

Giovanni Peronato

Tutti gli operatori in sanità devono contribuire allo sforzo di identificare prestazioni non appropriate e sprechi e operare per un sistema sanitario che rimanga sostenibile.

Il termine appropriatezza è un neologismo derivato dall'aggettivo "appropriato" (adatto, conveniente, adeguato, giusto). Non esiste una definizione univoca e condivisa di appropriatezza riguardo all'atto medico in generale. Nella Conferenza di Alma Ata sulle cure primarie per la salute (1978), al punto 6 del decalogo finale si parla indirettamente di appropriatezza, affermando che l'assistenza sanitaria primaria deve essere "tecnologicamente valida, socialmente accettabile, accessibile a tutti e con piena partecipazione della comunità". All'inizio degli anni Ottanta si sviluppano negli Usa strumenti per contrastare le distorsioni dei programmi di assistenza pubblica *Medicare* e *Medicaid* e classificare i ricoveri in base alla reale necessità medico-chirurgica e durata di degenza.

Nella letteratura biomedica il termine appropriatezza compare per la prima volta all'inizio degli anni Novanta in un editoriale della rivista "British Medical Journal" ove si mettono a confronto le esigenze di medici e di amministratori sulle scelte operative^[1]. Una cura appropriata che vale la pena di essere somministrata deve ottenere benefici di gran lunga superiori agli svantaggi. Una definizione oggi largamente accettata è quella proposta dai ricercatori della *Rand Corporation* (organismo statunitense creato nel 1948 a scopi militari): **una procedura è appropriata se il beneficio atteso** (per esempio aumento della aspettativa di vita, sollievo dal dolore, riduzione dell'ansia, miglioramento della capacità funzionale) **supera le eventuali conseguenze negative** (mortalità, morbosità, ansia, dolore, tempo lavorativo perso) con un margine sufficientemente ampio, tale da ritenere che valga la pena effettuarla. La definizione *Rand* viene in parte accettata in ambito europeo all'inizio del 2000, ma con modalità che tengono conto del totale coinvolgimento del paziente nelle scelte da effettuare. Questo deve avvenire dopo una adeguata informazione da parte dei sanitari rispetto ai vantaggi e agli svantaggi in entrambi gli scenari di accettazione o rifiuto dell'intervento sanitario.

Sin dalla fine degli anni Novanta il termine appropriatezza è stato il filo conduttore dei principali documenti nazionali di programmazione sanitaria: «le prestazioni che fanno parte dell'assistenza erogata, non possono essere considerate essenziali, se non sono appropriate». Al contrario, non verranno erogate tutte le prestazioni la cui efficacia non sia stata sufficientemente provata in ambito scientifico[2]. Per Slow Medicine appropriatezza significa effettuare la prestazione giusta, in modo giusto, al momento giusto, al paziente giusto. Significa rispetto del paziente con una comunicazione onesta, attenta e completa, rispetto dell'ambiente e dell'ecosistema. Appropriatezza significa sobrietà, utilizzo in modo appropriato e senza sprechi delle risorse disponibili[3]. Si tratta di un valore condizionato dalle conoscenze scientifiche, e dunque in evoluzione costante nel tempo. L'appropriatezza, perno del decimo capitolo del libro della Rete Sostenibilità e Salute "Un nuovo mo(n)do per fare salute" <https://www.saluteinternazionale.info/2019/12/fare-salute/>, diventa un concetto sartoriale, non può prescindere dalla relazione di cura con il paziente poiché un intervento definito teoricamente appropriato può non esserlo per quel dato paziente, in quel dato contesto.

Appropriatezza e variabilità delle cure

L'appropriatezza dovrebbe rendere più omogenee le scelte decisionali, evitando l'ampia variabilità osservata ancora oggi negli atti medici, ma in realtà non è così.

Già alla fine degli anni Trenta si segnalava una variabilità fino a venti volte nel ricorso alla tonsillectomia in diversi distretti della città di Londra. A partire dagli anni Quaranta apparivano nuovi studi sulla variabilità soprattutto in ambito chirurgico, che documentavano con sempre maggiore attenzione questo fenomeno. Nei primi anni Settanta Wennberg e Gittelsohn[4] pubblicavano sulla rivista "Science" un articolo che segnalava l'ampia variabilità degli interventi chirurgici nel Vermont, soprattutto la tonsillectomia nei bambini, con differenze superiori a undici volte da ospedale a ospedale.

La variabilità delle prestazioni sanitarie ha decine di cause che interagiscono fra loro creando un network molto complesso. Gli esperti del *King's Fund*, un'agenzia di ricerca indipendente inglese, hanno provato a riassumere in una pubblicazione del 2011 le cause più importanti e le loro interazioni in uno schema che prende in considerazione gli elementi legati al paziente, ai medici, al contesto geografico, alla diversità di incentivi finanziari[5]. Il *Kings's Fund* documenta per esempio ampie variazioni nell'indicazione alla protesi d'anca, fino a quattro volte a seconda della regione considerata, sottolineando come tale differenza

implichi una diseguità nell'accesso ai servizi, una persistente asimmetria nello stato di salute della popolazione nonché uno spreco di risorse. Già nel sottotitolo della pubblicazione «Il buono, il cattivo e l'inesplicabile» s'intuisce la tripartizione del fenomeno variabilità. La sfida consiste nel saper individuare ed eliminare la componente "cattiva" (*bad*) della variabilità stessa. La variabilità delle cure negli Usa ha comportato nel 2011 sprechi valutabili attorno ai 300 miliardi di dollari[6,7].

La voce con maggior peso comprende l'eccesso di cure, ma vanno tenute in considerazione anche il sotto utilizzo delle stesse, i difetti di coordinamento, l'eccesso di tempi burocratici, i costi esagerati di alcune tecnologie e farmaci e non ultimo le frodi e la creazione ad arte di nuove malattie, il cosiddetto *disease mongering*. L'idea di fondo è quella di ridurre i costi senza intaccare l'efficacia dell'intervento medico, aumentandone anzi l'efficacia clinica (*effectiveness*).

Anche nel documento «Appropriatezza e Linee Guida», redatto dalla Rete Sostenibilità e Salute[8], si parla della componente "cattiva" dell'appropriatezza, nell'ambito della variabilità clinico- prescrittiva. Sono inappropriate quasi la metà delle indagini radiologiche ambulatoriali, i check-up, oltre il 60% dei test di laboratorio, fino al 90% degli antibiotici prescritti per le infezioni delle vie aeree superiori (problema accentuato ma non certo esclusivo nell'età pediatrica), la maggior parte delle angioplastiche eseguite a pazienti con angina stabile, gran parte delle artroscopie a cui sono sottoposti i pazienti con artrosi del ginocchio o con problemi meniscali, l'uso di psicofarmaci su minori per condizioni trattabili con interventi non farmacologici o medicalizzate senza vera necessità.[8]

***Choosing wisely* è un'iniziativa che coinvolge medici, associazioni di consumatori e pazienti in un percorso atto a ridurre, per quanto possibile, esami diagnostici e procedure medico-chirurgiche ancora molto in uso ma prive di sostegno scientifico.**[9]

Questo attraverso l'impegno di numerose società scientifiche nell'individuare e diffondere poi sul web cinque pratiche da abbandonare, la cosiddetta *top five list*. [10] L'iniziativa è sbarcata in Italia a fine 2012 per merito di Slow Medicine che ha lanciato la versione italiana con il progetto "[Fare di più non significa fare meglio](#)", al fine di favorire il dialogo fra medici e pazienti e raccoglie le pratiche a rischio di inappropriatezza. Secondo il rapporto del 2010 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'ammontare delle prestazioni non appropriate - cioè che non recano alcun beneficio ai pazienti - corrisponde a circa il 20- 40% della spesa sanitaria mondiale.[11] Si arriva così a ben comprendere un paradosso della medicina che vede alcune persone ricevere cure inutili, costose e potenzialmente dannose per la salute, a fianco di altre, in genere appartenenti a classi sociali più deboli e svantaggiate, che non riescono a usufruire dei servizi essenziali.

Appropriatezza e linee guida

Le linee guida (Lg) servono a standardizzare i metodi di cura secondo le migliori e aggiornate evidenze scientifiche. Il loro impiego dovrebbe fornire una garanzia di sicurezza per i pazienti di essere curati nel migliore dei modi. Dovrebbero aiutare il medico a prescrivere solo trattamenti di provata efficacia. È prudente usare il condizionale in quanto le Lg possono essere aperte a interpretazioni poiché il gruppo di esperti che le redige non è immune dalla esposizione a conflitti di interessi (CdI). **È fondamentale che nel gruppo di soggetti che producono una linea guida vi sia un numero sufficiente di persone prive di legami con l'industria del farmaco o delle apparecchiature medicali.**^[12] L'*Institute of Medicine* (Iom, organizzazione che negli Usa provvede informazioni e segnalazioni riguardanti salute e politiche sanitarie) raccomanda l'esclusione di soggetti con CdI dalla stesura di Lg o, quando non sia possibile fare diversamente, la loro ammissione in quota minoritaria e senza diritto di voto nelle risoluzioni finali. In alcuni paesi esiste un organismo nazionale deputato all'emanazione di linee guida, come il Nice inglese o l'Ahrq statunitense. In Italia il sistema nazionale delle Lg ha subito un recente cambiamento con l'impegno dell'Istituto Superiore di Sanità (Iss) a realizzare una piattaforma informatica per la raccolta delle proposte di Lg da parte delle società scientifiche. Poiché queste ultime saranno gli unici soggetti propositivi è necessario porre l'attenzione ai possibili CdI, alle relazioni finanziarie con l'industria, sia a livello dei singoli che delle società nel loro insieme. Il rischio che le Lg possano essere a favore di una certa azienda farmaceutica o di apparecchiature medicali è tutt'altro che secondario. Una recente ricerca ha mostrato come, su 154 società mediche scientifiche italiane considerate, solo il 4,6% possedeva un codice etico riguardo alle relazioni finanziarie con l'industria, mentre nell'80% dei casi esse si avvalevano di sponsor industriali.^[13] Un'altra ricerca sulla trasparenza all'interno di società scientifiche di ginecologia e ostetricia ha riscontrato livelli molto bassi riguardo a parametri quali bilanci, codici di comportamento, CdI, bilancio di congressi e numero di partecipanti sponsorizzati da aziende farmaceutiche. Delle 47 società analizzate, in un solo caso il bilancio era pubblicato sul web mentre sul sito di alcune altre si trova pubblicità di case farmaceutiche o link diretti alla pagina dell'azienda. Un altro problema sollevato dalla ricerca riguarda la parcellizzazione, la proliferazione di società scientifiche legate a un'unica specialità medica, così più facilmente sottoposte a pressione da parte di uno sponsor.^[14] Se calcoliamo il numero di iscritti e il costo medio del pacchetto di partecipazione a un congresso (iscrizione, viaggio, pernottamenti, colazioni di lavoro e cene varie), ci rendiamo conto di come quasi nessuna società scientifica potrebbe permettersi di organizzare una o più manifestazioni l'anno con le sole quote di adesione. Il legame finanziario con le aziende farmaceutiche è dunque pressoché imprescindibile e può portare a formulare Lg per così dire "compiacenti". È questo il rischio paventato dalla Rete

Sostenibilità e Salute, anche in considerazione del fatto che d'ora in poi le Lg serviranno per stabilire la responsabilità professionale in caso di contenzioso legale, come è previsto dalla legge 24/2017 (la cosiddetta legge Gelli).[8]

Conclusione

Contrariamente a quanto alcuni sostengono, una medicina che è stata definita parsimoniosa non limita le cure efficaci ma, al contrario, restringe l'uso di interventi non necessari e potenzialmente pericolosi.[15] Anche se non esistono criteri per separare in modo netto ciò che è appropriato da ciò che non lo è, tutti gli operatori in sanità devono contribuire allo sforzo di identificare prestazioni non appropriate e sprechi e operare per un sistema sanitario che rimanga sostenibile.

Giovanni Peronato, NoGrazie

Bibliografia

1. Brook RH. Appropriateness: the next frontier. *BMJ* 1994; 308:218-219.
2. Cartabellotta N. Appropriatezza professionale: la chiave per la sostenibilità della sanità pubblica. *Brescia Medica*, giugno-agosto 2016, 10-5.
3. [Slow Medicine sul Decreto appropriatezza: "Questione non è solo di natura economica"](#). *Quotidiano Sanità*, 2015
4. Wennberg J. & Gittelsohn A. Small Area Variation in Health Care Delivery. *Science* 1973; 182:1102-8.
5. King's Fund. [Variations in health care: The good, the bad and the inexplicable](#), 2011
6. Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. *JAMA* 2012;307:1513-6.
7. Fisher ES, Bynum JP, Skinner JS. Slowing the growth of health care costs - lessons from regional variation. *New England Journal of Medicine* 2009;360:849-52.
8. [Rete Sostenibilità e Salute. Appropriatezza e linee guida, tra prove scientifiche, bisogni della singola persona e interessi commerciali](#), 2018
9. Cassel CK, Guest JA. Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. *JAMA* 2012; 307 (17): 1801-2
10. Brody H. Medicine's ethical responsibility for health care reform: the Top Five list. *New England Journal of Medicine* 2010; 362: 283-285.
11. WHO. World health report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage. Ginevra: WHO, 2010.
12. Bero L. Addressing Bias and Conflict of Interest Among Biomedical Researchers. *JAMA* 2017; 317: 1723-4.

13. Fabbri A. Conflict of interest between professional medical societies and industry: a cross-sectional study of Italian medical societies' websites. *BMJ Open* 2016; 6:e011124.
14. Vercellini P. Proliferation of gynaecological scientific societies and their financial transparency: an Italian survey. *BMJ Open* 2016; 6:e008370.
15. Tilburt JC, Cassel CK. Why the ethics of parsimonious medicine is not the ethics of rationing. *JAMA* 2013;309: 773-4