

“Less is more”: migliorare la qualità dell’assistenza con meno risorse

Antonino Cartabellotta
Presidente Fondazione GIMBE

In un momento di crisi di sostenibilità del SSN senza precedenti, *Best care at lower cost* potrebbe sembrare uno slogan provocatorio di pessimo gusto; invece è il titolo di un report dell’Institute of Medicine, dove si legge che in condizioni di crisi economica la sanità può essere mantenuta scegliendo una politica di tagli, oppure riducendo gli sprechi [1]. Oggi infatti la sanità è “vittima dei progressi della scienza” per la crescente disponibilità di tecnologie sanitarie che incrementano i costi, producono benefici marginali o nulli e spesso aumentano i rischi per i pazienti. Inoltre, se non è mai mancata la consapevolezza che i medici possono essere responsabili di sottoutilizzo di test diagnostici e trattamenti (*underuse*), il report sottolinea che stanno emergendo consistenti evidenze sugli eccessi di medicalizzazione (*overdiagnosis, overtreatment*) i cui risvolti sanitari, economici, sociali e medico-legali, sono in gran parte ancora sconosciuti.

In questo scenario è indispensabile riformulare l’imperativo socio-culturale dominante “*more is better*” – che ha determinato l’involuzione del cittadino in consumatore di servizi e prestazioni sanitarie – in “*less is more*” che promuove invece una medicina parsimoniosa [2]. Tra le iniziative a sostegno di questo cambio di paradigma, *Choosing Wisely* – promossa dall’American Board of Internal Medicine Foundation, in collaborazione con Consumer Reports – ha offerto un esempio concreto di come le società professionali possono contribuire a identificare test diagnostici, trattamenti e altri interventi sanitari inefficaci e inappropriati sulla cui utilità “medici e pazienti dovrebbero interrogarsi” [3].

L’approccio “*less is more*” permette di spostare il dibattito etico sul contenimento dei costi “dal razioneamento alla riduzione degli sprechi”, rivalutando la responsabilità professionale sull’utilizzo appropriato delle risorse, peraltro già sostenuta dall’art. 6 del Codice di Deontologia Medica dove si legge che «il medico agisce secondo il principio di efficacia delle cure nel rispetto dell’autonomia della persona, tenendo conto dell’uso appropriato delle risorse» [4].

L’etica del razioneamento prevede che, quando le risorse scarseggiano, la politica deve scegliere con modalità esplicite quali servizi e prestazioni sanitarie non è più in grado di

garantire ai cittadini. La principale obiezione etica al razioneamento, sostenuta dal pensiero di Ippocrate, è che il medico, per mantenere il rapporto fiduciario con ciascun paziente, deve soddisfare preferenze e aspettative, senza considerare i costi sostenuti dalla comunità. Ovviamente, se le risorse tendono a esaurirsi, questa obiezione è priva di senso, perché dare “tutto a tutti” sottrae prestazioni efficaci e appropriate ad altri cittadini, nei confronti dei quali l’intera classe medica deve mantenere un rapporto fiduciario “collettivo”. Questo dibattito etico si può risolvere identificando come sprechi tutti i costi sostenuti per la prescrizione d’interventi sanitari inefficaci, inappropriati e dal *low-value*: infatti reindirizzare anche solo una frazione di tali risorse consentirebbe di estendere la copertura d’interventi sanitari efficaci e appropriati, di migliorare l’equità e di ridurre la spesa sanitaria [5]. Se un tempo i medici, nel rispetto della loro integrità professionale, rifiutavano di offrire un trattamento inutile, respingendo le richieste di pazienti e familiari, purtroppo oggi consistenti evidenze dimostrano che interventi sanitari inefficaci e inappropriati vengono prescritti non solo per la crescente insistenza dei pazienti, ma anche per decisioni autonome dei medici, condizionate dalla resistenza al cambiamento, da conflitti d’interesse, da prove di efficacia insufficienti o distorte.

Pertanto, se l’etica del razioneamento appartiene alla politica sanitaria secondo i principi di giustizia distributiva, l’etica della riduzione degli sprechi è indissolubilmente legata alla professionalità dei medici. Infatti, se da un lato il medico non deve mai privare alcun paziente d’interventi sanitari efficaci e appropriati, dall’altro deve essere consapevole che quelli inefficaci e inappropriati, oltre a non determinare alcun beneficio, causano effetti avversi e consumano preziose risorse. Di conseguenza, quando le evidenze non supportano le richieste del paziente, il medico ha il dovere professionale di rifiutarle, seguendo un nuovo “imperativo etico”: la *evidence-based persuasion* [6].

Se ridurre gli sprechi diventa un mandato etico, il problema pratico riguarda le modalità di attuazione perché le evidenze scientifiche forniscono risposte certe e definitive solo per un numero limitato d’interventi sanitari. Inoltre, i risultati dei trial, oltre a essere appli-

cabili solo alle popolazioni arruolate, difficilmente forniscono risposte per il paziente individuale. Infine, una sostanziale riduzione degli interventi sanitari inefficaci e inappropriati, se da un lato permette di contenere la spesa sanitaria, dall’altro riduce gli utili dell’industria biomedicale con gravi conseguenze sui posti di lavoro e sull’economia globale. Un ragionevole compromesso consiste in una strategia graduale che inizialmente recupera le risorse sprecate per interventi sanitari dove le “prove d’inefficacia” sono ormai definitive, per poi estendersi man mano che la ricerca individua altre fonti di sprechi con ragionevole certezza [7].

Uno studio pubblicato da *Quaderni acp* nel 1996 dimostrava che è possibile “fare meglio con meno”: ma quello era il tempo delle “vacche grasse” dove queste evidenze avevano un sapore sgradevole, erano lette come inutili provocazioni da destinare presto all’oblio, perché l’idea del medico “gestore di risorse pubbliche” è un fardello troppo scomodo e pesante che la professione medica non ha mai voluto mettere sulle spalle [8]. Oggi, in un’epoca di risorse sempre più limitate, se i medici non saranno disponibili a identificare e ridurre gli sprechi, il futuro della sanità pubblica non potrà che essere contrassegnato da tagli lineari e dall’intermediazione finanziaria e assicurativa dei privati, con inevitabile aumento delle disuguaglianze sociali che, insieme a quelle regionali, intoneranno un triste *requiem* per la più grande conquista sociale ottenuta dai cittadini italiani: il Sistema Sanitario Nazionale! ♦

Bibliografia

- [1] Institute of Medicine. *Best care at lower cost: The path to continuously learning health care in America*. Washington, DC: The National Academic Press, 2012.
- [2] Tilburt JC, Cassel CK. Why the ethics of parsimonious medicine is not the ethics of rationing. *JAMA* 2013;309:773-4.
- [3] Cassel CK, Guest JA. Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. *JAMA* 2012;307:1801-2.
- [4] Brody H. From an ethics of rationing to an ethics of waste avoidance. *N Engl J Med* 2012;366:1949-51.
- [5] Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. *JAMA* 2012;307:1513-6.
- [6] Shaw D, Elger B. Evidence-based persuasion: an ethical imperative. *JAMA* 2013;309:1689-90.
- [7] Mathias JS, Baker DW. Developing quality measures to address overuse. *JAMA* 2013;309:1897-8.
- [8] Di Mario S, Iuli R, Macaluso A, et al. Qualità delle cure e costi in pediatria. *Quaderni acp* 1996;3:8-13.

Per corrispondenza:
Antonino Cartabellotta
e-mail: nino.cartabellotta@gimbe.org

editoriale