



Il Manuale di Clinica Pratica

Titolo Spesa e salute
Data 27 gennaio 2006 alle 00:07:00
Autore G. Ressa R Rossi

Rossi:

Gli anziani che vivono in alcune regioni degli Stati Uniti in cui l'uso delle risorse sanitarie è maggiore non hanno più probabilità di avere dei benefici maggiori in termini di salute rispetto a chi vive in regioni in cui si spende meno; per dare delle cifre: nel 1996 Medicare ha speso, per ogni paziente, 8414 dollari a Miami e meno della metà, 3441 dollari a Minneapolis.

Lo dimostra uno studio [1] in cui gli autori si erano proposti di rispondere alla domanda se spendendo di più in cure mediche si ottengono degli esiti migliori. I risultati trovati indicano chiaramente che non è così.

I ricercatori hanno studiato i pazienti coperti da Medicare ospedalizzati per problemi cardiaci, per cancro del colon-retto e per fratture dell'anca e un campione rappresentativo di anziani non ospedalizzati; per ognuno dei quattro gruppi i pazienti che vivono in regioni ad alta spesa ricevevano circa il 60% in più di cure ed accertamenti medici.

Ressa:

Questo, naturalmente, non vuol dire che erano curati meglio.

Rossi:

Infatti.

Gli studiosi si sono presi cura di investigare che cosa determinava la spesa più elevata e, contrariamente a quanto si potrebbe pensare, ciò non era dovuto a procedure chirurgiche particolari (che potrebbero giustificare i costi maggiori) ma soprattutto a visite mediche più frequenti, a un maggior uso di tests diagnostici e di procedure minori o ancora a una maggior richiesta di visite specialistiche e a una maggior durata dei ricoveri ospedalieri.

Come se non bastasse, vi era un rischio lievemente maggiore di morte nelle regioni che spendono di più rispetto a quelle che adottano protocolli più conservativi (probabilmente perché con l'aggressività delle cure e delle procedure diagnostiche aumentano anche i danni indotti dai medici).

Le conclusioni dello studio sono coerenti con i risultati trovati: i pazienti e i medici dovrebbero chiedersi, prima di ogni intervento, visita, accertamento, se non sia più utile spesso una vigile attesa (watch and wait). Ressa:

A proposito di America, ti racconto il caso di una mia paziente 80 enne.

Si presenta in studio tre giorni prima della partenza per gli Stati Uniti, lamentando una sintomatologia che, con un'accurata anamnesi ed esame obiettivo, potevo senz'altro ascrivere ad una esofagite da reflusso.

Ho prescritto la solita terapia del caso, spiegando all'assistita di aver un po' di pazienza prima di giudicare l'efficacia della stessa.

La paziente arriva negli USA e va a trovare la sorella affetta da cancro in fase terminale, ha una riacutizzazione della sintomatologia ma non se ne cura troppo, tornandole alla mente quanto da me detto.

La sorella però teme un attacco cardiaco e la fa visitare da un collega americano che la ricovera immediatamente; la paziente spiega, in un correttissimo inglese, quale era stata la mia diagnosi e mostra la terapia ma il collega fa spallucce.

Inizia una serie vorticoso di accertamenti a casaccio, ha fatto eseguire tutto ciò che poteva essere utile nel caso di una precordalgia passando dalla TC toracica alla prova da sforzo al cicloergometro, poi chi più ne ha più ne metta, alla fine anche una EGDS.

Diagnosi conclusiva: esofagite da reflusso, CONTO: 62 MILIONI di vecchie lire.

Rossi:

Caspita ! Come è finita ? Ressa:

La paziente era insolvente, c'è voluto l'intervento del Consolato italiano per il recupero della somma.

Ma la cosa che mi ha più deluso è la mancanza completa di metodologia clinica; mi rifiuto di credere che il collega non sospettasse dall'anamnesi e dall'esame obiettivo che fosse un'esofagite da reflusso, ma è andato avanti lo stesso in un vortice diagnostico degno di miglior causa.

Rossi:

Del resto è accertato che la qualità di un servizio affidato ai privati si presta, spesso, a molte variabili non squisitamente cliniche.

E poi ci sono le assicurazioni, le rivendicazioni medico legali, un rapporto medico paziente che è basato sulla "non fiducia" e, di conseguenza, dal "ho fatto tutto quello che si doveva fare e la diagnosi era quella".

Ressa

Detesto questa "medicina difensiva", sono convinto che un medico il quale operi in un ambiente del genere, perda inevitabilmente la sua "vis diagnostica" perché, a forza di non far girare più i neuroni, perde il filo del ragionamento clinico.

In questo modo la spesa sanitaria aumenta e, per una sorta di effetto volano, pure le polizze; gli avvocati, poi, ti fanno causa sempre e comunque "tanto è assicurato e qualche dollaro glielo spilliamo comunque", il rapporto medico-paziente muore per sempre.

Se stai male per strada, prima di prestarti soccorso, ti frugano nelle tasche per cercare la tua carta di credito, è questa la civiltà moderna ?



BIBLIOGRAFIA

1. Ann Int Med 2003 Feb 18; 138: 273-87, 288-98