

Disinvestire in avidità per riallocare in appropriatezza

Luciana Ballini

Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Regione Emilia-Romagna; Azienda USL di Reggio Emilia

Riassunto. Negli ultimi anni ha suscitato interesse e crescenti aspettative il concetto di disinvestimento come processo di riduzione delle risorse dedicate a una azione o servizio con conseguente recupero monetario o di beni. L'azione di disinvestimento può proporsi in due tipologie di situazioni generali: la dismissione *tout court* di pratiche divenute obsolete o la cessazione mirata di utilizzo inappropriato di prestazioni efficaci. Entrambe le situazioni risultano da una analisi comparativa del rapporto tra benefici e rischi e sono frutto di una conclusione: l'intervento offre benefici aggiuntivi di valore basso o nullo, oppure i rischi e i danni sono maggiori dei probabili benefici, oppure i costi dell'intervento non sono proporzionali ai benefici aggiuntivi prodotti.

A questi concetti, declinati in ambito sanitario, si è rifatta una serie di articoli pubblicati sul *Lancet* e dedicati al tema della giusta cura (*The Right Care*), definita come la cura o assistenza disegnata per ottimizzare salute e benessere attraverso l'erogazione di ciò che è necessario, richiesto, clinicamente efficace, conveniente, equo e legato ad un uso responsabile delle risorse. In questo contributo se ne presenta una sintesi e un commento.

Parole chiave. Appropriatezza, economia sanitaria, performance, empowerment.

Abstract. During the last years disinvestment, considered a process aimed at reducing resources dedicated to an action or a service in order to recover money and properties, has aroused much interest and many expectations. Disinvestment can be proposed in two general situations: the *tout court* disinvestment of obsolete services or the targeted cessation of inappropriate use of effective services. Both situations result from a comparative analysis of the relationship between advantages and risks and they are the outcome of a conclusion: the action offers low - or no - added advantages; or risks and damages are higher than the possible benefits; or the costs related to the action are not proportional to the created added advantages.

A series of articles published by *Lancet* that deal with the right care topic (*The Right Care*) refers to this concept used in the healthcare field. The Right Care is defined as care or assistance aimed at optimizing health and welfare by providing what is necessary, required, clinically efficient, convenient, fair and related to a responsible use of resources. This article provides a summary and a comment.

Key words. Appropriateness, empowerment, healthcare economy, performance.

Negli ultimi anni ha suscitato interesse e crescenti aspettative il concetto di disinvestimento come processo di riduzione delle risorse dedicate a una azione o servizio con conseguente recupero monetario o di beni. L'azione di disinvestimento può proporsi in due tipologie di situazioni generali: la dismissione *tout court* di pratiche divenute obsolete o la cessazione mirata di utilizzo inappropriato di prestazioni efficaci. Entrambe le situazioni risultano da una analisi comparativa del rapporto tra benefici e rischi e sono frutto di una conclusione: l'intervento offre benefici aggiuntivi di valore basso o nullo, oppure i rischi e i danni sono maggiori dei probabili benefici, oppure i costi dell'intervento non sono proporzionali ai benefici aggiuntivi prodotti.

Nel primo caso la dismissione si propone quando il problema di salute si è definitivamente risolto (per

esempio, sospensione della vaccinazione antivaiolesca e distruzione delle riserve di vaccino negli anni Ottanta a seguito della avvenuta eradicazione del vaiolo) o quando una nuova e migliore tecnologia sanitaria o pratica assistenziale è in grado di sostituire quella precedente, che viene quindi dichiarata obsoleta. I processi di dismissione di prestazioni obsolete possono essere complessi quando richiedono una programmazione dello smantellamento di linee di attività, trasferimento di risorse e competenze ad altre funzioni e efficaci piani di comunicazione a professionisti e cittadini. La dismissione e sostituzione di pratiche obsolete non comporta automaticamente dei vantaggi economici, specialmente se l'innovazione è molto più costosa, ma i vantaggi di salute ottenuti e un piano di disinvestimento ben disegnato possono contribuire a rendere l'innovazione sostenibile.

Nel secondo caso il ritorno economico è meno apparente e scontato, in quanto il servizio, la prestazione o la tecnologia rimangono in essere, ma vengono utilizzati solamente per le condizioni in cui i benefici prevalgono sui rischi e sui potenziali danni. Non si verifica quindi il ritorno economico derivato dalla dismissione di investimenti e risorse immesse in un servizio, bensì una riduzione di costi di salute ed economici dovuti all'uso improprio di prestazioni efficaci.

La rivista *Lancet* ha recentemente dedicato una serie di articoli al tema della giusta cura (*The Right Care*), definita come la cura o assistenza disegnata per ottimizzare salute e benessere attraverso l'erogazione di ciò che è necessario, richiesto, clinicamente efficace, conveniente, equo e legato ad un uso responsabile delle risorse. Con questa 'nuova' accezione si tenta di ridare slancio e interesse al concetto di appropriatezza delle cure, ripetutamente ripreso con scadenze regolari e con diverse formule lessicali (sovradiagnosi, sovra-trattamento, Choosing wisely etc).

I quattro articoli (Brownlee et al, 2017; Glasziou et al, 2017; Saini et al, 2017; Elshaug et al, 2017) e i tre editoriali (Kleinert e Horton, 2017; Berwick, 2017; Saini et al, 2017) contenuti nella Serie riprendono concetti già noti: l'inaccettabile spreco di risorse causato dal sovra-utilizzo; l'altrettanto inaccettabile costo di salute del sotto-utilizzo, che in ultima analisi causa anche aumenti di spesa; la co-esistenza dei fenomeni di sovra- e sotto-utilizzo all'interno dei diversi livelli di aggregazione (sistema sanitario, nazione, regione, ospedale, distretto); la loro presenza sia in Paesi ad alto che a basso o medio reddito e in tutte le discipline cliniche-assistenziali; la necessità di affrontare i due fenomeni contemporaneamente, considerandoli due espressioni del medesimo problema.

Nella Serie ci sono tuttavia alcune considerazioni che, pur non essendo propriamente nuove, vengono espresse e messe in luce in maniera più incisiva del solito.

Sull'utilizzo 'appropriato' delle prestazioni

La prima considerazione riguarda la definizione di utilizzo appropriato, da cui conseguono le definizioni di sovra- e sotto-utilizzo. La definizione apparentemente chiara (prestazioni con il miglior rapporto tra rischi e benefici) viene facilmente 'corrotta' da alcuni fatti: l'incertezza che accompagna le evidenze sui benefici e rischi di numerosi interventi sanitari; la difficoltà ad avere dati affidabili sugli effetti per specifiche sottopopolazioni di pazienti (la cosiddetta 'zona grigia'); il ruolo delle preferenze dei sin-

goli pazienti, i cui valori possono alterare il rapporto rischio/beneficio, ma devono essere tenuti in considerazione; la variabilità tra Paesi nella valutazione del costo-utilità, che riflette la diversità nei sistemi di erogazione dei servizi e nella disponibilità di risorse economiche. La presa in considerazione di questi elementi fa sì che la caratterizzazione del rapporto rischi e benefici risulti 'fluttuante'.

Sulle due facce dell'inappropriatezza

La seconda considerazione – strettamente connessa alla prima – riguarda la mancanza di evidenze robuste che documentino le due facce dell'inappropriatezza. Negli articoli vengono riportati i risultati di diversi studi e revisioni sistematiche che hanno documentato e quantificato l'esistenza del fenomeno per specifiche prestazioni o servizi, con percentuali di sovra-utilizzo che arrivano fino all'80%. Tuttavia questi dati, pur fortemente suggestivi dell'esistenza e persistenza del fenomeno, costituiscono una base conoscitiva frammentata e non offrono una base metodologica utile ad ottenere un corpo di conoscenza sistematico e generalizzabile. Se la misurazione sistematica del sovra-utilizzo viene considerata molto difficile, la raccolta di evidenze che documentano la prevalenza del sotto-utilizzo appare ancora più ardua ed è già stato dimostrato che la misurazione della variabilità nei volumi delle prestazioni – accattivante per fattibilità – non costituisce una misura indiretta affidabile dell'inappropriatezza.

Entrambi gli articoli dedicati al tema della misurazione del sovra- e sotto-utilizzo concordano sulla mancanza sia di una base empirica solida per documentare i fenomeni, sia di un approccio metodologico percorribile su grande scala (Brownlee et al, 2017; Glasziou et al, 2017). Infine, viene sottolineato come non vi siano evidenze robuste sui danni alla salute causati dal sovra- o sotto-utilizzo e che vi è incertezza sulla reale entità di ritorno economico conseguibile attraverso la riduzione o eventuale eliminazione del sovra- e sotto-utilizzo. Poiché gran parte di quello che sappiamo sull'argomento è frutto di stime estrapolazioni, viene richiamata la necessità di definire il problema in maniera più stringente e di sviluppare un'agenda di ricerca e strumenti in grado di fornire evidenze robuste.

Sull'adeguatezza degli strumenti di indagine

Dal momento che le evidenze che documentano l'inappropriatezza delle cure sono così deboli, che cosa spinge a credere che siano gli strumenti di indagine ad essere inadeguati piuttosto che l'entità del problema ad essere contenuta?

Una possibile risposta viene dal terzo degli articoli della Serie sui principali motori della scarsa qualità delle cure (Saini V et al, 2017). Gli autori descrivono la rete delle influenze che contribuiscono alla scarsa qualità delle cure attraverso l'analisi dei fattori che caratterizzano tre principali ambiti: l'ambito del denaro e della finanza, quello della conoscenza e dell'incertezza, quello del potere e delle relazioni. Ognuno dei tre ambiti viene sviluppato in maniera dettagliata con ricchezza di referenze bibliografiche a supporto della descrizione fornita.

Nello sviluppare l'ambito del denaro e della finanza, gli autori illustrano come qualsiasi tipologia di finanziamento dei servizi e strutture sanitarie ('a pioggia', per quota capitaria, per DRG, per performance, etc) abbia consentito – suo malgrado – lo sviluppo di comportamenti non virtuosi che hanno invalidato gli obiettivi di incentivazione alla qualità delle cure e alla corretta ed equa allocazione delle risorse. Anche gli incentivi e disincentivi per professionisti o pazienti, come i *fee-for-service* o i sistemi di *co-payment*, si sono rilevati strumenti con potenzialità, spesso tradotta in reale capacità, di ottenere l'effetto contrario rispetto all'erogazione e utilizzo appropriato delle cure. Gli interessi commerciali dei produttori di tecnologie sanitarie, infine, riescono a distorcere i bisogni indirizzando strategie di ricerca e di mercato verso prodotti a maggior profitto, piuttosto che verso quelli a maggior valore aggiunto per la salute. A ciò si aggiunge la legittimazione del monopolio dei prezzi, tramite le regole della proprietà intellettuale, con la configurazione di un mercato in cui il venditore detiene il monopolio e il compratore dispone di un minimo potere, ulteriormente eroso dall'entrata nel mercato di numerose molecole prive di dimostrazione di superiorità.

Per quanto concerne la conoscenza, l'incertezza e gli assunti, gli autori, oltre ad elencare i fattori che ostacolano la diffusione e condivisione delle conoscenze scientifiche, sottolineano la forza penetrante delle informazioni inaccurate e distorte, che coltivano il fascino incontestato verso l'innovazione tecnologica e l'alta specializzazione, a scapito delle cure primarie, dei servizi territoriali e dell'integrazione delle cure. La produzione e disseminazione di informazioni fallaci, e la diluizione della ricerca clinica di buona qualità nella mole di ricerca di scarso valore – su esiti irrilevanti e verso comparatori convenienti – ha minato gli obiettivi e l'impatto della ricerca dedicata alla sintesi e diffusione delle evidenze cliniche. Quando poi l'informazione fallace e illusoria si incontra con le prospettive di guadagno dei soggetti coinvolti, la velocità di adozione degli interventi proposti accelera, nonostante i benefici derivati per i pazienti siano privi di significato e rilevanza.

Sul fronte del potere gli autori partono dalle asimmetrie – di conoscenza e a volte anche di valori – che caratterizzano l'incontro tra paziente e medico, per poi sottolineare come la salute rappresenti l'arena di contesa per il controllo politico. L'assistenza e le cure sono il risultato netto del potere relativo esercitato dai diversi portatori di interesse, al fine di influenzare il processo decisionale nella relazione tra medico e paziente. "Le società scientifiche e professionali, i centri accademici, gli interessi commerciali, i rappresentanti dei pazienti e i mass media condizionano il modo in cui i cittadini concepiscono l'assistenza sanitaria. Lo fanno attraverso la creazione e il rinforzo di potenti categorie di concetti quali l'autonomia professionale, l'auto-regolamentazione, l'innovazione, la scienza, il valore, i diritti degli individui all'assistenza migliore, mentre rimangono silenti sui temi della costo-opportunità, dei benefici marginali utilizzando definizioni allargate di intervento salva-vita."

L'incapacità di fortificare l'etica professionale e di proteggere la relazione terapeutica da interessi economici distorcono la cura medica, la cui scarsa qualità è ulteriormente favorita dall'impotenza dei cittadini, dall'avversione dei politici a definire le priorità e dalla debolezza degli organismi di controllo e governo. Gli organi di regolamentazione e controllo sono i principali agenti di difesa del bene comune di cui i cittadini dispongono. Ma – gli autori sottolineano – la "cattura della regolamentazione" (*regulatory capture*), da parte degli interessi commerciali dominanti a cui questi organismi sono esposti, mette a repentaglio la terzietà, neutralità e oggettività delle attività regolatorie, con rischio di interpretazioni del mercato favorevoli ai soggetti controllati. Infine "la selezione dei leader politici nazionali è essa stessa soggetta alle opposte richieste dei portatori di interesse [mentre] una carriera in politica sanitaria agli alti livelli può contemplare lo scambio da un lato del tavolo all'altro."

Conclusioni

Gli autori concludono questa complessa e articolata analisi sostenendo che alla base dell'assistenza sanitaria di bassa qualità vi è l'avidità (*greed*) e che il recupero di rilevanti risorse economiche e strutturali può avvenire attraverso un serio e convinto attacco all'avidità.

L'ottimizzazione del ritorno di salute dagli strumenti, tecnologie e prestazioni rimane una potenzialità del contrasto al sovra- e sotto-utilizzo delle tecnologie e prestazioni sanitarie disponibili, ma necessita di strumenti per la misurazione dell'ina-

appropriatezza, di ricerca per la riduzione dell'incertezza e di una migliore caratterizzazione che renda ineludibile l'assegnazione delle priorità. Alcuni strumenti di supporto alla prioritarizzazione sono ad oggi ancora poco sfruttati: le tecniche proposte per valutare il valore dell'informazione scientifica aggiuntiva sono state giudicate troppo complesse, e quindi rigettate, dai decisori, mentre l'Health Technology Assessment, utilizzato principalmente per confrontare una tecnologia verso il suo diretto comparatore, non viene impiegato per informare processi decisionali su politiche sanitarie o interventi correnti.

Altrettanto restii a ragionare in termini di priorità sono i cittadini. Eppure è necessario che anche i cittadini comincino a pensare al tipo di servizio sanitario che desiderano avere e mantenere, e sull'opportunità di partecipare coscientemente a processi che selezionino prodotti e prestazioni per efficacia e sicurezza, valore terapeutico aggiuntivo e sostenibilità, anche rinunciando allo sfavillio dell'innovazione tecnologica subito e a qualsiasi costo.

Bibliografia

- Berwick DM (2017), Avoiding overuse: the next quality frontier, *Lancet*, published online January 8, 2017. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32570-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32570-3)
- Brownlee S, Chalkidou K, Doust J et al (2017), Evidence for overuse of medical services around the world, *Lancet*, published online January 8, 2017. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32585-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32585-5)
- Elshaug AG, Rosenthal MB, Lavis JN, Brownlee S et al (2017), Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value health care, *Lancet*, published on line 8 January 2017. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32586-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32586-7)
- Glasziou P, Straus S, Brownlee S et al (2017), Evidence for underuse of effective medical services around the world, *Lancet*, published online January 8, 2017. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30946-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30946-1)
- Kleinert S, Horton R (2017), From universal health coverage to right care for health, *Lancet*, published online January 8, 2017. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32588-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32588-0)
- Saini V, Brownlee S, Elshaug AG et al (2017), Addressing overuse and underuse around the world, *Lancet*, published online January 8, 2017. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32573-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32573-9)
- Saini V, Garcia-Armesto S, Klemperer D et al (2017), Drivers of poor medical care, *Lancet*, published on line 8 January 2017. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30947-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30947-3)