

Lettura Inaugurale: Il concetto di appropriatezza in medicina

Dott.ssa Sandra Venero

Cofondatore e Vice Presidente Associazione Slow Medicine

Coordinatore del progetto nazionale "Fare di più non significa fare meglio"

XIX Congresso Nazionale SIdP – venerdì 18 marzo 2016

Il concetto di **appropriatezza clinica** – che prevede che venga effettuata la prestazione giusta, in modo giusto, al momento giusto, al paziente giusto – non ha finora trovato una adeguata applicazione pratica in medicina; eppure la sua definizione risale almeno agli anni '90: "si definisce appropriata una procedura se i benefici da essa derivanti superano i rischi ad essa connessi con una probabilità tale da renderla preferibile alle possibili alternative"¹; e "l'appropriatezza deriva dal rapporto tra la probabilità che l'intervento – somministrato in certe circostanze – produca un effetto positivo rispetto a quella che produca effetti negativi"².

L'*Institute of Medicine* degli USA ha messo al centro del suo rapporto del 2001 *Crossing the Quality Chasm* (letteralmente "Superare l'abissale divario della qualità")³, pietra miliare nel mondo della qualità in medicina, la necessità di superare tre tipi di inappropriata *clinica*: il sovra utilizzo (*overuse*), il sottoutilizzo (*underuse*) e l'utilizzo scorretto o errore (*misuse*) di esami o prestazioni terapeutiche; ma in realtà nelle organizzazioni sanitarie una valutazione di appropriatezza è stata più spesso applicata alla componente *organizzativa*, trascurando quella clinica o professionale.

Il **sovrautilizzo di esami e trattamenti** si configura invece come un vero e proprio errore clinico, che danneggia i pazienti, sia direttamente – come nel caso delle radiazioni ionizzanti in eccesso, di molte procedure invasive, degli effetti collaterali dei farmaci – sia indirettamente attraverso falsi positivi e sovradiagnosi⁴, cui conseguono ulteriori esami e interventi chirurgici, in un circolo vizioso pericolosissimo⁵.

Oltre a ciò, esso rappresenta uno spreco di notevole entità: negli USA si valuta che l'ammontare delle prestazioni che non apportano alcun beneficio ai pazienti corrisponda ad almeno il 30% della spesa sanitaria⁶; e anche l'OMS ha stimato nel 2010 che una percentuale della spesa sanitaria compresa tra il 20% e il 40% rappresenti uno spreco causato da un utilizzo inefficiente delle risorse.

Nel 2002 è stata lanciata, da parte della Fondazione ABIM (American Board of Internal Medicine Foundation), della Fondazione dell'ACP (American College of Physicians) e dalla Federazione Europea di Medicina Interna, la **"Carta della Professionalità Medica per il nuovo millennio"**⁸: la Carta ha come suoi principi fondamentali il primato del benessere del paziente, la sua autonomia e la giustizia sociale. In particolare la Carta sottolinea l'impegno ad una equa distribuzione di risorse limitate e chiama in causa i medici perché si assumano la responsabilità dell'allocazione appropriata

¹Kahan JP, Bernstein SJ, Leape LL et al: Measuring the necessity of medical procedures. *Med Care* 1994;32:357-365

²Muir Gray J.A.. *L'assistenza sanitaria basata sulle prove: come organizzare le politiche sanitarie* - Ed. italiana / a cura di Alessandro Liberati e Roberto Grilli. - Torino : Centro scientifico, copyr. 1999

³ Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC, USA: National Academies Press; 2001

⁴ Welch HG, Black WC. Overdiagnosis in Cancer. *J Natl Cancer Inst* 2010;102:605-613

⁵Domenighetti G, Venero S. Looking for waste and inappropriateness: if not now, when? *Intern Emerg Med* (2014) 9 (Suppl):S1-S7

⁶ Berwick DM, Hackbarth A. Eliminating waste in US health care [published online ahead of print March 14, 2012]. *JAMA*. doi:10.1001/jama.2012.362

⁷ Brody H. From an Ethics of Rationing to an Ethics of Waste Avoidance. *N Engl J Med* 2012;366:1949-51

⁸ American Board of Internal Medicine Foundation; ACP-ASIM Foundation; European Federation of Internal Medicine. *Medical professionalism in the new millennium: a physician charter*. *Ann Intern Med*. 2002;136(3):243-246; http://www.medicina.unimi.it/files/_ITA_/Homepage/Carta_professio_medica.pdf

delle risorse e dell'evitare test e procedure superflue, dato che "fornire servizi non necessari non solo espone i pazienti a rischi e costi evitabili ma anche riduce le risorse disponibili per gli altri".

La stessa fondazione ABIM, con la collaborazione di Consumer Reports, organizzazione non profit e indipendente di consumatori, ha promosso nel 2012 l'iniziativa **Choosing Wisely**⁹ invitando le società scientifiche USA a individuare ognuna una lista di 5 test o trattamenti sanitari comunemente utilizzati nella propria specialità, il cui impiego debba essere messo in discussione da pazienti e clinici.

L'adesione delle società scientifiche USA è stata molto alta: dopo le prime 9 liste di test e trattamenti a rischio di inappropriatelyzza pubblicate in aprile 2012, risultano attualmente più di 70 le società che hanno presentato una o più liste per un totale di più di 400 pratiche¹⁰.

Anche in Italia, nonostante il livello di spesa pro-capite per la sanità risulti inferiore alla media dei Paesi OCSE, è possibile evidenziare in molti settori un sovra-utilizzo di risorse, che emerge anche dal confronto con gli altri Paesi.

Slow Medicine¹¹ ha pertanto lanciato in Italia a fine 2012, in analogia all'iniziativa Choosing Wisely in atto negli Stati Uniti, il progetto **"FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO"**¹²¹³ che si propone, con il coinvolgimento diretto dei professionisti, in primo luogo dei medici, e la partecipazione attiva di pazienti e cittadini, di migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi sanitari attraverso la riduzione di esami diagnostici e di trattamenti che, secondo le conoscenze scientifiche disponibili, non apportano benefici significativi ai pazienti ai quali sono generalmente prescritti, ma possono, al contrario, esporli a rischi.

Promuovono il progetto anche FNOM-CeO, IPASVI, SIQuAS-VRQ, l'Istituto Change di Torino, PartecipaSalute, Inversa Onlus, Altroconsumo, la Federazione per il Sociale e la Sanità della provincia autonoma di Bolzano e Slow Food Italia.

Hanno aderito al progetto, a dicembre 2015, più di 30 società scientifiche mediche, oltre a società di farmacisti, di infermieri e di fisioterapisti, e sono state pubblicate 29 liste di esami e trattamenti a rischio di inappropriatelyzza in Italia, per un totale di 145 pratiche¹⁴. Come in Choosing Wisely, queste pratiche devono essere al centro della relazione tra professionisti e pazienti, per decisioni informate e condivise.

È inoltre stato costituito il movimento **Choosing Wisely internazionale**, coordinato da Choosing Wisely Canada con l'università di Toronto e costituito da 17 Paesi tra cui l'Italia, rappresentata dal progetto **"FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO"**¹⁵. Il terzo incontro del gruppo internazionale si svolgerà a Roma nei giorni 11-12-13 maggio 2016.

⁹ Cassel CK, Guest JA. Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. JAMA. 2012;307:1801-2.

¹⁰ <http://www.choosingwisely.org/>

¹¹ Bonaldi A, Venero S. Slow Medicine: un nuovo paradigma in medicina. *Recenti Prog Med* 2015; 106: 85-91

¹² Domenighetti G, Venero S. Fare di più non significa fare meglio. *SaluteInternazionale.info* 8 maggio 2013

¹³ Venero S, Domenighetti G, Bonaldi A. Italy's "Doing more does not mean doing better" campaign. *BMJ* 2014;349:g4703

¹⁴ www.slowmedicine.it/pratiche.html

¹⁵ Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS, Wolfson D, Shortt S, Kerr EA; On behalf of the Choosing Wisely International Working Group. 'Choosing Wisely': a growing international campaign. *BMJ Qual Saf* 2015; 24:167-174.