

Costi e benefici dell'indagine di imaging

Giuseppe Ferraiuolo

U.O.C. di Cardiologia, Ospedale Sandro Pertini, Roma

(G Ital Cardiol 2008; 9 (Suppl 1-7): 65S-66S)

© 2008 AIM Publishing Srl

Per la corrispondenza:

Dr. Giuseppe Ferraiuolo

U.O.C. di Cardiologia
Ospedale Sandro Pertini
Via dei Monti Tiburtini, 385
00157 Roma

E-mail:
giuseppe.ferraiuolo@
aslromab.it

Il crescere delle conoscenze scientifiche e il diffondersi di modalità terapeutiche ad elevata tecnologia si accompagna, nell'era moderna, ad una riduzione delle disponibilità economiche dei sistemi sociali, con un conseguente aumento della distanza tra ciò che è medicalmente possibile e quanto è effettivamente possibile ed effettivamente realizzabile. Di qui la necessità di impiegare le risorse con efficacia e appropriatezza onde evitarne da un lato lo spreco e dall'altro il sovrautilizzo.

È necessario che oggi il medico affronti il problema di un impiego efficace ed appropriato di quanto gli viene dato di disporre, al fine di consentire una giusta distribuzione dell'utilizzo delle risorse sanitarie.

Per "efficace" si intende ogni intervento che realizza un aumento della quantità e/o qualità di vita di un paziente.

Per "appropriato" si intende ogni intervento che sia caratterizzato da qualità, accessibilità e permissibilità.

Pertanto, se un intervento è accessibile in un determinato contesto, la sua qualità, cioè la sua efficacia e la sua permissibilità, e quindi la sua adeguatezza dei costi rispetto alle risorse, rappresentano i due aspetti dell'appropriatezza. Per tali motivi negli ultimi anni si sono aggiunti alle nostre conoscenze termini come ad esempio il costo per anno di vita aggiunta (costo-efficacia) o per anno di vita riferito alla qualità della stessa ("quality-adjusted life-year") in analisi costo-utilità.

I determinanti del costo legati all'attività diagnostica del medico sono:

- i costi legati alla diagnosi clinica di gravità;
- i costi legati all'ottimizzazione dei percorsi gestionali;
- i costi legati alla scelta dei percorsi (invasivi o non invasivi).

Da quanto detto appare non giustificata l'asserzione secondo cui la qualità è stata

sacrificata sull'altare della riduzione dei costi ma che, all'opposto, la necessità di riduzione dei costi ha portato ad un controllo della qualità.

Un recente editoriale su *JAMA* precisa come un impiego progressivo di cure mediche possa portare in un primo momento ad un miglioramento dello stato di salute, cui segue un "plateau" ed infine addirittura ad un possibile peggioramento e ciò perché: a) l'eccesso di cure porta ad un eccesso di diagnosi; b) l'eccessivo impegno degli operatori nei confronti di patologie meno gravi porta ad una distrazione da problemi più seri e gravi.

In conclusione, l'uso dei test di imaging deve tenere conto dell'analisi costi-benefici e del valore incrementale degli stessi con una verifica sull'outcome clinico dei nostri pazienti.

Mi piace chiudere ricordando un assioma di farmacoeconomia: "La salute non ha prezzo ma ha dei costi".

Bibliografia

- Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, et al, for the COURAGE Trial Research Group. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. *N Engl J Med* 2007; 356: 1503-16.
- Brindis RG, Douglas PS, Hendel RC, et al. ACCF/ASNC appropriateness criteria for single-photon emission computed tomography myocardial perfusion imaging (SPECT MPI): a report of the American College of Cardiology Foundation Quality Strategic Directions Committee Appropriateness Criteria Working Group and the American Society of Nuclear Cardiology endorsed by the American Heart Association. *J Am Coll Cardiol* 2005; 46: 1587-605.
- Carlos RC, Axelrod DA, Ellis JH, Abrahamse PH, Fendrick AM. Incorporating patient-centered outcomes in the analysis of cost-effectiveness: imaging strategies for renovascular hypertension. *AJR Am J Roentgenol* 2003; 181: 1653-61.

- De Nicola N, Varassi G. Principi di farmacoconomia. Atti del XIX Congresso Nazionale AISD. Milano, 1997.
- Des Prez RD, Shaw LJ, Gillespie RL, et al. Cost-effectiveness of myocardial perfusion imaging: a summary of the currently available literature. *J Nucl Cardiol* 2005; 12: 750-9.
- Douglas P, Iskandrian AE, Krumholz HM, et al. Achieving quality in cardiovascular imaging: proceedings from the American College of Cardiology-Duke University Medical Center Think Tank on Quality in Cardiovascular Imaging. *J Am Coll Cardiol* 2006; 48: 2141-51.
- Fisher ES, Welch HG. Avoiding the unintended consequences of growth in medical care: how might more be worse? *JAMA* 1999; 281: 446-53.
- Kaiser CP. Report from SCCT: Cost-effectiveness studies favor CTA over conventional ways to diagnose coronary artery disease. <http://www.dimag.com/cardiovascular/news/showArticle.jhtml?articleID=201000330> [accessed June 9, 2008].
- McNamara RL, Lima JA, Whelton PK, Powe NR. Echocardiographic identification of cardiovascular sources of emboli to guide clinical management of stroke: a cost-effectiveness analysis. *Ann Intern Med* 1997; 127: 775-87.
- Meenan RT, Saha S, Chou R, et al. Cost-effectiveness of echocardiography to identify intracardiac thrombus among patients with first stroke or transient ischemic attack. *Med Decis Making* 2007; 27: 161-77.
- Non-radiologist physicians boost imaging costs. *RSNA News* 2003; 13: 4-5. <http://www.rsna.org/Publications/rsnanews/upload/oct2003.pdf> [accessed June 9, 2008].
- Patel MR, Spertus JA, Brindis RG, et al, for the American College of Cardiology Foundation. ACCF proposed method for evaluating the appropriateness of cardiovascular imaging. *J Am Coll Cardiol* 2005; 46: 1606-13.
- Picano E. Economic and biological costs of cardiac imaging. *Cardiovasc Ultrasound* 2005, 3: 13.
- Shaw LJ, Marwick TH, Berman DS, et al. Incremental cost-effectiveness of exercise echocardiography vs SPECT imaging for the evaluation of stable chest pain. *Eur Heart J* 2006; 27: 2448-58.