

The Healthcare Imperative: lowering costs and improving outcomes: ancora una volta l'Institute of Medicine traccia la via

Romolo M. Dorizzi

Laboratorio Unico di AvR, Pievesestina di Cesena (FC)

"We seek the development of a learning healthcare system that is designed to generate and apply the best evidence for the collaborative health care choices of each patient and provider; to drive the process of discovery as a natural outgrowth of patient care; and to ensure innovation, quality, safety, and value in health care."

Charter, IOM Roundtable on Evidence-Based Medicine

Quality: *The degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge.*

Institute of Medicine

Summary

The Healthcare Imperative: lowering costs and improving outcomes: once again Institute of Medicine leads the way

The Institute of Medicine's Roundtable on Evidence-Based Medicine was established in 2006, in the face of growing awareness that care important is often not delivered, and care that is delivered is often not important. The Roundtable includes leaders from major stakeholders - patients, health providers, payers, employers, manufacturers, health information technology, researchers, and policy makers. It aims to use especially Information Technology and expertise to create a learning healthcare system in which each patient care reflects the best available evidence, and, in turn, adds seamlessly to learning what works best in different circumstances. Activities of the Roundtable include meetings and seminars on key topics, as well as collaborative joint projects. The Institute of Medicine's Roundtable on Evidence-Based Medicine seeks the development of a *learning healthcare system* that is designed to generate and apply the best evidence for the joint

healthcare choices of each patient and provider, to drive the process of discovery and to ensure innovation, quality, safety, and value in health care. The goal of Roundtable is ambitious: to warrant that by the year 2020, ninety percent of clinical decisions will be supported by accurate, timely, and up-to-date clinical information, and will reflect the best available evidence. Really, part of the problems of Health system is due to our failure to apply the evidence we have about the medical care that is most effective - a failure related to shortfalls in provider knowledge and accountability, inadequate care coordination and support, lack of insurance, poorly aligned payment incentives, and misplaced patient expectations. The editorial advocates an analogue goal for Laboratory Medicine: to base by the year 2020, ninety percent of clinical decisions on accurate, timely, and up-to-date clinical information, reflecting the best available evidence.

Key-words: Evidence-Based Medicine, Institute of Medicine, Information Technology, outcomes, learning healthcare.

Il 21 maggio 2009 l'Institute of Medicine (IOM) ha organizzato a Washington un Convegno dal titolo ambizioso "The Healthcare Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes". L'agenda avrebbe fatto tremare i polsi a tutti tranne a quello che rappre-

senta, ormai da alcuni decenni il più formidabile Think tank per la sanità degli Stati Uniti la cui attività si riverbera in tutto il mondo. Basta pensare all'effetto che hanno avuto anche sulla Medicina di Laboratorio volumi come *To Err is human: building a safer Health*

System del 1999¹ e Crossing the quality chasm del 2001². I dati contenuti in questi volumi sono diventati il punto di partenza di un esame attento e dettagliato della “qualità” del Sistema Sanitario americano. I risultati relativi agli Stati Uniti sono stati oggetto di ampio dibattito negli ultimi dieci anni:

- gli errori medici causano un numero compreso tra 44000 e 98000 morti (un numero superiore a quello delle morti causate da cancro della mammella, AIDS ed incidente automobilistico);
- poco più della metà dei pazienti riceve l'assistenza raccomandata relativamente a prevenzione, patologie acute e patologie croniche;
- i costi degli errori di somministrazione di farmaci in pazienti ricoverati arrivano a circa due miliardi di dollari l'anno;
- i farmaci efficaci sono introdotti con un ritardo di quasi venti anni;
- quasi ventimila morti cardiache potrebbero essere evitate dalla assunzione dei farmaci previsti dalle raccomandazioni più autorevoli;
- in generale la metà dei pazienti con diabete, ipertensione, dipendenza tabagica, ipercolesterolemia, scompenso cardiaco, asma, depressione e fibrillazione atriale sono gestiti in modo inadeguato.

Lo IOM ha oramai un ruolo di “consulente speciale” del Presidente degli Stati Uniti. Si è permesso addirittura di invitarlo a dare l'incarico ad un suo collaboratore di rango elevato di “lead, plan, prioritize, and coordinate” il rinnovamento della sanità del paese considerate le dimensioni colossali del problema:

1. I costi della sanità negli USA per il 2009 saranno di circa 2.5 trilioni di dollari pari a circa il 17% del PIL del paese.
2. Nonostante gli investimenti, gli outcome complessivi della sanità USA sono inferiori a quelli ottenuti in numerosi altri paesi.
3. Gli USA spendono in sanità molto di più di ogni altra nazione (il 50% in più del paese con la seconda spesa e circa il doppio della media dei paesi sviluppati).
4. Si stima che una percentuale tra il 30 ed il 50% delle spese sanitarie non contribuisca a migliorare la salute dei cittadini.
5. Vi sono incertezze su strategia e possibile impatto delle misure proposte per la riduzione dei costi e al contemporaneo miglioramento ed innovazione in sanità.

Il Convegno “The Healthcare Imperative: lowering costs and improving outcomes”, iniziativa nell'ambito della Roundtable on Evidence-Based Medicine, ha raccolto la leadership di tutti i settori chiave della sanità allo scopo di catalizzare lo sforzo congiunto necessario per guidare il miglioramento nell'efficacia e nell'efficienza dell'assistenza, concentrandosi sul nodo di come si raggiunge l'evidenza e di come questa è applicata. L'obiettivo è di ottenere che le decisioni in ambito sanitario dei pazienti, dei sanitari, degli amministratori e

dei politici americani, siano basate su evidenze affidabili e tengano conto in modo appropriato delle diversità individuali. La Roundtable promuove, attraverso l'organizzazione di convegni e workshop e la pubblicazione di volumi e documenti, l'identificazione e la soluzione dei problemi, l'abbattimento delle barriere tra discipline e lo sfruttamento di opportunità in modo da raggiungere l'obiettivo definito nella Strategy Map dello IOM (Fig. 1). Anche in questo caso viene adottato come termine di programmazione il 2020 analogamente con quello che è stato adottato per un numero sempre maggiore di progetti: il raggiungimento del taglio del 20% dell'inquinamento dei gas serra³, programmi sanitari governativi come quello statunitense Healthy People 2020⁴, quelli lanciati negli ultimi anni dalla Unione Europea⁵, dal governo russo⁶ e da quello israeliano ‘Healthy Israel 2020’ (HI2020)⁷, ma anche più specifici come la campagna Vision 2020, per l'eradicazione della cause eliminabili di cecità⁸, Healthy Backs 2020 Initiative, per la lotta ai problemi dorsali⁹ e per la diffusione degli screening delle malattie neoplastiche¹⁰.

La Strategy Map dello IOM si pone l'obiettivo di basare il 90% delle decisioni cliniche che si prenderanno nel 2020 su informazioni cliniche tempestive ed aggiornate e che riflettono le migliori evidenze disponibili. Altri obiettivi della roundtable della IOM sono quelli di identificare, caratterizzare e discutere le cause di eccessi di spesa, spreco ed inefficienza negli USA, valutare strategie che consentano di ridurre le spese procapite migliorando gli outcome. Anche a questo riguardo lo IOM ha l'obiettivo ambizioso di ridurre i costi del 10% entro 10 anni, senza compromettere la salute, la qualità di cura o innovazione. Pare proprio che Peter Drucker non abbia insegnato fino a 96 anni inutilmente il Management By Objectives che comincia a diffondersi anche in sanità¹¹.

La metodologia proposta è quella della “Learning organization” in grado di generare ed applicare le migliori evidenze per scegliere, in modo collaborativo, le opzioni sanitarie per ogni paziente e operatore sanitario, per guidare il processo dello sviluppo della cura del paziente e del cittadino assicurando innovazione, qualità, sicurezza e validità dell'assistenza.

Il progresso nella diagnosi, nella terapia e nella gestione a lungo termine della malattia è avvicinata alla assistenza “personalizzata” in cui possono essere identificati ed assicurati i servizi (anche diagnostici) più adatti non solo ad ogni condizione ma anche ad ogni soggetto. Deve essere, infatti, superato il fenomeno di garantire forme di assistenza non utile, e non garantire quella utile. Questo è, in parte, dovuto alla difficoltà di applicare le evidenze disponibili circa l'assistenza più efficace a causa di informazione e di operatività delle strutture assistenziali inadeguate, mancanza di coordinamento e sostegno, politiche di rimborso delle prestazioni inadeguate ed aspettative esagerate dei pazienti. Lo IOM riconosce difficoltà a trasferire efficacemente le evidenze della efficacia, efficienza e sicurezza

IOM Roundtable on Evidence-Based Medicine The Strategy Map



Figura 1. La Strategy Map dello IOM (Da rif. 12 modificato).

che la ricerca produce a ritmo sempre più incalzante. La necessità di rinsaldare i collegamenti tra la ricerca e la pratica clinica e riorientare gli incentivi alla applicazione delle innovazioni è sempre maggiore e questo processo deve essere accelerato (Tab. I).

Lo IOM raccomanda che *to the greatest extent possible, the decisions that shape the health and health care of Americans - by patients, providers, payers, and policy makers alike - will be grounded on a reliable evidence base, will account appropriately for individual variation in patient needs, and will support the generation of new insights on clinical effectiveness.* L'evidenza deve derivare dalla pratica clinica ma deve essere anche confermata con criteri obiettivi validi nel contesto specifico che devono essere trasparenti ed accessibili a tutti gli stakeholder.

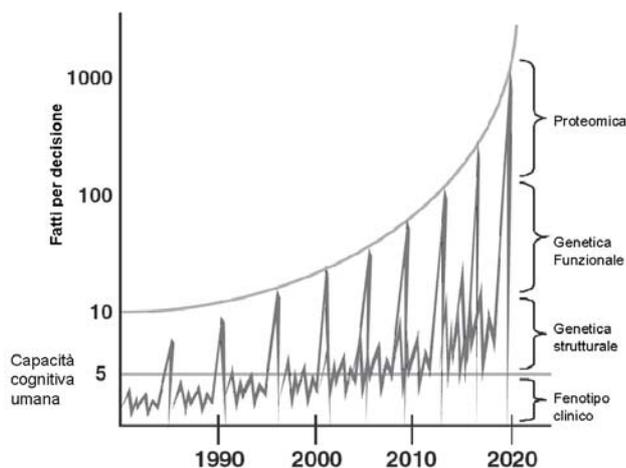
Il materiale che lo IOM ha già reso disponibile è di una abbondanza e di una ricchezza davvero impressionanti non perdendo mai di vista, comunque, gli aspetti pratico-operativi (Tab. II). Secondo lo IOM l'operatore sanitario dovrà contare sempre di meno sugli esperti e dovrà mettere a punto delle soluzioni di sistema. La figura tradizionale dell'esperto, in grado di ricordare fatti, assimilare dati e riconoscere pattern, giudicare e prendere le decisioni giuste non sarà più proponibile a causa di un gap sempre maggiore tra le capacità cognitive umane ed il numero sempre crescente di fatti da considerare prima di ogni decisione clinica (Fig. 2 e 3). Se la componente umana rimarrà indispensabile per la sensibilità, il riconoscimento di pattern ed il giudizio, il professionista non potrà fare a meno dei colleghi e

Tabella I. Problematiche maggiori di una sanità che cambia.

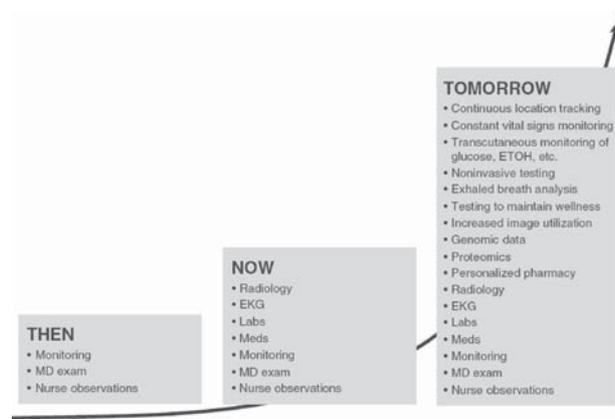
Crescente complessità della sanità
Diversità ingiustificate nelle modalità di erogare i servizi sanitari
Sproporzione tra costo della sanità e suo “valore”
Urgenza che siano definite le evidenze
Frequente mancanza di evidenze pertinenti nonostante la quantità colossale di informazioni che raggiungono chi opera in sanità
Necessità di una ricerca orientata alla pratica
Sviluppo di una cultura sanitaria che “impara”
Sviluppo di un modello di partnership paziente-sanitario
Necessità di una leadership condivisa interdisciplinare e tra i diversi stakeholder

Tabella II. I principali documenti preparati negli anni scorsi dalla IOM.

-
- The Learning Healthcare System (2006)
 - Judging the Evidence: Standards for Determining Clinical Effectiveness (2007)
 - Leadership Commitments to Improve Value in Health Care: Finding Common Ground (2007)
 - Redesigning the Clinical Effectiveness Research Paradigm: Innovation and Practice-Based Approaches (2007)
 - Clinical Data as the Basic Staple of Health Learning: Creating and Protecting a Public Good (2008)
 - Engineering a Learning Healthcare System: A Look at the Future (2008)
 - Learning What Works: Infrastructure and Clinical Priorities to Learn Which Care Is Best (2008)
 - Making Better Choices: Getting the Value We Deserve from Health Care (2008)
-

**Figura 2.** Fatti che il clinico deve considerare prima di una decisione: 1980 vs 2020 (Da rif. 12 modificato).

della Information Technology. Uno degli obiettivi dello IOM è quello di promuovere le esperienze che si stanno compiendo negli Stati Uniti di “traduzione” in modo sistematico in ambito clinico delle evidenze della ricerca. Questo è importante perché poco più della metà dei servizi di cui è stata dimostrata l’efficacia sono trasferiti nella pratica. La percentuale di prestazioni come intervento per ernia della colonna, isterectomia e bypass possono variare di molte volte in regioni anche contigue (Fig. 4). A Idaho Falls nell’Idaho le fusioni lombari

**Figure 3.** Fonti delle informazioni del clinico nella gestione del paziente oggi rispetto al passato ed al futuro (Da rif. 12 modificato).

sono 4,6 per 1000 assistiti da Medicare mentre a Bangor nel Maine solo 0,2 anche se gli outcome non cambiano; si stima che solo un quarto delle differenze di spesa di Medicare sia legata all’epidemiologia e se la spesa potesse essere abbassata ai livelli delle aree a minore costosità, il sistema sanitario statunitense risparmierebbe 40 miliardi di dollari (stima compiuta 10 anni fa) senza peggioramento dello stato di salute.

Il concetto della learning organization è importante perché non è più pensabile che il singolo professionista

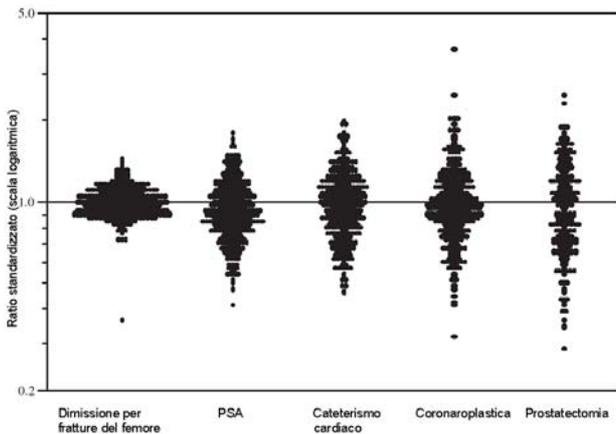


Figure 4. L'approccio del clinico di fronte alla protesi d'anca, al PSA ed alla prostatectomia radicale è molto diverso (Da rif. 12 modificato).

sanitario possa mantenersi aggiornato autonomamente in un contesto che cambia così rapidamente; è indispensabile allestire un sistema in grado di inserire in modo "automatico" nel processo di cura gli aggiornamenti e le evidenze. Occorre sviluppare un "learning healthcare system" in cui sono prodotti costantemente aggiornamenti ed evidenze, di valore costantemente crescente, apprendendo dall'esperienza clinica e dalla ininterrotta applicazione delle "lezioni ricavate dalla clinica", di osleriana memoria¹³.

Non sorprende l'attenzione che lo IOM rivolge agli aspetti economici considerando che lo IOM opera nel paese che spende di più in sanità. Per determinare correttamente il valore di un particolare intervento è fondamentale comprenderne la sicurezza, l'efficacia ed il costo nei diversi gruppi di soggetti e nelle diverse situazioni cliniche. Non è data sufficiente importanza al concetto di valore in sanità, vale a dire al rapporto costo-beneficio considerando anche che il valore percepito varia di molto tra paziente, sanitario, familiare, amministratore della cosa pubblica, amministratore sanitario, ricercatore. Lo IOM si è posto quindi dieci obiettivi per aumentare il valore dalla sanità: 1) aumentare la fiducia e la collaborazione tra stakeholder, numerosi e molto diversi; 2) aumentare la condivisione su cosa costituisce il valore in sanità; 3) diffondere l'accettazione dei concetti della Evidence Based Medicine; 4) migliorare il livello, la qualità e l'efficienza delle evidenze; 5) chiarire e promuovere la trasparenza in sanità ed i relativi processi decisionali, definire dei principi comuni per l'interpretazione e l'uso dell'evidenza; 6) migliorare la valutazione dell'intero ciclo degli interventi sanitari; 7) concentrarsi sui provider front-line

come "agenti del cambiamento"; 8) incoraggiare lo sviluppo di un intermediario neutrale e fidato per lo sviluppo delle evidenze; 9) sviluppare non solo la capacità ma anche gli incentivi per lo sviluppo delle migliori evidenze; 10) accelerare l'adozione della Information Technology.

Appare molto suggestivo proporre anche per la Medicina di Laboratorio, ed in particolare per la Medicina di Laboratorio del nostro paese, quanto proposto dall'Institute of Medicine: basare il novanta per cento della decisioni cliniche entro il 2020 su informazioni accurate, tempestive ed aggiornate; in tre parole "basate sull'evidenza". Un obiettivo ambizioso ma per dirla ancora con Peter Drucker SMART: Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time bound.

Bibliografia

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington: National Academy Press; 2000.
2. Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington: National Academy Press; 2001.
3. <http://www.carbon-financeonline.com/index.cfm?section=americas&action=view&id=11833> (data di consultazione: 7.6.2009).
4. <http://www.healthypeople.gov/hp2020/> (data di consultazione: 7.6.2009).
5. http://www.ehealthurope.net/news/4141/eu_consults_on_ict_2020_research_strategy (data di consultazione: 7.6.2009).
6. <http://www.comminit.com/en/node/120010/cchange-picks> (data di consultazione: 7.6.2009).
7. Rosenberg E, Leva B, Bin-Nuna G, McKeeb M, Rosena L. Healthy Israel 2020: A visionary national health targeting initiative. *Public Health* 2008;122:1217-25. (data di consultazione: 7.6.2009).
8. <http://www.v2020.org> (data di consultazione: 7.6.2009).
9. <http://www.euronews.net/2009/06/24/greater-than-percent-screening-for-some-cancers/> (data di consultazione: 7.6.2009).
10. <http://www.ashcompanies.com/Providers/Healthy-backs2020/HBIndex.aspx> (data di consultazione: 7.6.2009).
11. Dorizzi RM. Peter Ferdinand Drucker (1909-2005). Si è concluso il viaggio del "guru dei guru" del management. *RIMeL/IJLaM* 2005;1:239-41.
12. Institute of Medicine. *Learning healthcare system concepts v.2008*. Washington: National Academy Press; 2008.
13. Weatherall DJ. Tea with Sir William Osler. *CMAJ* 1999; 161:837-40.