzano il dato medio non riescono a catturare queste differenze. Confrontare gli Stati Uniti con un Paese come la Finlandia, con una popolazione di 5,4 milioni di abitanti (paragonabile al solo Stato del Minnesota) e con un sistema sanitario equo che dipende da finanziamenti pubblici, può, quindi, produrre conclusioni fuorvianti. I confronti internazionali forniscono un'enorme opportunità per individuare potenziali miglioramenti, ma devono essere accompagnati da una comprensione più profonda dei motivi alla base delle differenze riscontrate. Tre tematiche risultano, quindi, fondamentali. Innanzitutto, i ricercatori devono definire attentamente ciò che stanno confrontando, specificando ciò che costituisce il sistema sanitario nella loro analisi e illustrando i problemi che queste definizioni sollevano. In secondo luogo, è fondamentale prendere in considerazione i limiti dei dati utilizzati. Infine i risultati vanno interpretati alla luce delle politiche, dei valori e delle priorità di salute di ciascun Paese.

Elia Ferroni

*Servizio Epidemiologico Regionale (SER),
Regione Veneto*

BIBLIOGRAFIA

1. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a glance 2015. Paris, France: OECD Publishing; 2015.
2. Joseph KS, Liu S, Rouleau J et al. Fetal and infant health study group of the Canadian perinatal surveillance system. Influence of definition based versus pragmatic birth registration on international comparisons of perinatal and infant mortality: population based retrospective study. *BMJ* 2012; 344: e746.
3. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J et al. WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004; 291: 2581-2590.
4. Kociol RD, Lopes RD, Clare R et al. International variation in and factors associated with hospital readmission after myocardial infarction. *JAMA* 2012; 307): 66-74.
5. Alesina A, Angeletos G-M. Fairness and redistribution. *Am Econ Rev* 2005; 95: 960-980.
6. Alghothani L, Jacks SK, Vander Horst A, ZirwasMJ. Disparities in access to dermatologic care according to insurance type. *Arch Dermatol* 2012; 148: 956-957.