

Atul Gawande ed il caso McAllen, Texas

Romolo M. Dorizzi

Laboratorio Unico di AvR, Pievesestina di Cesena (FC)

As we have become more and more dependent upon the laboratory and special investigations in making our diagnosis, we have gradually lost the faculty of clinical observation which enabled these early clinicians to make an accurate diagnosis.

William J Mayo, 1910

Experience is the great teacher; unfortunately experience leaves mental scars and scar tissue contracts.

William J Mayo, 1921

The internist, the surgeon, and the specialist must join with the physiologists, the pathologists, and the laboratory workers to form the clinical group which must also include men learned in the abstract sciences.

William J Mayo, 1921

Summary

Atul Gawande and the case McAllen, Texas

The Health reform promised by President Obama has been extensively debated in the recent months not only in United States but also all around the world both in the scientific and professional journals and in general magazines. One of the authors present in the two fields is Atul Gawande, a young endocrine surgeon and associate director of the Center for Surgery and Public Health at Brigham and Women's Hospital in Boston, Massachusetts. He is also an associate professor at the Harvard School of Public Health, an associate professor of surgery at Harvard Medical School and director of the World Health Organization's Global Challenge for Safer Surgical Care. He has written for *The New Yorker* and *Slate* pieces on medicine and public health which have been collected in his books *Complications* and *Better*, published in over one hundred countries. Born to two Indian immigrants, both doctors, Gawande grew up in Athens, Ohio. He was a Rhodes scholar (earning a P.P.E. degree from Balliol College, Oxford in 1989), and later graduated from Harvard Medical School. He was a volunteer for 1984 Gary Hart's campaign and for Al Gore's 1988 presidential campaign, served as Bill Clinton's health care lieutenant during the 1992 campaign and served as senior adviser in the

Department of Health and Human Services in the earliest months of Clinton's administration. His research aims at areas ranging from surgical technique, US military care for the wounded, error in medicine. In a very tantalizing article written for *The New Yorker* in June 2009 he reported the case of McAllen, a 100,000 inhabitants city in the Southern Texas, which is one of the most expensive health-care markets in the country; in 2006, Medicare spent there fifteen thousand dollars per enrollee, almost twice the national average. The author pointed out that cardiovascular-disease, asthma, HIV, infant mortality, cancer, and injury rates in the Hidalgo county are actually lower than the national average. Even if El Paso County, eight hundred miles up the border with Mexico, has essentially the same demographics, Medicare expenditures in 2006 at El Paso were \$7,504 per enrollee-half as much as in McAllen. We summarize Gawande's comments and opinions; an important clue is that differences in decision-making emerged only in some cases. In situations in which the right thing to do was well established, physicians in high-and low-cost areas made the same decisions, while in cases in which the science was unclear, some physicians pursued the maximum possible amount of testing and procedures; some pursued the minimum. **Key-words:** Atul Gawande, health care costs, Medicare, Mayo Clinic, McAllen.

Nei mesi scorsi, in coincidenza con l'inizio della battaglia per il varo della riforma sanitaria che il Presidente degli Stati Uniti Obama ha inserito nel suo programma elettorale, è apparso tra gli ispiratori del Presidente il Dottor Atul Gawande. "He came into the meeting with that article having affected his thinking dramatically," said Senator Ron Wyden, Democrat of Oregon. "He, in effect, took that article and put it in front of a big group of senators and said, 'This is what we've got to fix'"¹.

Obama, nel momento in cui si accinge alla più importante decisione della sua vita politica, non si limita ad ottenere informazioni dall'imponente apparato governativo degli Stati Uniti, ma raccoglie anche dati ed umori attraverso una frenetica campagna di confronto con i suoi cittadini di tutte le età e di tutte le condizioni sanitarie ed economiche ed anche dalla "letteratura secondaria" dei media (televisione, radio, rete, quotidiani e periodici autorevoli come *The New York Times*, *The Washington Post* e *The New Yorker*).

Molti anche in Italia hanno cominciato ad apprezzare l'attività e gli scritti di Atul Gawande ma, a nostro avviso, questi possono essere di un qualche interesse anche per il laboratorista.

Atul Gawande-note biografiche

Atul Gawande è nato nel 1965 a Brooklyn, New York, anche se la sua famiglia è vissuta ad Athens (Ohio) in cui i genitori, immigrati dall'India (Fig. 1), lavoravano come urologo e pediatra². Dopo avere studiato a Stanford, è andato con una borsa di studio Rhodes al Balliol College di Oxford dove si è diplomato in Philosophy, Politics and Economics nel 1989. Questo corso è la prima nota interessante nella sua biografia; non esiste un analogo in Italia ma, dopo la sua introduzione nel 1920, si è diffuso in molti paesi, soprattutto di lingua inglese^{3,4}. Il programma origina dall'assunto che per comprendere i fenomeni sociali bisogna considerarli da molti punti di vista utilizzando gli strumenti propri di discipline diverse. La filosofia fornisce strumenti come la capacità di ragionare in modo rigoroso e logico tendendo conto anche degli aspetti etici. Lo studio della politica fa conoscere la struttura della amministrazione e le modalità per governare la società contribuendo a risolvere i problemi collettivi. L'economia è ancora più fondamentale che un secolo fa, dato che le decisioni politiche hanno ricadute economiche e sono al contempo influenzate da eventi economici⁵. Questa preparazione è servita a Gawande; ha partecipato, come volontario, alla campagna di Gary Hart nel 1984, a campagne per la raccolta di fondi per l'*African National Congress* ed alla campagna del 1988 di Al Gore ed è entrato nel 1990 nello staff del Deputato Democratico del Tennessee Jim Cooper dove ha partecipato alla elaborazione di una proposta di riforma sanitaria. Ha interrotto nel 1992 gli studi in Medicina per diventare consulente per la sanità di Clinton che lo ha scelto come senior adviser del Department of He-

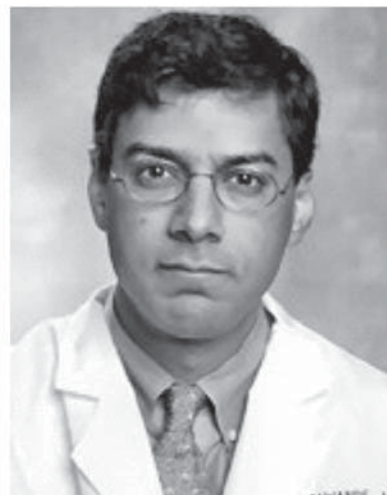


Figura 1. Il Dr. Atul Gawande in una recente fotografia.

alth and Human Services nei primi mesi della sua amministrazione. In questo periodo ha diretto uno dei tre comitati della Clinton Health Care Task Force, che si occupava di aspetti più sociali che sanitari (erogazione di sussidi e doveri dei datori di lavoro). Nel 1993, dopo avere messo nel curriculum questa rilevante esperienza politico-amministrativa ed avere conosciuto la complessa macchina amministrativa che consuma un sesto del Prodotto Interno Lordo degli Stati Uniti, è ritornato alla Harvard Medical School dove si è laureato nel 1995 e dove ha completato la sua formazione ottenendo un Master in Public Health dalla Harvard School of Public Health. Appena laureato, ha cominciato a collaborare con il giornale on-line Slate; il suo stile molto asciutto, preciso ed al contempo "empatico" ha interessato *The New Yorker*, uno dei *magazines* colti ed eleganti degli Stati Uniti, che lo ha inserito nel suo staff nel 1998. Da questo momento l'attività di Gawande si è divisa in due filoni. Da una parte ha ricoperto il ruolo di direttore del World Health Organization's Global Patient Safety Challenge ed ha pubblicato studi di tecnica chirurgica e relativi alla prevenzione dell'errore in medicina su giornali come *New England Journal of Medicine*, *Lancet*, *Health Affairs*, *Archives of Surgery*, *Annals of Surgery*, *Surgery*. Ha, comunque, continuato a produrre saggi e libri di successo per il grande pubblico: *The Best American Essays 2003*, *The Best American Science Writing 2002*, *Complications: A Surgeon's Notes on an Imperfect Science* (pubblicato in più di 100 paesi compresa l'Italia) e *Better: A Surgeon's Notes on Performance*.

Nel 2003, completata la sua formazione chirurgica è entrato al Brigham and Women's Hospital (BWH) di Boston, dove si occupa di Chirurgia Generale e Chirurgia Endocrina. Oggi è Associate Professor of Surgery alla Harvard Medical School, Associate Professor nel Department of Health Policy and Management della Harvard School of Public Health e Research Director del BWH Center for Surgery and Public Health.

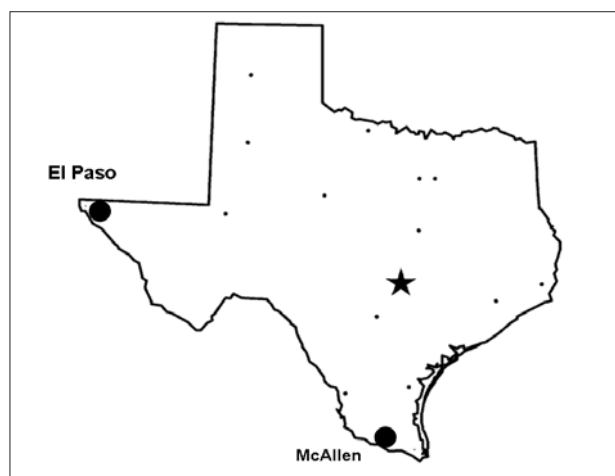


Figura 2. Posizione geografica delle città di McAllen ed El Paso.

“The Cost conundrum” della Sanità nel Texas

Gawande ha scritto molto (il suo indice h è 26 e i suoi articoli sono stati citati 3406 volte) ma l'articolo che lo ha reso famoso nel mondo “laico” è quello pubblicato sul *The New Yorker* del 1 giugno 2009: “The cost conundrum”⁵.

I dati di Gawande sono simili a quelli che l'Atlante Darmouth raccoglie da molti anni con puntigliosissima precisione; se noi sovrapponiamo alla carta geografica degli Stati Uniti quella della costosità del Sistema Sanitario ci accorgiamo di differenze tra località a pochi chilometri di distanza superiori spesso al 100%^{6,7}.

Dobbiamo convenire, purtroppo, sul fatto che esistono oramai prove solide che le differenze non trovano spiegazione né nella epidemiologia, né della qualità dei servizi. E' dimostrato che aree a poca distanza e pressoché identiche dal punto di vista demografico ma separate dal confine di uno stato o di una contea hanno una costosità totalmente diversa. La cosa che preoccupa Gawande è che non solo la situazione non è sostenibile dal punto di vista economico ma non è accettabile neanche dal punto di vista medico ed etico; una maggiore costosità non corrisponde ad una migliore assistenza ma, al massimo, ad una qualità uguale.

L'endocrinochirurgo di Boston cerca provocatoriamente le risposte visitando ospedali, colleghi ed amministratori di McAllen, la città (dopo Miami che ha un costo della vita enormemente più alto) con la più alta spesa sanitaria degli Stati Uniti, il paese con il sistema sanitario più costoso al mondo. McAllen è la città più grande della Contea texana di Hidalgo, nella valle del Rio Grande, a pochi chilometri dal confine con il Messico ed a circa 100 dal Golfo del Messico. Nell'ultimo censimento la popolazione è risultata di circa 106000 abitanti. Il filo rosso che lega i numerosi incontri che Gawande ci racconta è trovare una spiegazione del fatto che Medicare ha speso nel 2006 14946 dollari per ogni assistito a McAllen e solo 7504 ad El Paso, città che, anche se più grande di McAllen (le due contee hanno però esattamente gli stessi abitanti: 700000), si trova anch'essa sul Rio Grande sul confine messicano ed è molto confrontabile dal punto di vista socio sanitario (Fig. 2, Tab. I-II). Medicare spende a McAllen

Tabella I. Confronto delle città di McAllen e di El Paso in termini di ricchezza⁸.

	McAllen	El Paso
Reddito mediano per famiglia, 2007 (\$)	39797	35646
Percentuale con reddito inferiore al limite di “povertà” definito dal Governo	27.3%	27.4%
Popolazione ispanica	80.3%	76.6%

Tabella II. Confronto delle Contee di Hidalgo e di El Paso in termini di ricchezza e di “salute”⁸.

	Hidalgo	El Paso
Posizione del reddito pro-capite della contea a livello nazionale	La più povera negli USA	La sesta più povera negli USA
Reddito pro capite, 2007 (\$)	30295	34980
Disoccupati, 2006	7.4%	6.7%
Disoccupati, 2008	7.3%	6.3%
Morti per malattia cardiovascolare (per 100000)	251.7	235.3
Percentuale asma negli adulti 2001-2006	5.3	5.2
Casi di AIDS (per 100000)	9.8	12.5
Mortalità unfatile (per 1000)	3.9	4.0
Incidenza di cancro, 2001-2005 (per 100000)	516.6	420.1

Tabella III. Confronto delle città di McAllen e di El Paso in termini di “attività” sanitaria⁸.

	Regione ospedaliera McAllen	Regione ospedaliera El Paso
Medici (per 100000)	114 (peggiore negli USA)	144 (decima peggiore negli USA)
Posti letto (per 100000)	3.2	2.3

per ogni assistito tremila dollari più del reddito medio per cittadino di quella città.

E' molto avvincente seguire l'indagine svolta in loco; la gente comune intervistata tende ad attribuire la spesa più alta al fatto che “a McAllen ci si ammala di più ed esiste più povertà”. Tuttavia i dati demografici e di sanità pubblica non mostrano differenze significative tra la Contea di Hidalgo e quella di El Paso (Tab. II-III). Gawande visita accuratamente, da esperto, il Doctors Hospital a Renaissance nell'Area metropolitana di McAllen e trova sostanzialmente la stessa tecnologia che si può trovare alla Mayo Clinic, a Stanford ed ad Harvard. I servizi di neonatologia, di cardiocirurgia, PET..... di McAllen sono analoghi a quelli presenti nel resto del paese, ma non di qualità superiore. Perché allora costano il doppio di quelli di aree molto simili nello stesso stato?

Ancora più curioso è il fatto che nel 1992 il costo medio per il Medicare per assistito a McAllen era di 4891 dollari perfettamente in linea con il resto del paese. Da quel momento, anno dopo anno, i costi sono aumentati con un ritmo più alto del resto degli Stati Uniti fino al arrivare alla situazione del 2009. I dati del Medicare, studiati dal Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice, e quelli della spesa privata confermano che i cittadini di McAllen, quando sono malati, sono sottoposti a più esami diagnostici, più ricoveri, più interventi chirurgici, più assistenza domiciliare. Tra il 2001 ed il 2005 i pazienti assistiti da Medicare a McAllen hanno ricevuto una visita specialistica in una percentuale del 50% più alta di quelli di El Paso e ne hanno ricevuto più di dieci in sei mesi in una percentuale del 60% più alta di El Paso; sono stati sottoposti a Mineralometria Ossea Computerizzata in una percentuale del 30% più alta, a test da sforzo con ecografia del 60%, a studi uro-flussografici del 550%. Gli interventi chirurgici sono stati da un quinto a due terzi più numerosi, mentre procedure come l'impianto di pace-maker e di defibrillatori, interventi di by-pass, endo-arteriectomie e stent coronarici sono stati due-tre volte più numerosi e le visite domiciliari cinque volte più numerose. Naturalmente, il cittadino, ed ancora più il medico, potrebbero essere poco preoccupati di una tale situazione se costi maggiori portassero a qualità ed a salute maggiori e se se fosse vero l'aforisma “more is better”. Tuttavia, convince del contrario anche il più scettico il fatto che a Rochester, Minnesota, patria della Mayo Clinic, i costi per Medicare per anno sono meno della metà che a McAllen, 6688 dollari, e che i quattro stati con la spesa più alta, Luisiana, Texas,

California e Florida, sono verso il fondo della classifica della qualità assistenziale. Nel 2003 ricercatori del Dartmouth Atlas hanno dimostrato, e lo hanno confermato di recente⁷, che i pazienti anziani con cancro del colon-retto, frattura del bacino, infarto che abitavano negli stati a spesa più alta erano sottoposti a più esami e procedure, più visite specialistiche e più ricoveri, ma non solo non avevano sopravvivenza più lunga o qualità di vita o livello di soddisfazione più elevata, ma tutti questi parametri risultavano addirittura più bassi. E' stato stimato che un terzo delle spese del sistema sanitario USA potrebbe essere risparmiato se il livello di spesa degli stati a spesa media-alta fosse portato a quello degli stati a spesa più bassa.

Una possibile spiegazione

Le visite successive di Gawande ai medici ed agli amministratori di McAllen confermano la sua prima impressione; sono orgogliosi della qualità del sistema sanitario della loro contea ma non hanno alcuna percezione di come qualità, quantità e costosità di esso sia confrontabile con il resto del paese. Tuttavia, i costi della sanità derivano, in ultima analisi, dall'insieme delle decisioni individuali dei medici circa quali esami e quale terapia prescrivere. *La strumentazione più costosa è la penna (o il PC) del medico e né l'amministratore, né il politico possiede il cappuccio (o la password) ma solo il medico.*

Recentemente, al fine di chiarire le differenze delle modalità prescrittive sono stati indagati i medici di medicina generale che operano in città ad elevata spesa, come Las Vegas e New York, città a bassa spesa, come Sacramento e Boise, e città con spesa intermedia. I risultati sono molto interessanti, e per certi versi incoraggianti: nelle situazioni in cui le strategie appropriate erano ben codificate e condivise, i medici appartenenti ai tre gruppi facevano le stesse scelte. La grande differenza si verificava nelle situazioni in cui non esistono comportamenti ottimali condivisi. In queste circostanze, alcuni medici richiedevano il numero massimo di esami e procedure, altri il minimo; fondamentale nell'indirizzare il medico prescrittore verso uno dei comportamenti è il tipo di formazione e la provenienza del singolo medico, quella che una volta si chiamava la “Scuola”. Per esempio, i medici prescrivevano con la stessa probabilità ad una donna settantacinquenne con bruciore di stomaco ed una “copertura assicurativa adeguata a coprire esami e farmaci” farmaci antiacidi e la ricerca dell'*Helicobacte pylori*. Mentre il 70% dei medici della aree a spesa più elevata mandavano la paziente in consulenza dal gastroenterologo e richiede-

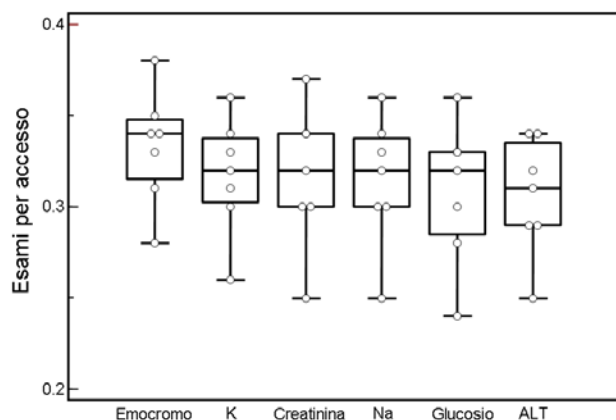


Figura 3. Esami di laboratori richiesti in modo omogeneo nel Pronto Soccorso di AVR nei mesi maggio-luglio 2009.

va un esame endoscopico, questo avveniva solo nel 35% dei casi nelle aree a bassa spesa.

E' più difficile fare paragoni con la situazione italiana per quanto riguarda il sistema di retribuzione dei medici negli Stati Uniti ed in Italia; Gawande ipotizza infatti che se McAllen prevedesse un sistema in cui i medici sono pagati per quota capitaria e non sulla base delle prestazioni (come la Mayo Clinic fa da sempre, non solo nella sede originale in Minnesota, ma anche nelle sue sedi satelliti in Florida ed in Arizona) rappresenterebbe un elemento importante nel rallentare la crescita della spesa sanitaria. La raccomandazione dei fratelli Mayo di collaborare tra colleghi di discipline diverse e di perseguire una pratica della medicina che tenga il paziente realmente al centro è stata applicata con grande successo in altre realtà come quella di Grand Junction, Colorado, Geisinger Health System, a Danville, Pennsylvania, Marshfield Clinic, a Marshfield, Wisconsin, Intermountain Healthcare, a Salt Lake City e Kaiser Permanente, in California.

La conclusione e la convinzione di Gawande è che non debba essere fatta la scelta tra sistema pubblico e sistema privato, tra assistenza sanitaria gestita dal governo o dalle società di assicurazioni private; con il livello di consumo delle risorse e una spesa sanitaria annua di 2.4 trilioni (2400 miliardi) di dollari, che arriveranno a 4400 nel 2018, il sistema andrebbe in bancarotta. I medici degli Stati Uniti devono riflettere attentamente sul loro ruolo; se non sceglieranno bene e non si metteranno sulla scia di personaggi come William e Charles Mayo, "McAllen non sarà più un outlier ma diventerà il futuro della sanità americana".

L'articolo di Gawande è stato ripreso da tutti i giornali statunitensi ed è stato seguito da un acceso dibattito⁸⁻¹⁰. E' comunque fondamentale ancorare la discussione ad una valutazione oggettiva delle prestazioni sanitarie a livello regionale e nazionale; questo consente numerosissime considerazioni. Se può impressionare sapere che nella comunità di 300000 anime di Cedar Rapids sono eseguite ogni anno 52000 TAC, questo

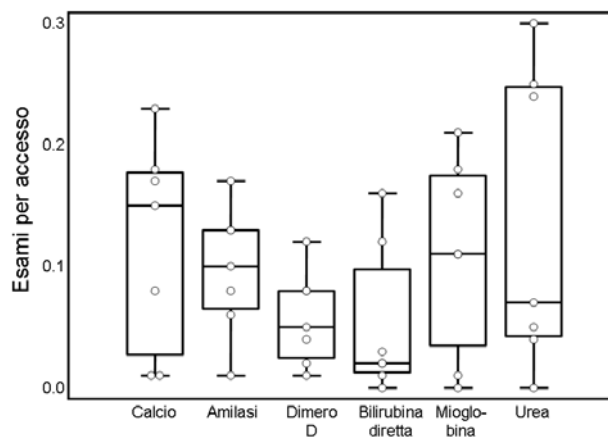


Figura 4. Esami di laboratori richiesti in modo non omogeneo nel Pronto Soccorso di AVR nei mesi maggio-luglio 2009.

dato viene ridimensionato dal fatto che i 300 milioni di americani sono sottoposti, ogni anno, a 62 milioni di TAC. Una TAC espone ad una quantità di raggi X mille volte maggiori di una radiografia del torace e proprio a Boston è stato recentemente riportato che il 33% dei pazienti studiati aveva ricevuto nella sua vita almeno 5 TAC e il 5% un numero compreso tra 22 e 132; gli autori dell'articolo hanno stimato che gli esami TAC causano l'1% dei tumori e delle morti da cancro¹¹.

Non sorprende, quindi, che i pazienti ed i medici delle comunità delle aree con una crescita della spesa minore non avvertano necessariamente un razionamento dei servizi sanitari. I dati americani non sono evidentemente trasferibili direttamente alla realtà del nostro paese che ha un sistema sanitario, fortunatamente, del tutto diverso da quello statunitense ma le conclusioni di Gawande e del Dartmouth Atlas, secondo cui solo il 30% della spesa sanitaria dipende dal reddito e dallo stato di salute ed il resto dipende, sostanzialmente, dalla regione in cui si abita, è meritevole di attenta riflessione.

Sono documentate e documentabili anche nel nostro paese diversità nel "consumo" di prestazioni sanitarie di decine, centinaia, migliaia di volte in sedi distanti anche soli pochi chilometri. Nelle Figure 3 e 4 sono confrontate le richieste di alcuni esami da parte del Pronto Soccorso dei sette ospedali dell'Area Vasta Romagna. Esattamente come descritto da Gawande, alcuni esami sono richiesti nello stesso modo da tutti; altri in modo drammaticamente diverso.

E' tempo come ci raccomandava un secolo fa William J. Mayo che ci liberiamo *di alcune cicatrici causate dall' "esperienza"*.

Ringraziamenti

Un sincero ringraziamento al Dott. Maurizio Kock, Direttore della Unità Operativa di Gastroenterologia ed Epatologia della A.O. San Filippo Neri, Roma, che mi ha fatto conoscere, nel corso dell'11° Corso del

Laboratorio di Epidemiologia (Torgiano, PG, 14-17 novembre 2009), Atul Gawande.

Bibliografia

1. <http://articlerec.blogspot.com/2009/06/obama-recommends-gawande.html> (data di consultazione: 8.12.2009).
2. http://en.wikipedia.org/wiki/Atul_Gawande (data di consultazione: 8.12.2009).
3. http://en.wikipedia.org/wiki/Philosophy,_Politics_and_Economics (data di consultazione: 8.12.2009).
4. http://www.unibz.it/en/economics/progs/bsc_economics_social/courses/default.html (data di consultazione: 8.12.2009).
5. Gawande A. The cost conundrum. *New Yorker* June 1: 30-6.
6. <http://www.dartmouthatlas.org/> (data di consultazione: 8.12.2009).
7. Sutherland JM, Fisher ES, Skinner JS. Getting Past Denial - The High Cost of Health Care in the United States. *N Engl J Med* 2009; 361:1227-30.
8. <http://www.newyorker.com/online/blogs/newsdesk/2009/06/atul-gawande-the-cost-conundrum-redux.html> (data di consultazione: 8.12.2009).
9. Gawande AA, Fisher ES, Gruber J, Rosenthal MB. The Cost of Health Care - Highlights from a Discussion about Economics and Reform. *N Engl J Med* 2009; 361:1421-3.
10. http://voices.washingtonpost.com/ezra-klein/2009/06/an_interview_with_atul_gawande.html (data di consultazione: 8.12.2009).
11. Sodickson A, Baeyens PF, Andriole KP, Prevedello L, Nawfel RD, Hanson R, et al. Recurrent CT, Cumulative Radiation Exposure, and Associated Radiation-induced Cancer Risks from CT of Adults. *Radiology* 2009; 251: 175-84.