

✘ Intervista a Nino Cartabellotta

Le politiche sull'appropriatezza non servono a contenere la spesa sanitaria, ma a ridistribuire le risorse. Infatti, l'inappropriatezza può essere in eccesso (*overuse*) o in difetto (*underuse*): ridurre la prima permette di recuperare risorse, implementare la seconda richiede investimenti. Di conseguenza, qualunque strategia per ridurre l'inappropriatezza deve essere guidata dal principio del "disinvestimento e riallocazione".

L'appropriatezza prescrittiva imposta per decreto ha dato il via a una battaglia senza esclusione di colpi tra politica e medici: qual è il vero oggetto del contendere?

Innanzitutto è bene precisare che accanto all'appropriatezza professionale, che include la capacità del medico di prescrivere in maniera appropriata (appropriatezza prescrittiva), esiste l'appropriatezza organizzativa, ovvero la capacità dell'organizzazione sanitaria di erogare l'assistenza nel "posto giusto" (ospedale, day hospital, ambulatorio specialistico, cure primarie, domicilio, etc.), nel "momento giusto" e impegnando i "professionisti giusti" in relazione ai reali bisogni di salute del paziente e tenendo conto dei costi necessari. La pubblicazione dell'elenco di 208 test diagnostici con relativi criteri di appropriatezza, vincoli prescrittivi e sanzioni per i medici "disubbidienti" ha scatenato una tempesta mediatica dove i protagonisti dello scontro hanno dimostrato scarsa dimestichezza con questo tema anche perché l'appropriatezza professionale non è mai stato oggetto di confronto tra politica e professionisti. Infatti, nonostante il termine ricorra nei principali documenti di programmazione sanitaria: dalla 502/92 al Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, dal DL 229/99 al DM sui LEA, dove si legge che "le prestazioni che fanno parte dell'assistenza erogata, non possono essere considerate essenziali, se non sono appropriate". Tuttavia, nonostante quanto affermato dal DM sui LEA l'attenzione si è focalizzata sull'appropriatezza organizzativa, in particolare dell'assistenza ospedaliera, di cui le liste di DRG a rischio di inappropriatezza rappresentano la principale applicazione pratica.

Il Ministro Lorenzin, in audizione in commissione Igiene e Sanità al Senato, ha parlato di "errori nella comunicazione" sul decreto appropriatezza. Solo questo? Oppure la politica poteva fare di meglio?

Innanzitutto è utile ripercorrere le tappe che hanno portato alla genesi del decreto appropriatezza. Nel luglio del 2014 Governo e Regioni siglano il Patto per la Salute dove

vengono fissate le risorse per la Sanità pubblica per il triennio 2014-2016. A ottobre, con la legge di Stabilità, il Governo chiede alle Regioni di recuperare 4 miliardi ma queste - incapaci di una proposta univoca - rinunciano all'incremento di risorse previsto dal Patto, legittimando la manovra d'estate che sottrae al SSN 2,32 miliardi di euro. Il decreto appropriatezza è una misura contenuta in tale manovra al fine di recuperare 108 milioni di euro negli anni 2015 e 2016, nei fatti briciole rispetto ai 110 miliardi di finanziamento e ai 10 miliardi del costo stimato dell'inappropriatezza.

La politica - obbligata a fare cassa in un momento di pesante definanziamento della sanità pubblica - genera sempre soluzioni frettolose e semplicistiche a problemi complessi, come nel caso di questo decreto che presenta tre rilevanti criticità.

Innanzitutto, l'insolita accoppiata tra appropriatezza prescrittiva (di interesse cultural-professionale) e meccanismi sanzionatori (di interesse contrattual-sindacale) non ha permesso di condividere il valore dell'appropriatezza con i medici, trasformando immediatamente le buone intenzioni in cattive azioni. In secondo luogo, non esplicitando i criteri per definire le priorità: ad esempio, è inspiegabile che - ad eccezione di TAC/RM - tutta la diagnostica strumentale (doppler, gastroscopie, colonscopie, ecografia addome e pelvi, ecocardiografia, etc.) sia stata "graziata", considerando le infinite liste di attesa e l'elevato rischio d'inappropriatezza prescrittiva. Infine, lasciando alla più libera delle interpretazioni i metodi utilizzati per definire la lista delle prestazioni inappropriate: dalle modalità di coinvolgimento dei professionisti, alla ricerca, valutazione, selezione e sintesi delle evidenze a supporto dei criteri di appropriatezza. Il parere favorevole del Consiglio Superiore di Sanità potrà legittimarne i contenuti, ma non ricostruire a posteriori il metodo.

Siamo quindi davanti ad un "concorso di colpa"? Quali sono le responsabilità dei medici?

Di fronte alla lista dei 208 "sorvegliati speciali", la levata di scudi della professione medica, rappresentata inspiegabilmente solo dal mondo sindacale, si è finora limitata ad una mera difesa corporativa: i medici continuano a minacciare ancestrali forme di protesta, si dimostrano incapaci di proporre azioni concrete per ridurre l'inappropriatezza prescrittiva, arrivando a negarne continuamente l'esistenza e si trincerano dietro il baluardo della medicina difensiva, paravento sempre valido per giustificare qualunque atto medico. Oggi una prescrizione medica in "scienza e coscienza" non può tenere conto solo della esclusiva individualità del singolo paziente (*individualized medicine*), ma anche delle inaccettabili variabilità delle prescrizioni (*population medicine*) e del fatto che ogni medico è tenuto a contribuire, in quanto gestore di risorse pubbliche, della sostenibilità del SSN. Considerato che il *primum movens* dell'inappropriatezza professionale è l'asimmetria informativa tra evidenze disponibili e conoscenze integrate dai medici nelle proprie

decisioni e dai cittadini-pazienti nelle proprie scelte, solo il medico può fornire informazioni bilanciate su rischi e benefici degli interventi sanitari, permettendo al paziente di sviluppare aspettative realistiche e prendere decisioni realmente informate, riducendo la domanda inappropriata di prestazioni e il ricorso alla medicina difensiva.

Nei titoli dei giornali e nei maggiori salotti televisivi risuonano messaggi terroristici sulle implicazioni del decreto... dobbiamo temere il peggio?

Il tam tam mediatico ha disorientato i cittadini con insistenti messaggi su catastrofiche conseguenze per la loro salute (realisticamente nessuna) e per le loro tasche (se le prestazioni sono inappropriate è giusto che non siano a carico del SSN) senza entrare nel merito di quello che realmente ci deve preoccupare, ovvero una duplice e profonda crisi: di sostenibilità della sanità pubblica e di credibilità della professione medica.

In questo contesto bisogna ripartire da tre punti fermi: la politica deve smettere di rimborsare con il denaro pubblico gli interventi sanitari inefficaci e inappropriati, il medico deve ridurre le prescrizioni e il cittadino deve essere consapevole che sono superflui o addirittura dannosi per la sua salute. Se l'appropriatezza è realmente un valore per la sanità, bisogna ripartire dal movimento *less is more* per contrastare un'idea di salute che si allontana sempre più dal concetto di assenza di malattia e cambiare la visione della medicina e dell'assistenza sanitaria.

Ma alla fine la riduzione dell'inappropriatezza prescrittiva permette realmente di risparmiare?

È indispensabile chiarire alcuni equivoci che, nella battaglia tra politica e medici, hanno generato fiumi di inutili parole. Innanzitutto, le politiche sull'appropriatezza non servono a contenere la spesa sanitaria, ma a ridistribuire le risorse. Infatti, l'inappropriatezza professionale/organizzativa può essere in eccesso (*overuse*) o in difetto (*underuse*): ridurre la prima permette di recuperare risorse, implementare la seconda richiede investimenti. Di conseguenza, qualunque strategia per ridurre l'inappropriatezza professionale e organizzativa deve essere guidata dal principio del "disinvestimento e riallocazione", perché in tutti i percorsi assistenziali convivono aree di sovra e di sottoutilizzo. In secondo luogo, una prescrizione non può essere dicotomicamente classificata come appropriata/inappropriata: infatti, esiste una categoria intermedia di dubbia appropriatezza influenzata dalle zone grigie della ricerca, dalla variabilità di malattie e condizioni e dalle preferenze e aspettative dei cittadini e pazienti. Infine, è fondamentale diffondere il concetto che ridurre l'inappropriatezza prescrittiva si traduce innanzitutto in esiti migliori per il paziente.

Oggi gli "effetti collaterali" della sovra-diagnosi e del sovra-trattamento sono sotto gli occhi

di tutti e, paradossalmente, contribuiscono a incrementare i contenziosi medico-legali. Un paziente avrà tanto più "garanzia di buona diagnosi e cura" quanto più il suo medico è appropriato nelle prescrizioni diagnostico-terapeutiche. Il SSN è il Servizio Sanitario Nazionale messo in piedi per attuare l'articolo 32 della Costituzione che tutela la salute delle persone, non è il Supermercato Sanitario Nazionale dove tutti i cittadini hanno diritto a tutto e il medico, in quanto prescrittore con libertà professionale incondizionata, deve sempre accontentarli.

Possiamo aspettarci un impatto favorevole del decreto per arginare il fenomeno della medicina difensiva?

Assolutamente no, perché il sovra-utilizzo di prestazioni inappropriate, in particolare quelle diagnostiche, non può essere giustificato solo dalla medicina difensiva, alla quale si affiancano altre determinanti: l'ipotrofia del ragionamento ipotetico-deduttivo e il prevalere della strategia diagnostica esaustiva, le perverse logiche di finanziamento e incentivazione di aziende e professionisti basate sulla produzione e non sull'appropriatezza, la medicalizzazione della società che genera continui atti di fede per la tecnologia, le crescenti aspettative di cittadini e pazienti per una medicina mitica e una sanità infallibile, il continuo turnover delle tecnologie che spesso immette sul mercato false innovazioni, i conflitti di interesse dei professionisti, argomento tabù mai affrontato in maniera sistematica, le sentenze giudiziarie discutibili e gli avvocati senza scrupoli che contribuiscono a incrementare il contenzioso medico-legale.

In questo contesto, il medico deve riappropriarsi di una leadership culturale ormai appannata e, su basi scientifiche, ricostruire una adeguata relazione con cittadini e pazienti, abbandonando definitivamente il modello paternalistico e puntando sul processo decisionale condiviso.

Dalla grande tempesta mediatica sull'appropriatezza non sono uscite soluzioni costruttive e convincenti. Quali le proposte della Fondazione GIMBE da tempo impegnata nella salvaguardia della sanità pubblica?

Nell'ambito della campagna "Salviamo il Nostro SSN" stiamo elaborando un Position Statement sull'appropriatezza che, ripartendo dalle evidenze scientifiche, intende guidare il confronto tra politica, medici e cittadini attraverso la via accidentata per raggiungere l'appropriatezza. Considerato che un SSN sostenibile oggi può permettersi di rimborsare con il denaro pubblico solo servizi e prestazioni sanitarie efficaci, appropriate e dall'elevato *value*, ecco i 10 punti chiave per un approccio di sistema al tema dell'appropriatezza (**box**).

1. I criteri di appropriatezza professionale derivano dalle evidenze scientifiche o, in assenza di queste, da processi di consenso formale.
2. Il *primum movens* dell'inappropriatezza professionale è l'asimmetria informativa tra evidenze scientifiche disponibili e conoscenze integrate dai medici nelle proprie decisioni e informazioni utilizzate da cittadini e pazienti.
3. L'inappropriatezza professionale può essere in eccesso (*overuse*) o in difetto (*underuse*): ridurre la prima permette di recuperare risorse, implementare la seconda richiede investimenti. Di conseguenza, qualunque strategia per ridurre l'inappropriatezza professionale deve essere guidata dal principio del "disinvestimento e riallocazione", perché in tutti i percorsi assistenziali convivono aree di *overuse* e di *underuse*.
4. Una prescrizione non può essere dicotomicamente classificata come appropriata/inappropriata: esiste una categoria intermedia di dubbia appropriatezza influenzata dalle zone grigie della ricerca, dalla variabilità di malattie e condizioni e dalle preferenze e aspettative di cittadini e pazienti.
5. L'inappropriatezza professionale, in particolare quella relativa ai test diagnostici, non può essere "giustificata" solo dalla medicina difensiva, alla quale si affiancano altre determinanti di sovra-utilizzo: ipotrofia del ragionamento diagnostico ipotetico-deduttivo, logiche di finanziamento e incentivazione di aziende e professionisti basate sulla produzione di prestazioni, medicalizzazione della società, aspettative di cittadini e pazienti, turnover delle tecnologie sanitarie, conflitti di interesse.
6. Secondo la scienza che studia come modificare i comportamenti professionali, non esistono evidenze che supportano l'efficacia delle sanzioni economiche per ridurre l'inappropriatezza prescrittiva.
7. Il continuo incremento dell'offerta e l'utilizzo indiscriminato delle tecnologie diagnostiche contribuisce all'eccesso di medicalizzazione della società perché la tecnologia, profondamente radicata nel nostro concetto di malattia e nella nostra cultura, genera atti di fede non basati sulle evidenze.
8. È indifferibile una reale implementazione dell'HTA per migliorare la governance delle innovazioni tecnologiche, dismettendo quelle obsolete e introducendo nella pratica clinica solo quelle che, oltre a presentare chiare evidenze di reali benefici, hanno un elevato *value*.
9. È indispensabile ricostruire un'adeguata relazione medico-paziente, fornendo informazioni bilanciate su rischi e benefici degli interventi sanitari, permettendo così al paziente di prendere decisioni realmente informate.
10. Le Istituzioni devono informare adeguatamente cittadini e pazienti sull'efficacia, sicurezza e appropriatezza degli interventi sanitari, al fine di arginare quell'asimmetria informativa tra ricerca e assistenza, che genera aspettative irrealistiche nei confronti di una medicina mitica e di una sanità infallibile, aumentando il contenzioso medico-legale.

Nino Cartabellotta

Presidente Fondazione GIMBE

nino.cartabellotta@gimbe.org