

# Choosing wisely: appropriatezza in medicina



Paola Gnerre<sup>1</sup>, Domenico Montemurro<sup>2</sup>, Chiara Rivetti<sup>3</sup>, Carlo Palermo<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Medicina Interna, Savona

<sup>2</sup> Medicina Interna, Padova

<sup>3</sup> Geriatria, Chieri

<sup>4</sup> Medicina Interna, Poggibonsi

In Sanità il termine “appropriatezza” indica la misura di quanto una scelta o un intervento diagnostico/terapeutico sia adeguato rispetto alle esigenze del paziente. Secondo la definizione RAND<sup>1</sup> una procedura è definibile appropriata: “*se il beneficio atteso supera le eventuali conseguenze negative con un margine sufficientemente ampio, tale da ritenere che valga la pena effettuarla*”. Ma come si quantifica l’appropriatezza di un intervento diagnostico-terapeutico per una data patologia?

Intimamente correlata al concetto di appropriatezza, di cui è il naturale proseguo, è la medicina basata sulle evidenze (EBM) che attraverso studi clinici controllati, metanalisi e studi osservazionali cerca di stabilire quali tipi di esami diagnostici, terapeutici e/o riabilitativi abbiano maggior probabilità di essere utili al paziente in termini di rapporto benefici-rischi. Da qui nasce la necessità della comunità scientifica di produrre documenti, le linee guida, in grado di fornire raccomandazioni in base alle evidenze per singole patologie. Dotarsi di linee guida oggi nei singoli contesti aziendali non dovrebbe però significare una produzione ex-novo, ma piuttosto un impegno perché queste abbiano un reale impatto sulla pratica clinica: la semplice produzione infatti non modifica la pratica clinica. Tutte le esperienze, incluse quelle italiane, hanno dimostrato la necessità di un sistema strutturato per l’implementazione delle linee guida che identifichi le barriere (organizzative, strutturali e culturali) che ne possono ostacolare l’uso. È l’organizzazione sanitaria quindi che deve essere fautrice del cambiamento. Bisognerebbe ricercare non solo l’appropriatezza prescrittiva ma anche quella organizzativa. Appropriatezza organizzativa intesa come introduzione del fascicolo sanitario elettronico, attuazione di modifiche alla gestione della spesa sanitaria, creazione di un progetto nazionale di *Health Technology Assessment*, attivazione dei percorsi diagnostici-terapeutici e valutazione delle performance sanitarie attraverso l’analisi di indicatori di efficienza del sistema. Continua a non esserci l’integrazione ospedale e territorio: poco o nulla in realtà è stato fatto perché ci si possa realmente integrare e manca la spinta propulsiva alla formazione degli operatori. Formazione, riorganizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali nell’ottica della continuità di cura sono le chiavi di svolta per consentire realmente il cambiamento del nostro sistema sanitario nell’ottica della sua sostenibilità.

Le strategie per migliorare l’appropriatezza già applicate altrove sono molteplici. Nel Regno Unito ed in Australia sono in corso iniziative, note come “*disinvestment*”, che comprendono un’ampia gamma di azioni che vanno dal disinvestimento totale (abbandono di interventi di sicura inefficacia o di incerta sicurezza) al disinvestimento parziale (riduzione dei finanziamenti assegnati a interventi ritenuti poco costo-efficaci) e alla promozione di scelte di efficacia dimostrata (rimodulazione dei consumi a favore di interventi a maggior costo-efficacia). Sempre nel Regno Unito è in discussione la possibile modifica del *payment by result*, il metodo di pagamento dei medici inglesi, basato sui risultati ma spesso in realtà calcolato sul numero di attività, quindi in pieno contrasto con il “*less is more*” alla base di scelte appropriate.

Nel 2010 Howard Brody con il suo articolo “*Medicine’s Ethical Responsibility for Health Care Reform The Top Five List*”<sup>2</sup> invitava tutte le varie società scientifiche americane a identificare cinque test diagnostici e terapeutici abusati nella loro specialità e senza alcun effetto benefico

per i pazienti: questo *ha posto* le basi per la nascita di iniziative di “*Choosing wisely*”<sup>3</sup> in vari paesi del mondo (Canada, Danimarca, Inghilterra, Galles, Germania, Italia, Giappone, Olanda, Nuova Zelanda e Svizzera) con l’obiettivo di identificare test inutili a rischio di overdiagnosi e di rendere familiare e comprensibile a tutti il concetto di scelta saggia e consapevole. Per sostenere questa iniziativa, gli Stati Uniti spendono qualche milione di dollari e il Canada 700.000 dollari/anno, in altri Paesi è promossa o sostenuta da Istituzioni pubbliche o dall’Università. In Italia non è previsto alcun finanziamento per movimenti che promuovano il “*Choosing wisely*”. In tabella 1 sono riportati alcuni esempi diagnostici su cui si dovrebbe intervenire.

Tab. 1. Esempi di *Choosing wisely*.

Metodo	Esempio
Evitare alcuni test diagnostici o screening se non necessari	Dosaggio sistematico per il cancro della prostata Scansione di tutto il corpo per il riscontro di anomalie non specifiche Seguire le varie indicazioni <i>Choosing wisely</i> per ogni specialità
Ridurre la frequenza dei test di screening	Lo screening del cancro della mammella ogni due anni anziché ogni anno
Target di screening	Screening per l’ipercolesterolemia familiare nei bambini con una storia familiare tipica Screening per il tumore del polmone in forti fumatori
Informare il paziente del rischio di overdiagnosi e fare un bilancio tra i rischi e benefici dello screening	Screening del tumore alla mammella con la mammografia: i benefici verso i danni dell’overdiagnosi
Anticipare le conseguenze di alterazioni scoperte incidentalmente dopo un test diagnostico o di screening	Massa renale riscontrata nel corso di una TC addome: piano di monitoraggio, ulteriori test e trattamento se necessario
Cambiare terminologia per condizioni con alta probabilità di lesioni a lenta evolutività per prevenire l’overtrattamento	Neoplasia verso lesioni indolenti di origine epiteliale
Quando si valuta un fattore di rischio, considerare il rischio assoluto di malattia associato a quel fattore	L’incremento del rischio cardiovascolare associato con alti livelli di colesterolo è simile nei pazienti anziani e giovani comparato con soggetti della stessa età con bassi livelli di colesterolo. Comunque l’incremento assoluto dei rischi e dei benefici connessi al trattamento sono inferiori nei pazienti giovani con alti livelli di colesterolo

È quindi evidente come, per migliorare l’offerta di salute di una nazione, sia necessario perseguire obiettivi di ottimizzazione del sistema, non solo obiettivi economici e di bilancio. In questa ottica, l’etica e la politica, intesa questa nel senso più nobile del termine, sono le armi più forti che la società possa usare per tutelare la salute, soprattutto dei più indifesi.

La comunità medica ha quindi ben presente il *proprio* compito di promuovere l’equità della salute attraverso la ricerca dell’appropriatezza. La necessità di razionalizzare e contenere le risorse ha portato infatti alla ricerca e alla lotta degli sprechi con l’obiettivo di prescrivere e diagnosticare ciò che è appropriato contrastando la “*medicina difensiva*”, l’overdiagnosi<sup>4</sup> e la malpractice in sanità. La stessa OMS ha stimato che il 20-40% della spesa sanitaria di ogni paese rappresenti uno spreco causato da un utilizzo inefficiente delle risorse (WHO 2010).

Tradizionalmente una diagnosi di malattia è basata sui sintomi e segni clinici e sulla storia anamnestica del paziente. Lo sviluppo della medicina preventiva e di tecnologie diagnostiche sempre più sensibili e l'incremento di pazienti affetti da condizioni croniche con un lungo periodo pre-clinico hanno modificato il processo diagnostico aumentando la possibilità di intervenire negli individui asintomatici sfumando i confini tra salute, rischio e malattia. Effetto di questa evoluzione è l'*overdiagnosi*<sup>5</sup>.

L'*overdiagnosi* è la diagnosi di una malattia o anomalità che non sarà mai causa di sintomi o morte di un paziente durante la sua vita e il cui trattamento non comporta alcun beneficio. Si parla quindi di *overdiagnosi* quando una malattia è diagnosticata correttamente, ma la diagnosi è di per se irrilevante. Lo screening di soggetti non sintomatici, l'aumentata sensibilità di un test, la modifica dei criteri diagnostici per una data patologia, la diagnosi incidentale di una malattia nel corso di altri accertamenti sono tutti elementi che portano all'*overdiagnosi* (Tabella 2).

Tab. 2. Cause di *overdiagnosi*<sup>4</sup>.

Screening
Aumentata sensibilità dei test diagnostici
Diagnosi incidentale (in corso di esami di laboratorio, esami radiologici o test genetici)
Modifica dei criteri diagnostici per una data patologia
Confini sfumati tra rischio e malattia
Paura del medico di omettere una diagnosi e paura di eventuali contestazioni
Bisogno di rassicurazioni del paziente
Prospettiva di risarcimenti economici

Iona Heath<sup>6</sup>, dalla pagine del BMJ, ci spiega che i rischi concreti di un eccesso diagnostico possono essere riassunti in 4 punti :

1. la paura inutile che l'essere definito malato può creare, minando la qualità di vita degli individui;
2. la compromissione della sostenibilità dei sistemi sanitari basati sulla solidarietà sociale, a causa dei crescenti costi;
3. reindirizzare l'attenzione e le risorse alle diagnosi che vengono ampliate, distogliendole dalla diagnosi e cura di patologie più gravi (rischio di inappropriatazza per *underuse*);
4. nascondere le cause socioeconomiche di cattiva salute, con rischio di ridurre i finanziamenti alla prevenzione.

L'*overdiagnosi* è strettamente correlata alla medicina difensiva. Non esiste un'univoca definizione di medicina difensiva. Si parla di *medicina difensiva* quando esami diagnostici o terapeutici vengono condotti principalmente come garanzia per responsabilità medico-legali conseguenti alle cure mediche prestate.

Una diagnosi di malattia incidentale nel corso di accertamenti non appropriati conduce quindi ad un'*overdiagnosi* nel contesto di una medicina difensiva. La medicina difensiva nasce dalla paura del medico di essere accusato di "malpractice" e quindi di mancata diagnosi, dalla paura di un risarcimento o di una condanna, ma è anche conseguenza della crisi di fiducia del rapporto medico-paziente. Siamo di fronte ad un cambiamento culturale, dove il paziente è alla ricerca costante di rassicurazioni, considera internet come il sostituto del medico e la morte come impossibile complicità di una malattia. Contribuisce ad aumentare i comportamenti difensivi la campagna spesso discriminatoria attuata dai media, per cui un caso di malasanità o presunta tale diventa una realtà diffusa e comune a tutto il mondo ospedaliero. Sempre Iona Heath ci spiega che la paura dei pazienti di errori, della malattia e della morte induce tra i

medici la paura dell'incertezza, oramai diffusa, soprattutto tra i giovani medici. Ma il timore medico per l'incertezza (diagnostica, terapeutica, di risultato) si applica a una scienza, la medicina, priva di certezze. Le linee guida, spesso tra loro discordanti, ci possono indirizzare nelle scelte, ma ogni malato è un caso a sé, non esistono regole sicure per garantirne la guarigione. Se l'OMS definisce la salute come "benessere fisico, sociale e mentale completo" è perché gli obiettivi professionali del medico sono più ampi della diagnosi e del trattamento della malattia. Più ampi ma più incerti.

Infine, ma non per questo meno importante, per migliorare l'appropriatezza è utile che le scelte diagnostiche e terapeutiche siano condivise con i malati, coinvolgendoli in decisioni comuni e consapevoli, ed è quindi indispensabile migliorare la strategia comunicativa, per creare un rapporto di reciproca fiducia. Per fare ciò è necessario avere tempo per parlare con il paziente, per poter rispondere e porre domande in modo chiaro, e disporre di spazi idonei dove comunicare le diagnosi in riservatezza.

È necessario pertanto un profondo cambiamento legislativo e culturale. Legislativo per cui da un meccanismo punitivo dell'errore visto come una "colpa" si radicalizzi una politica di *risk management* dove l'individuazione dell'errore migliora la qualità di cura e garantisce la sicurezza del paziente, culturale per cui nasca la consapevolezza che curare non significhi conferire immortalità. Noi continuiamo a lavorare con un sistema vecchio di oltre 50 anni che ha portato il medico ad essere un individuo stressato e il paziente/cittadino ad essere un individuo guardingo e sospettoso. Da qui nascono la medicina difensiva, l'overdiagnosi e l'inappropriatezza. Ma come è possibile contrastarle? Semplicemente ristrutturando il sistema. È il sistema che deve essere modificato. Formazione, riorganizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali improntati alla continuità di cura sono le chiavi di svolta per consentire realmente il cambiamento del nostro sistema sanitario nell'ottica della sua sostenibilità.

## Bibliografia

1. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar M *et al.* The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual 2001.
2. Brody H. Medicine's ethical responsibility for health care reform. The top five list. *N Engl J Med* 362; 2010.
3. American Board of Internal Medicine Foundation. *Choosing wisely* 2015 [www.choosingwisely.org/](http://www.choosingwisely.org/)
4. Evidence based medicine. Preventing overdiagnosis: winding back the harms of too much medicine. 2014; [www.preventingoverdiagnosis.net/](http://www.preventingoverdiagnosis.net/)
5. Carter SM, Rogers W, Heath I *et al.* The challenge of overdiagnosis begins with its definition. *BMJ* 350 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h869> (Published 04 March 2015).
6. Heath I. Role of fear in overdiagnosis and overtreatment-an essay by Iona Heath. *BMJ* 2014; 349 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g6123> (Published 24 October 2014).