

## MONEY vs. HEALTH

Sul NEJM del 26 feb 09 c'è un articolo che parla dei costi crescenti della salute negli USA (1). Il titolo mi ha ricordato una breve nota apparsa su Time nel novembre scorso, in piena campagna elettorale (2). Si rilevava come con la progressione attuale la spesa sanitaria USA ammonterà tra vent'anni a 1/4 del prodotto interno lordo. Molti americani temono le scelte preannunciate da Obama, che vuole gradualmente estendere il servizio sanitario ai soggetti 'deboli', iniziando dai bambini. Come 'risparmiare?': si suggeriva al futuro Presidente di creare un Istituto per lo studio comparativo dell'efficacia delle procedure sanitarie, di stimolare la ricerca governativa non finanziata dalle case farmaceutiche. In ogni caso, si commentava con un pizzico di humor, sarà difficile che Obama possa peggiorare una situazione sanitaria così sperequata come quella americana.

Negli Stati Uniti non vi è relazione fra spesa sanitaria e indicatori di salute, come si può efficacemente visualizzare in un semplice grafico (Fig.1): in ascissa le spese, da 4 a 8mila dollari pro capite, in ordinata la salute. Il risultato è sorprendente, i punti rossi che indicano i 50 stati dell'Unione si dispongono random nel piano cartesiano! Non a caso il grafico si intitola "Money vs. Health. No relationship".

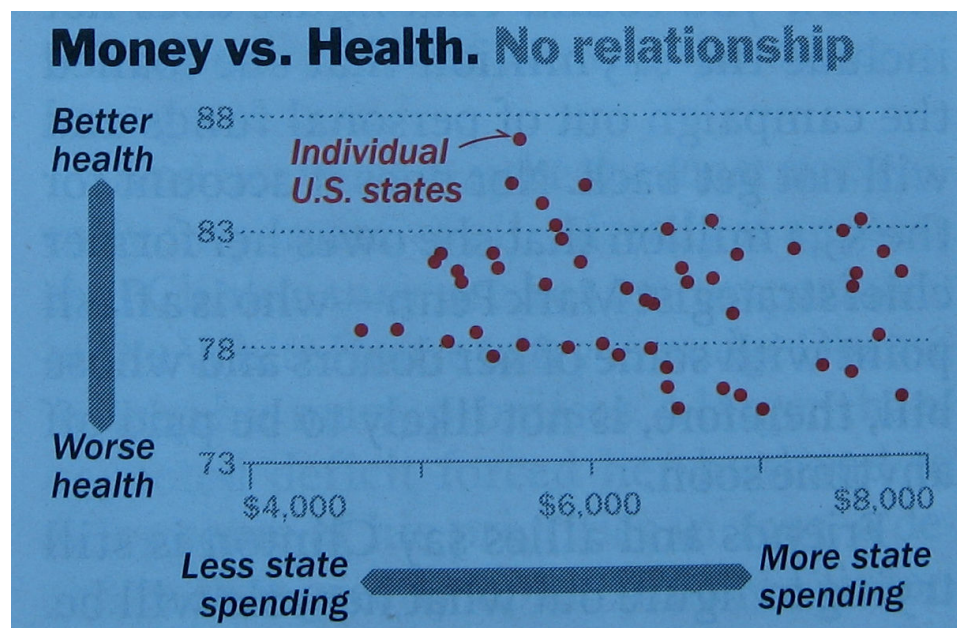


Fig.1 da Time (Europe) 17 nov 2008

Tornando all'articolo del New England si conferma del tutto improbabile che la crescita della spesa si accompagni necessariamente ad un miglioramento della salute. Il progresso tecnologico da solo non spiega i maggiori costi sanitari, dal

momento che le stesse tecnologie sono a disposizione degli stati più virtuosi come di quelli con le mani bucate. In ogni caso l'aspettativa di vita negli stati che spendono meno in salute non è inferiore a quella degli stati con i bilanci in rosso. La causa potrebbe essere addebitata ai medici che ricorrono a farmaci e tecnologie costosi, ma anche qui non si capisce perché questi medici prodighi dovrebbero risiedere solo in alcuni stati. Così una ricerca attraverso questionari che proponevano casi clinici e percorsi diagnostici ad hoc ha dimostrato come le scelte dei sanitari erano più o meno uniformi, ma con alcune differenze importanti. Negli stati più spendaccioni i medici tendevano ad aggiungere più di frequente percorsi facoltativi come una visita dallo specialista per un semplice reflusso gastroesofageo o una angina stabile. Si proponevano più facilmente ricoveri incongrui, per ultra 85enni con patologia cronica riesacerbata, spesso direttamente in Unità di cure intensive. Gli stessi medici erano poco propensi invece a discutere con i familiari di trattamenti palliativi o più conservativi. Proprio in quest'area decisionale definita 'grigia' per l'assenza di chiare evidenze, sembrerebbero risiedere le differenze di spesa fra gli stati.

Accedendo al sito <http://www.dartmouthatlas.org/> si può osservare come nel 2006 a Minneapolis Medicare abbia speso 6.705 dollari per paziente, mentre a Manhattan ne siano stati spesi ben 12.114.

La crescita della spesa negli USA dal 1992 è stata in media del 3.5% l'anno, con una forbice che ne evidenzia la geoparalizzazione. Si va dal 5% di Miami al 2.4% di S Francisco (Fig. 2).



Fig. 2 Tasso di crescita annuale della spesa sanitaria 1992-2006 in alcune regioni USA (modificata da N Engl J Med 2009; 360: 849-852)

Se tutti gli stati si orientassero ad un comportamento simile alla regione più virtuosa nel 2009 il risparmio del solo Medicare sarebbe di 758 miliardi, con un risparmio globale di 1.420 miliardi di dollari. Certo questo non pareggerebbe il bilancio sanitario ma riporterebbe la spesa sulla buona strada senza rinunciare minimamente ai benefici del progresso tecnologico.

Che fare? I medici dovrebbero sempre condurre in prima persona il percorso diagnostico-terapeutico, sono loro i solo responsabili delle scelte da proporre agli assistiti e questi ultimi sono ancora largamente fiduciosi riguardo ai consigli ricevuti.

Si suggeriscono tre livelli di leadership che il medico non deve lasciarsi sfuggire

- a. Saper spiegare al paziente i casi in cui l'attesa, la terapia conservativa, non sono una scelta inferiore ad un approccio aggressivo e costoso
- b. Saper mantenere la credibilità verso gli assistiti per contrastare la crescita nell'offerta di servizi sanitari sempre più costosi da parte del privato.
- c. Saper consigliare sul come ottenere la cura migliore al prezzo più favorevole

Il Governo deve attuare piani sanitari che aiutino i medici nella difficile scelta di procedure e percorsi più corretti e meno dispendiosi, a parità di risultati. Bisogna concentrarsi sulle aree di eccesso di spesa, ospedalizzazione eccessiva, visite specialistiche pleonastiche, esami strumentali e di laboratorio inutili.

Un commento, modesto e scontato: ... spendere meglio equivale quasi sempre a spendere meno (talora anche ... viceversa).

Giovanni Peronato  
Day Service Reumatologia  
Ospedale S. Bortolo - Vicenza

(1) Michael Grunwald. A first step on health care. Time online. 4 novembre 2008  
[http://www.time.com/time/specials/packages/printout/0,29239,1856381\\_1856380\\_1856379,00.html](http://www.time.com/time/specials/packages/printout/0,29239,1856381_1856380_1856379,00.html)

(2) Fisher ES, Bynum JP, Skinner JS. Slowing the growth of health care costs - lessons from regional variation. N Engl J Med. 2009; 360: 849-852.  
<http://content.nejm.org/cgi/content/full/360/9/849>