

## ■ L'APPROPRIATA PRESCRIZIONE NELLA PRATICA MEDICA

Francesco Leone

Il nostro servizio sanitario nazionale è considerato tra i migliori in Europa e in paesi extraeuropei, tuttavia la sostenibilità della spesa per garantirne il funzionamento è oggetto costante di valutazione critica, sia per la “cronica” crisi economica che si è instaurata in Italia sia per i vari tentativi che nel corso degli anni sono stati proposti con lo scopo di cambiare i parametri della spesa sanitaria stessa. Numerosi studi e interventi si sono accumulati nel corso degli ultimi anni per fornire un contributo di chiarezza e aiutare i “decisioni” a progettare soluzioni efficaci, ma i risultati sembrano essere più indirizzati in senso negativo, sui tagli, invece che su criteri di riorganizzazione, salvo ovviamente encomiabili successi limitati a circostanze favorevoli.

Spending review: revisione della spesa. Va bene. Ma come? Nel nostro paese (e non solo) i punti critici sono:

- invecchiamento della popolazione;
- crescita elevata dei costi, anche nota come *excess cost growth* da intendersi come differenza tra la crescita vera e propria della spesa nella Sanità e la crescita reale del famigerato PIL (prodotto interno lordo);
- una pubblica amministrazione poco efficiente e purtroppo non di rado condizionata da fenomeni di corruzione e cattiva gestione.

In questo contesto storico il ruolo e la funzione del medico hanno perduto significato. La via finale di colpevolizzazione, secondo professionalità e responsabilità, si concentra ora sugli operatori sanitari accusati di cattiva gestione delle procedure diagnostiche e di scarso rigore. Questo in pratica emerge dalle varie iniziative che con pressing quasi giornaliero si riversano sulla pubblica opinione.

I costi della Sanità si formano considerando numerosi parametri. Un punto critico riguarda la così detta appropriatezza delle indagini diagnostiche. Innanzi tutto cominciamo con rendere chiaro il linguaggio. Il termine “appropriatezza” sui dizionari di lingua

italiana non si trova. Cosa vuol dire? Sembra più corretto utilizzare l’aggettivo appropriato, parola che è sinonimo di “giusto, opportuno, adatto...” e così via. Ma l’aggettivo non è in grado di orientare il lettore sul contenuto vero che sottintende. “Appropriato” implica un rapporto rispetto a qualche altro concetto o punto di riferimento, ma non definisce un bel niente. Possiamo accontentarci di una definizione “relativa” e in tal senso limitiamoci a parlare di richiesta appropriata di analisi e/o indagini diagnostiche.

Come è stato scritto qualche tempo fa nell’articolo “Appropriatezza prescrittiva: ma di cosa si parla?” (a cura di E. Vadrucchi su rivista FIMMG, on line), un’adeguata definizione di intervento appropriato può essere la seguente: “un intervento sanitario è appropriato quando, a parità di “resa” clinica (efficacia), è in grado di ottimizzare l’impiego delle risorse (efficienza); quindi, una prestazione è appropriata se viene erogata all’utente giusto, nel momento giusto, nella giusta quantità e prevedendo tanto il sotto-utilizzo quanto il sovra-utilizzo di strutture e servizi.

È certamente una dimensione complessa e il ridurla alla sola dimensione economica sembra troppo riduttivo e semplicistico, perché non si contempla la necessità di doverla valutare caso per caso, individualmente”.

Proseguire questo articolo su un’analisi del linguaggio è certamente noioso e fuorviante, ma è bene tener presente che nell’ambiguità di certe definizioni si nasconde spesso un inganno concettuale. La recente proposta governativa di ridurre 208 esami diagnostici, o meglio, di monitorizzarne la congruità delle prescrizioni, ha creato molto rumore sia nella popolazione sia a livello dei sanitari del SSN.

Il problema non è di facile soluzione e, in parte, non è nemmeno di facile comprensione soprattutto se gli aspetti interpretativi mettono in conflitto strutture operanti con diverse finalità (quelle economico-amministrative votate al “risparmio” e quelle assistenziali finalizzate alla gestione diretta della salute).

Ma allora come se ne esce?

Si può dire che un atto sanitario, di qualsivoglia natura, è appropriato se i benefici (anche potenziali) che ne derivano sono superiori ai rischi possibili. Tuttavia è bene distinguere il concetto di atto professionale appropriato (legato all'azione medica, per esempio con corretta prescrizione delle indagini da effettuare) da azione organizzativa appropriata (insieme delle funzioni che garantiscono l'attuazione dell'assistenza nella sede idonea).

Questi aspetti così complessi nella gestione della sanità pubblica e privata si inseriscono, a loro volta, nel futuro dell'assistenza medica che in modo implacabile tende a una forma di medicina personalizzata o, come è d'uso definirla, medicina di precisione (*precision medicine*), fondata su parametrici genetici e indagini selettive spesso costose.

Quindi, se da una parte abbiamo una tendenza a down-regolare, dall'altra abbiamo una direzione opposta, che implica specializzazioni sempre più forti e "biotecnologicamente dedicate". Per non parlare poi della "medicina difensiva", nell'ovvia considerazione del gran numero di denunce che coinvolgono i medici e il personale di assistenza.

Questo ovviamente senza giustificare l'eccesso di "prudenza" che implica prescrizioni realmente inutili o non coerenti con precise finalità diagnostiche o di monitoraggio.

In questo ambito qualcuno ha messo in discussione in modo maldestro il ruolo dei check-up, cioè di indagini mediche che prevedono la visita internistica con alcune analisi fondamentali, dimenticando che gran parte del miglioramento dello stato di salute dipende proprio dalla conoscenza di parametri di base che possono svelare patologie con grande incidenza nella popolazione generale (per esempio diabete, dislipidemie, infezioni latenti, patologie autoimmunitarie d'organo - come la tiroidite - o sistemiche - per esempio un'artrite reumatoide in fase iniziale -, tumori della mammella, della cervice uterina, della prostata o del colon).

Ma il vantaggio diagnostico, utilizzando controlli non troppo irrigimentati evita talora rischi che potrebbero manifestarsi in circostanze limite: per esempio il riscontro occasionale di un'anomalia vascolare (aneurisma) non diagnosticabile se non vengono ese-

guiti controlli in extenso, potenzialmente all'origine di gravi emorragie in corso di intervento chirurgico o di crisi ipertensive.

Potremmo anche dire una rinuncia svantaggiosa alla serendipity proprio quando si parla di un incremento qualitativo delle procedure diagnostiche.

A questi aspetti si aggiunge il "peso economico" dei farmaci, soprattutto di quei nuovi prodotti così detti "biologici", frutto di alta tecnologia e in genere ad altissimo costo. Quindi si può dire che la Sanità ha il compito sgradevole di equilibrare i costi. Ce la farà? C'è da dubitarne, soprattutto se si continuerà a discriminare il ruolo della sanità privata rispetto a quella pubblica. Il motivo è semplice.

Se per una diagnosi, pensiamo all'ambito dell'imaging (ma non solo), i tempi di attesa per il sistema pubblico possono rappresentare un rischio per il malato (per esempio, di una neoplasia) questi dovrà inevitabilmente rivolgersi all'area di assistenza privata. Una diagnosi (appropriata) effettuata in tempo reale, in relazione al sospetto diagnostico, può consentire un atto terapeutico efficace, in tempi accettabili e risolutivo.

Ne beneficerà il malato e l'economia del sistema. Lo sappiamo. Ma dobbiamo ricordare che il "privato" ha un'investimento e una qualità di controllo (effettuata dagli organi pubblici) che ne garantiscono limiti e caratteristiche in modo preciso e ben definito.

Un modo di uscirne esiste e si colloca nell'adeguamento dei costi nella sanità privata, costi che peraltro tendono già da tempo a ridursi, costituendo un'ancora di salvezza che per vari motivi il "pubblico" non si può permettere.

Il dibattito sull'argomento è ora aperto e in divenire. Non può però non tener conto della realtà quotidiana, delle nuove dimensioni del sociale che nell'invecchiamento della popolazione vedono un terribile Moloch di spesa in rapporto all'impovertimento generale.

Il problema è drammaticamente politico e di capacità previsionale, per cui solo conoscenza tecnica e consapevolezza civile sono in grado di limitare il prevedibile futuro danno potenziale e, se possibile, di restringere la così detta forbice che genera discriminazioni sociali oggettive e dolorose. ■