

## Pressione finanziaria sul sistema sanitario e salute dei pazienti

2016-05-11 10:05:25 Redazione SI



pubblicato su:  
**SSANIA**

Giacomo Galletti

Lo schema di riferimento è il seguente: il management taglia le risorse mantenendo inalterati gli standard qualitativi che costituiscono il target premiale del professionista. Non essendo le risorse sufficienti a raggiungere l'obiettivo di qualità, come nella storiella di Maometto e della montagna sarà la qualità del servizio ad adeguarsi zitta zitta alle risorse più risicate. Fino a generare scandali.

**Quando la madre morì nel 2007 nella cittadina inglese di Stafford, una manciata di chilometri a nord di Birmingham, Julie Bailey promosse una campagna chiamata *Cure the NHS* per richiedere una maggior qualità assistenziale dell'ospedale locale.** Quello che in seguito divenne noto come lo "Scandalo dell'ospedale di Stafford" consisteva in una elevata mortalità che, in seguito ad un'inchiesta condotta l'anno successivo dalla *Commission for Healthcare Audit and Inspection*, si rivelò frutto di trascuratezza e scarsa integrità professionale nelle cure offerte dal maggior ospedale della zona.

**Circa due anni fa, il 30 aprile del 2014, dall'altra parte dell'Atlantico, un servizio della CNN puntava il dito contro il personale clinico di alcuni centri della Veteran Health Administration (VHA) dell'Arizona, dove a Phoenix 35 veterani sarebbero deceduti nell'attesa di ricevere le cure necessarie.** Nell'indagine, in seguito estesa anche ad altri stati, scese in campo l'FBI, che evidenziò "carenze sistemiche significative e croniche" alimentate da una "cultura corrosiva"[1] nell'ambito della VHA.

Nel mare magno dell'opacità professionale, amministrativa e morale dei sistemi delle cure in tutto il mondo, questi casi non rappresentano che due gocce nell'oceano, due gocce all'interno delle quali, però, Gregg Bloche scorge riflessi di un comune denominatore che non viene menzionato frequentemente negli scandali di corruzione o malasana: il rapporto tra i costi e la qualità delle cure.

**Il professor Bloch insegna Legge alla Georgetown University, ad una passeggiata di distanza dal Lincoln Memorial lungo la sponda nord del Potomac river.** È considerato un esperto internazionale di diritti e politiche sanitarie, ed il titolo della sua pubblicazione del 2011 che potremmo grossolanamente tradurre come: "Il mito di Ippocrate: perché i medici sotto pressione razionano le cure, fanno i politici e compromettono la promessa di guarigione"[2], fa capire il suo punto di vista sulla questione.

**L'articolo apparso sul *New England Journal of Medicine (NEJM)* il 17 marzo scorso si intitola *Scandal as a Sentinel Event – Recognizing Hidden Cost-Quality Trade-offs* [3];** in soldoni sostiene la tesi secondo cui gli scandali, come quelli precedentemente riportati, possano costituire un segnale di allarme dell'errata programmazione dell'offerta di servizi a livello tanto finanziario quanto organizzativo. Lo schema di riferimento è il seguente: il management taglia le risorse mantenendo inalterati gli standard

qualitativi che costituiscono il target premiale del professionista. Non essendo le risorse sufficienti a raggiungere l'obiettivo di qualità, come nella storiella di Maometto e della montagna sarà la qualità del servizio ad adeguarsi zitta zitta alle risorse più risicate.

Fino a generare scandali.

**Gli scandali diventano così eventi sentinella: “indicatori del rischio che i professionisti delle cure passino da uno stato di frustrazione ad uno di insensibilità, per arrivare alla corruzione laddove il legame tra richiesta di parsimonia e domanda di eccellenza diventa insostenibile”.**

**Il punto di vista di Bloche ha tre rischi ed un vantaggio.**

**Innanzitutto**, sebbene l'autore specifichi chiaramente che “l'analisi non sgancia i medici dalle responsabilità connesse a comportamenti disonesti o alla trascuratezza della cura”, chi volesse puntare il dito contro le politiche sanitarie deresponsabilizzando i professionisti scorretti avrebbe qualche argomento in più. In un contesto come il nostro, dove purtroppo i casi di corruzione tra i professionisti delle cure sembrano piuttosto diffusi, come segnalato anche recentemente da Transparency International Italia[4], questo tipo approccio potrebbe dare l'impressione dello scaricabarile.

**In secondo luogo**, sembra semplicistico vedere lo scandalo come segnale d'allarme degli effetti della riduzione dei costi sulla qualità, quando in realtà si riduce ad una casistica che di per sé mal rappresenta la complessità di un sistema di relazioni (e interessi), dove la propensione del medico a barare si misura con quella del paziente ad ottenere dei vantaggi, dell'amministrazione e del management a riportare risultati premianti, della politica a raccogliere consensi dai diversi livelli organizzativi...

**In terzo luogo**, l'approccio potrebbe rendere l'“alert” scandalistico più allettante di altre misure in realtà più efficaci anche in ottica preventiva, ovvero quegli indici e indicatori che, confrontati nel tempo o nello spazio, in modo aggregato o disaggregato, possono evidenziare le “anomalie” di un sistema.

**Di certo, il messaggio di Bloche è comunque importante, perché riporta l'attenzione sul tema delle distorsioni nella qualità ed equità delle cure causate dalla riduzione delle risorse.** Su questo tema si è peraltro impegnato il prestigioso *think tank* britannico del King's Fund, che meno di due settimane dopo la pubblicazione dell'articolo di Bloche, metteva online un documento che vale davvero la pena di segnalare: **“Sei modi in cui la pressione finanziaria sul NHS può condizionare la salute dei pazienti”**[5].

In estrema sintesi, l'articolo, di cui si raccomanda fortemente la lettura, parte dalle quattro opzioni che ha a disposizione il *provider* per confrontarsi con la domanda assistenziale in un contesto di risorse finanziarie scarse: **il deficit (non sostenibile), la maggior produttività, la limitazione dell'accesso ai servizi, la “diluizione” della qualità dei servizi.** A seconda della strategia adottata, gli effetti sul paziente possono essere sei. I primi cinque riguardano l'accesso: la “deviazione” verso un altro servizio all'interno del sistema; il prolungamento dell'attesa; il rifiuto dell'intervento assistenziale; l'esclusione per ineligibilità; la deterrenza attraverso l'attivazione (più o meno consapevole) di procedure di accesso complesse.

L'ultimo effetto non riguarda l'accesso, ma la diluizione della qualità del servizio nel tempo o nell'intensità dell'intervento.

È interessante raccontare i sei effetti del de-finanziamento del sistema sanitario citati dal King's Fund poiché danno la misura di quanto le dinamiche dei rapporti costi-qualità possano minare un sistema delle cure in modo complesso, mirato e silenzioso, senza che necessariamente si verifichi alcuno scandalo. **Il punto è che senza una Julie Bailey che portasse alla luce quello che stava accadendo di Stafford, forse nessuno sarebbe andato a guardare i tassi di mortalità ospedaliera, e a Bloche non sarebbe venuto in mente di eleggere lo scandalo a sentinella dei trend costi-qualità.**

Con un sistema di indicatori a monitorare gli accessi ai servizi e i percorsi assistenziali, anche solo per macroaree, non saremmo probabilmente a parlare di Julie Bailey, e tantomeno di Bloche.

**È sempre piuttosto facile criticare il dito, mentre è sempre complicato capire il valore della luna. E secondo me la luna che descrive Bloche si può scorgere leggendo più attentamente, anche tra le righe, il suo lavoro.**

L'articolo compare sul *NEJM* nella sezione “*Perspective*”, prospettiva. Ed è proprio nell'ottica della

prospettiva che possiamo tentare di leggerne le argomentazioni: gli scandali sono raccontati in “prospettiva storica”, cioè sono avvenuti in un determinato luogo e tempo, hanno avuto certi effetti nefasti e si sono conclusi in un certo modo; il trend divergente tra i costi e gli standard qualitativi è una “prospettiva nuda e cruda”.

Questo trend è sempre più diffuso, marcato, supportato, nascosto. Su una sponda dell’Atlantico esso si manifesta come l’erede naturale di un sistema privatistico che genera le cure più costose al mondo; sull’altra sponda dell’Atlantico questo stesso trend è il figlio di una visione che, ad un certo punto della storia occidentale, ha valutato il Welfare di Beveridge inferiore rispetto a quello di Bismarck (una valutazione di opportunità, a quanto pare, dato che le performance in termini quantitativi dipendono molto da cosa si voglia misurare e come. Se ci limitassimo – almeno prima della crisi – a prendere in considerazione la spesa sanitaria procapite, gli anni potenziali di vita perduti per nove cause di morte, la percentuale di occupati e il rapporto tra lavoratori dipendenti e autonomi, non ci sarebbe competizione[6]).

Nella sfida tra Bismarck e Beveridge, il primo caduto sul campo tra i sistemi “pubblici e universali” rischia di essere proprio l’NHS: a febbraio 2016, a 35 mesi dalla sua riorganizzazione, il National Health System registra la peggior prestazione di sempre (di sempre!) del sui tempi di attesa[7].

**Ragionando in prospettiva, più che la sentinella di un’errata (distorta) programmazione lo scandalo cui fa riferimento Bloche è il simbolo visibile e rumoroso di una crisi dei sistemi di welfare silenziosa, rassegnata e magari, secondo alcuni, perfino guidata.** Una crisi che è frutto non solo dell’incapacità di programmare l’offerta assistenziale in modo adeguato alle risorse disponibili, ma anche di una “visione” di equità, integrità, di valore delle cure e delle relazioni che sta iniziando ad incrinarsi.

Se non si diffondono in modo rapido e deciso la volontà e la cultura del monitoraggio attraverso apposite *watchtower*, cioè ideali “torri di avvistamento” costituite da set di indicatori idonei ad osservare e misurare l’accessibilità e la qualità delle cure, a far da sentinella al funzionamento dei sistemi sanitari non rimarrà che lo scandalo.

Giacomo Galletti, Agenzia Regionale di Sanità, Regione Toscana

## Bibliografia

1. Kuhnhen J. [VA review finds ‘significant and chronic’ failures](http://bigstory.ap.org). bigstory.ap.org, 28.06.2014
2. The Hippocratic Myth: Why Doctors Are Under Pressure to Ration Care, Practice Politics, and Compromise Their Promise to Heal. M. Gregg Bloche, Palgrave Macmillan, 2011.
3. Bloche GM. [Scandal as a Sentinel Event — Recognizing Hidden Cost–Quality Trade-offs](#). N Engl J Med 2016; 374:1001-1003
4. Barbieri G. [Rapporto shock di Transparency Italia](#). Quotidiano Sanità, 06.04.2016
5. Robertson R. [Six ways in which NHS financial pressures can affect patient care](#). Kingsfund.org.uk 31.03.2016
6. Anessi Pessina E, Longhi S. [Beveridge vs Bismarck](#). Saluteinternazionale, 08.06.2009
7. Haroon Siddique. [NHS England records worst performance for second month in a row](#). The Guardian, 14.04.2016

- Facebook
- Twitter
- LinkedIn
-