

## CALMIERARE I COSTI DELL' ASSISTENZA SANITARIA CON IL COMPUTER: RISCHIO, OPPORTUNITÀ O PIA ILLUSIONE?

Un lavoro comparso su JAMA<sup>1</sup> nell'aprile di quest'anno valuta quanto possa incidere sulla richiesta inappropriata di esami di laboratorio far sapere al personale sanitario richiedente il "costo" di un esame in puri termini di rimborso, senza prendere in considerazione le spese aggiuntive di tutte le altre fasi collegate, dai costi generali, a quelli di personale o di organizzazione. Lo strumento utilizzato è stato un trial clinico controllato condotto presso l'ospedale Johns Hopkins di Baltimora dal novembre 2009 al maggio 2010, dopo aver registrato le frequenze di richiesta degli stessi esami nei sei mesi precedenti. Nello studio sono stati inclusi i 35 esami più frequentemente richiesti e i 35 più costosi. Nel braccio attivo dello studio, al momento della richiesta elettronica di esami, il personale medico e non medico dei vari reparti (medici, chirurgici, terapie intensive) si è visto riportare accanto ad ogni esame la corrispondente tariffa. Al termine del periodo fissato, sono stati valutati i dati relativi alle differenze nella richiesta di esami rispetto al precedente periodo di osservazione. **Si è osservata una riduzione modesta ma statisticamente significativa nelle richieste durante la fase attiva dello studio.** Gli autori concludono che approcci di questo tipo nella richiesta di prestazioni diagnostiche, adeguatamente integrati da ulteriori azioni educative e da un atteggiamento di **gestione responsabile dei beni comuni**, hanno la potenzialità di migliorare l'appropriatezza delle richieste, evitando però di incorrere nel rischio opposto, cioè non richiedere prestazioni necessarie sulla sola spinta di ragionieristiche "spending review".

Più frequenti	USA \$ (Italia €)	Più costosi	USA \$ (Italia €)
Glucosio	5.49 (1.60)	Genotipo HCV	238.6 (64.25)
Emocoltura	15.07 (27.00)	Citomegalovirus PCR	15.07 (36.80)
LDH	15.59 (2.65)	Selenio	37.27 (7.05)
CK	9.51 (2.65)	<b>Renina</b>	32.12 (26.30)
Urinocoltura	11.79 (6.30)	<b>Aldosterone</b>	11.79 (14.90)
Troponina	14.37(16.70)	<b>PRL</b>	14.37 (13.25)
Ferritina	19.89 (13.25)	<b>Testosterone totale</b>	37.70 (13.25)
<b>TSH</b>	24.53 (13.25)	<b>PTH</b>	60.27 (21.40)
Potassio	6.70 (1.30)	<b>Eritropoietina</b>	27.45 (18.00)
Lattato	15.59 (5.40)	<b>Catecolamine urinarie</b>	36.87 (12.85)

Parametro valutato	Intervento*	Controlli° (p)
Variazione media richieste/test	- 1383 <sup>§</sup>	+ 234 (.006)
Variazione media frequenza	- 8.6	+ 1.60% (.13)

Campionamento eseguito su 458.297 richieste

\*richieste con costi visibili

°braccio di controllo (richieste per pazienti senza indicazione dei costi)

p: significatività

§differenza in USD

Commentando questo lavoro, William Tierney si chiede<sup>2</sup> se il grandioso sforzo che l'amministrazione Obama sta intraprendendo per sostenere il progetto della cartella clinica elettronica e del supporto informatico alle decisioni, recentemente finanziato con oltre 19 miliardi di dollari, si debba intendere come uno strumento per abbattere indiscriminatamente esami e trattamenti indipendentemente dalla loro appropriatezza, oppure per salvaguardare l'essenziale. "Non sappiamo", dice Tierney, "se al termine della sperimentazione gli amministratori del Johns Hopkins si siano convinti a continuare sulla strada indicata nello studio e magari abbiano deciso di estendere la pubblicazione dei costi anche per le procedure cliniche, per i dispositivi e per i trattamenti terapeutici: **I medici chiedono gli esami per molte ragioni**, alcune **razionali** (il miglior equilibrio tra contenuto informativo e possibilità di assumere decisioni) e **altre** sostenute da paure "**irrazionali**", come il timore di omettere una diagnosi di patologia grave (es. un cancro) anche in mancanza di una probabilità pre-test significativa.". Le risorse informatiche promettono di aiutare a gestire sistemi sanitari complessi e a migliorare la razionalità delle scelte terapeutiche, ma difficilmente saranno in grado - da sole - di eliminare gli sprechi dell'inappropriatezza.

**"Definire, implementare e sostenere l'introduzione della tecnologia informatica in sanità richiede la sinergia di ricercatori, tecnici, amministratori e clinici, senza la quale"**, conclude saggiamente Tierney, "tutti i benefici ipotizzati sono destinati a deludere le attese e a frustrare le speranze nella maggior parte degli ospedali e degli ambulatori medici".

## Commento

I costi dell'assistenza sanitaria crescono a un ritmo annuale apparentemente inarrestabile anche per economie sane e minacciano di mettere seriamente in discussione la sostenibilità dei sistemi sanitari. La parte del leone, in questo incremento dei costi, sembra svolgerlo la diagnostica, se è vero che i costi di Medicare nel decennio da poco trascorso hanno visto incrementi dell'85% nella diagnostica per immagini e di laboratorio contro aumenti del 30% per le principali procedure di valutazione clinica e per i costi gestionali complessivi. È evidente che molte richieste non giustificate di esami si basano esclusivamente sulla paura collettiva ("medicina difensiva"); è anche molto probabile che tante richieste siano formulate a cuor leggero in quanto si ignorano i costi delle prestazioni. Immaginare di importare in Italia nel nostro Sistema Sanitario Nazionale questo studio sarebbe giustificato, perché **il fenomeno delle richieste inappropriate di esami diagnostici, in particolare di laboratorio, è molto rilevante**: i dati di qualche anno fa indicavano un numero di esami/paziente/anno di 17.7 (rispetto ai 7.4 della Germania). La pubblicazione dei costi degli esami alla richiesta non può rappresentare l'unica soluzione, ma può essere utilizzata come parte di una strategia complessiva e potrebbe rivelarsi efficace -specialmente in ambito endocrinologico- come stanno a dimostrare le esperienze ancora recenti del TSH reflex nel campo della patologia tiroidea.

## Bibliografia

1. Feldman LS, Shihab HM, Thieman D, et al. Impact of providing fee data on laboratory test ordering. JAMA Intern Med [2013, 173: 903-8](#).
2. Tierney W. Controlling costs with computer-based decision support. An ax, a scalpel or an illusion? JAMA Intern Med [2013, 173: 909-10](#).