



L'appropriatezza prescrittiva nella visione di Slow Medicine ETS

In questi giorni il dibattito sulle liste d'attesa e come affrontarle si sta concentrando sull'appropriatezza prescrittiva, un tema di cui **Slow Medicine ETS** si occupa da molti anni, avendo, tra l'altro, lanciato e gestendo il progetto **Choosing Wisely Italy**. Alla campagna, inserita nella rete internazionale, hanno aderito finora più di 50 Società scientifiche nazionali di medici, infermieri, farmacisti e fisioterapisti che si sono fatte parte attiva nell'individuare alcune pratiche (test diagnostici, trattamenti e procedure) relative alla propria branca specialistica, che non dovrebbero essere prescritte o effettuate di routine, perché a rischio di inappropriatelyzza, ma essere oggetto di dialogo tra professionista e paziente.

Il concetto di appropriatezza clinica si riferisce alla pratica medica di prescrivere indagini diagnostiche, interventi terapeutici o farmaci in base alle migliori conoscenze scientifiche e alle specifiche necessità del paziente, allo scopo di massimizzare i risultati positivi per la salute e ridurre gli effetti negativi sull'uomo e sull'ambiente.

Numerose ricerche hanno dimostrato che circa il 30% [1] della spesa sanitaria è sprecata per eseguire prestazioni inutili, che non producono alcun beneficio al paziente o che sono perfino dannose. Su questo tema c'è ormai un'ampia letteratura scientifica che riguarda ogni ambito della medicina e di cui tutti, e in primo luogo i medici, dovrebbero essere consapevoli per cercare di porvi rimedio [2].

Prescrivere in modo inappropriato, infatti, oltre che danneggiare la singola persona (danni da sovrautilizzo correlati alle procedure diagnostiche, ai trattamenti terapeutici e alla sovradiagnosi e da sottoutilizzo per mancata prescrizione di cure essenziali) può avere rilevanti ripercussioni negative anche sul piano sociale e ambientale.

L'esecuzione di prestazioni inappropriate, infatti, consuma preziose risorse che potrebbero essere impiegate per assicurare prestazioni sanitarie efficaci a tutti coloro che ne hanno effettivamente bisogno. Dato che le risorse non sono infinite, l'inappropriatezza prescrittiva si accompagna sempre al sottoutilizzo di servizi e di prestazioni efficaci, con gravi conseguenze per la salute delle persone che, per ragioni economiche, sono costrette a rinunciare alle cure.



La contemporanea presenza di pazienti che ricevono prestazioni inutili e dannose e di altri che non possono accedere alle cure di cui hanno bisogno, dà origine ad uno dei più odiosi paradossi della medicina d'oggi. Un paradosso, peraltro, che non distribuisce i suoi effetti in modo casuale tra la popolazione, ma agisce con maggiore intensità nei confronti delle persone più fragili e appartenenti alle classi sociali più svantaggiate. Secondo un sondaggio Ipsos, realizzato in collaborazione con la Fimmg, il 16% degli intervistati riferisce di aver rinunciato almeno una volta alle cure, una percentuale che tende a raddoppiare tra le fasce della popolazione socialmente più marginali.

Inoltre, considerato che il 5% circa delle immissioni in atmosfera di gas clima-alteranti provenienti dalle attività umane è riconducibile ai servizi sanitari, valore equivalente a circa il doppio dell'intero trasporto aereo, il controllo dell'eccesso di prestazioni rappresenta una delle più importanti misure per contenere queste immissioni.

L'appropriatezza prescrittiva è un complesso fenomeno professionale, etico, sociale ed economico e qualunque soluzione proposta per arginare l'inappropriatezza non può prescindere dalla necessità di interventi sociali e culturali. Per questi motivi e in considerazione della crescente crisi di sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale riteniamo indispensabile che il problema dell'inappropriatezza sia affrontato con la necessaria determinazione, ma anche con equilibrio e buonsenso, dato non può essere controllato intervenendo sui singoli componenti come se fossero disgiunti dal contesto organizzativo, culturale e sociale entro cui si esprimono.

Come abbiamo detto, le cause dell'inappropriatezza sono diverse e vanno affrontate secondo una prospettiva sistemica, che tenga conto della complessa struttura delle loro relazioni. Ecco alcuni di questi fattori:

- le scarse risorse dedicate alla sanità e le modalità organizzative dei servizi sanitari;
- le aspettative irrealistiche derivate dalla diffusa credenza che un esame oggettivizzi lo stato di malattia meglio di qualunque valutazione di un medico e la diffusa opinione che il medico che prescrive molti esami sia accurato e scrupoloso;
- la cultura prevalente secondo la quale sono le prestazioni a garantire la salute e non la presa in carico del paziente nella sua totalità;
- la pressione commerciale delle aziende che producono strumenti diagnostici e mettono in atto strategie di mercato per dimostrarne l'indispensabilità;
- le sollecitazioni di siti internet, associazioni, riviste, giornali che ricevono finanziamenti da aziende commerciali che operano nel settore sanitario;
- la tendenza di molti medici a prescrivere un esame piuttosto che spiegarne l'inutilità, ritenendo che il risultato negativo di un test convinca il paziente che i suoi disturbi non esistono;
- la credenza che le nuove tecniche diagnostiche immesse sul mercato siano migliori di quelle precedenti (e comunque sperimentate);



- la diffusione di assicurazioni e fondi sanitari, nati per vicariare alcune carenze del SSN, che di fatto alimentano il ricorso a prestazioni diagnostiche aggiuntive e parallelamente creano iniquità fra i cittadini iscritti a tali fondi e coloro che non vi possono accedere;
- la promozione di “pacchetti di prevenzione” che propongono l’esecuzione di esami di screening che non miglioreranno la salute delle persone, ma le illudono di essere ben controllate;
- il disagio dei medici, costretti a gestire contemporaneamente l’incertezza insita nella medicina e le sollecitazioni dei pazienti che esigono risposte pronte e sicure per ogni tipo di problema;
- la medicina difensiva che deriva dal timore dei sanitari di essere implicati in contenziosi medico-legali se non prescrivono ciò che gli specialisti hanno richiesto o ciò che il paziente pretende;
- il definanziamento del Sistema Sanitario Pubblico, dove i criteri di appropriatezza sono riconosciuti e la responsabilità prescrittiva è in carico al medico richiedente, a fronte della crescita di una sanità privata più deresponsabilizzata sul tema.

Competenze, ruoli e responsabilità per affrontare questi problemi sono diversi ed ognuno, per quanto di competenza, è chiamato a dare il proprio fattivo contributo per cercare di mitigarne gli effetti.

Ecco perché il tentativo di contenere l’inappropriatezza intervenendo semplicemente sulle prescrizioni dei medici dipendenti o convenzionati con il SSN è perlomeno velleitario. Ovviamente, anche loro hanno una parte di responsabilità, ma sono solo uno dei fattori in causa e oltretutto bisogna tener conto che le loro prescrizioni sono spesso dettate da altri (specialisti pubblici e privati) e sollecitate da pazienti male informati, esigenti e non di rado aggressivi.

Affermare che il problema è complesso non deve far pensare, però, che non si possa o non si debba affrontare e, visto che riguarda soprattutto i medici, dovrebbero essere loro, in primo luogo, a dare il buon esempio, proponendo soluzioni e avviando progetti dimostrativi, allo scopo di migliorare la qualità, la sicurezza e la sostenibilità delle cure. La letteratura e l’esperienza sono molto prodighe di esempi di ciò che potrebbero fare fin da subito, senza aspettare sollecitazioni esterne. Pensiamo, per esempio, alle indagini radiologiche per il mal di schiena, agli esami preoperatori o alle prescrizioni degli inibitori di pompa protonica [3].

Comunque, come abbiamo detto, bisogna agire contemporaneamente su più fronti.

Amministratori.

- Finanziare adeguatamente il SSN: nel 2022 l’Italia ha destinato alla sanità pubblica il 6,8% del PIL. Un valore basso rispetto alla media dei Paesi europei (7,1%) ed in particolare rispetto ai Paesi come Germania e Francia che si assestano intorno al 10%.



Vale la pena di ricordare che in termini assoluti questo gap vale diverse decine di miliardi.

- Mettere a disposizione un numero congruo di professionisti: in Italia il numero di medici è 4,1 per 1.000 abitanti al di sopra della media OCSE (3,7), ma in Italia solo il 17% sono Medici di Medicina Generale, rispetto al 23% della media OCSE. D'altro canto, in Italia abbiamo 6,2 infermieri per 1.000 abitanti, rispetto alla media dei Paesi OCSE (9,2).
- Promuovere l'integrazione e il potenziamento delle attività territoriali, favorendo la comunicazione tra specialisti ospedalieri e medici del territorio, incentivando la formazione e l'assunzione di infermieri di famiglia e di comunità, che possono svolgere un lavoro di raccordo sul territorio e rendendo operative le Case e gli ospedali di comunità.
- Vigilare affinché gli specialisti pubblici e convenzionati prescrivano direttamente le indagini e i trattamenti che ritengono utili attribuendo a ciascuno la propria responsabilità. Ogni professionista deve rispondere dell'appropriatezza delle proprie scelte, sul piano amministrativo, giuridico ed etico-deontologico, utilizzando le normali procedure prescrittive del SSN.
- Avviare sistemi di monitoraggio delle prestazioni, utilizzando la variabilità prescrittiva non per scopi sanzionatori, ma per l'individuazione di priorità di lavoro, e promuovere iniziative di formazione dei professionisti scevre da conflitti di interesse. La corretta valutazione dell'appropriatezza non può essere formulata in rapporto a specifici volumi onnicomprensivi di prestazioni o a medie finanziarie di spesa, di singoli professionisti che si discostano dai parametri della popolazione.

Professionisti.

- Favorire la relazione medico-paziente e il tempo ad essa dedicato, migliorando la comunicazione con i pazienti allo scopo di condividere il più possibile le decisioni nell'ambito di un rapporto di fiducia.
- Avviare iniziative di audit clinici tra pari e di de-implementazione di prestazioni inappropriate
- Adeguare la pratica clinica alle migliori conoscenze disponibili, facendo riferimento, per esempio, alle oltre 300 raccomandazioni di [Choosing Wisely Italy](#) e alle 30 schede di informazione per i cittadini.

Pazienti/cittadini.

- Mitigare le attese irrealistiche riposte nella tecnologia con campagne informative finanziate dal SSN.
- Informare pazienti e cittadini sull'importanza per la loro salute delle corrette abitudini di vita e del possibile danno derivante da esami e trattamenti non necessari in primis tramite la relazione medico-paziente.



- Promuovere lo sviluppo di una cultura della salute capace di essere critica nei confronti di sollecitazioni commerciali e informazioni scorrette diffuse da siti internet, social media, riviste e altro
- Diffondere il concetto che non sempre fare di più non significa fare meglio, ciò che è nuovo non è sempre preferibile, esami e trattamenti non necessari possono provocare danni.

Il Direttivo

Slow Medicine ETS

Documento elaborato con la collaborazione di Giuseppe Belleri, Antonio Bonaldi, Stefano Celotto, Sandra Venero.

-
- 1 Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. JAMA 2012; 307: 1513-6.
 - 2 Brownlee S, Chalkidou K, Doust J et al Evidence for overuse of medical services around the world. Lancet 2017; 390: 156–68.
 - 3 Cristofaro M, Busi Rizzi E, Schininà V, Chiappetta D, Angeletti C, Bibbolino C. Appropriateness: analysis of outpatient radiology requests. Radiol Med 2012; 117: 322-32.

