



## Medici al tempo dell'appropriatezza

### Primo Piano

Panti  
Cartabellotta  
Rozzini

### Forum

Una, nessuna e centomila  
appropriatezze

### Sondaggio

Appropriatezza:  
cosa ne pensano i medici?

## IN QUESTO NUMERO

### EDITORIALE

- La "maledetta" teoria del prof. Baumol,**  
Ottavio Di Stefano ..... 3
- Appropriati a cosa?,**  
Gianpaolo Balestrieri ..... 6

### PRIMO PIANO

- L'appropriatezza tra autonomia e vincoli,**  
Antonio Panti..... 7
- Appropriatezza professionale: la chiave per la  
sostenibilità della sanità pubblica,**  
Nino Cartabellotta..... 10
- Il medico improvvisatore e le regole della medicina,**  
Renzo Rozzini ..... 16

### FORUM

- Una, nessuna, centomila: l'appropriatezza  
e le sue complesse declinazioni viste da medici  
di famiglia e specialisti,**  
A cura di Lisa Cesco ..... 21

### SONDAGGIO

- L'appropriatezza in medicina. Risultato di un  
sondaggio fra gli iscritti dell'OMCeO di Brescia,**  
Angelo Bianchetti ..... 26

### PUNTI DI VISTA

- Ospedali e Appropriatezza:**
- Spedali Civili e Fondazione Poliambulanza,**  
Ezio Belleri e Alessandro Signorini, a cura di Lisa Cesco. 31
- ASST Garda,**  
Peter Assembergs ..... 37
- ASST Valcamonica,**  
Raffaello Stradoni ..... 39
- ASST Franciacorta,**  
Mario Colombo ..... 41
- Istituti Ospedalieri Bresciani (IOB),**  
Marco Centenari e Angelo Bianchetti ..... 43
- Il Comune di Brescia,**  
Donatella Albini..... 45
- L'evoluzione del concetto di appropriatezza  
in medicina,**  
Carlo Lombardi..... 46
- Brescia Pneumologica 2016,**  
Germano Bettoncelli..... 51
- Scelte terapeutiche nei pazienti con uremia terminale,**  
Giovanni Cancarini..... 55



### PROSPETTIVE

- Il prevalere delle patologie croniche:  
cosa cambia nella professione medica,**  
Francesco Longo..... 59

### CHOOSING WISELY

- Choosing Wisely e assistenza  
alla persona con diabete,**  
Umberto Valentini ..... 62

### PAGINA DELL'ODONTOIATRA

- Vita quotidiana e spunti estivi,**  
Gigi Veronesi ..... 66

### ASSOCIAZIONI

- Ospedali in Burkina** ..... 68
- Camper Emergenza** ..... 71

### MEDICINA E LETTERATURA

- Quando il respiro si fa aria, Paul Kalanithi,**  
Recensione a cura di Gianpaolo Balestrieri ..... 73

### ATTUALITÀ

- Vaccinazioni: scelta di civiltà,**  
Francesco Castelli..... 74

### RICORDI

- Dottor Aldo Pagni,**  
Ovidio Brignoli..... 75
- Dottor Domenico Contri,**  
Nicola Latronico ..... 76
- Dottor Ezio Ferretti,**  
Carlo Lazzaroni ..... 76
- Dottor Ezio Ferretti,**  
Lettera firmata, tratta dal Giornale di Brescia..... 77
- Dottor Piero Paroli,**  
La moglie Ida Cherubini e i figli..... 78

DIREZIONE-REDAZIONE-AMMINISTRAZIONE: Via Lamarmora, 167, Brescia, Tel. 030 2429537, Fax 030 2429530, info@ordinemedici.brescia.it, www.ordinemedici.brescia.it  
Direttore Responsabile: Dott. Gianpaolo Balestrieri, Comitato Di Redazione: Dott. Angelo Bianchetti, Prof. Giovanni Cancarini, Dott. Claudio Cuccia, Dott. Ottavio Di Stefano, Dott.ssa Eleonora Mozzo, Dott. Piergiorgio Muffolini, Dott. Renzo Rozzini, Dott.ssa Intissar Sleiman, Dott. Raffaele Spiazzi, Dott. Erminio Tabaglio.

CONSIGLIO DELL'ORDINE 2015-2017: PRESIDENTE: Dott. Ottavio Di Stefano, VICE PRESIDENTE: Dott.ssa Luisa Antonini, SEGRETARIO: Dott. Bruno Platto, TESORIERE: Dott.ssa Graziella Iacono, CONSIGLIERI: Dott. Gianpaolo Balestrieri, Dott. Germano Bettoncelli, Dott. Angelo Bianchetti, Dott. Ovidio Brignoli, Prof. Francesco Castelli, Dott.ssa Daniela Gatti, Dott.ssa Adriana Loglio, Prof. Francesco Puccio, Dott. Cesare Spedini, Dott. Umberto Valentini, Dott. Lorenzo Zanini, Dott. Pierantonio Bortolami (Odontoiatra), Dott. Luigi Veronesi (Odontoiatra), COLLEGIO REVISORI DEI CONTI: PRESIDENTE: Dott. Raffaello Mancini, COMPONENTI EFFETTIVI: Dott. ssa Analia Carmen Perini, Dott.ssa Emanuela Tignonsini, COMPONENTE SUPPLENTE: Dott.ssa Intissar Sleiman, COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI, PRESIDENTE: Dott. Luigi Veronesi, SEGRETARIO: Dott. Aldo Francesconi, COMPONENTI: Dott. Pierantonio Bortolami, Dott. Claudio Dato, Dott. Piero Alessandro Marcoli, UFFICIO DI PRESIDENZA COMPONENTI: Dott.ssa Luisa Antonini, Dott. Gianpaolo Balestrieri (Direttore Responsabile BresciaMedica), Dott. Germano Bettoncelli (Coordinatore Comm.ne Cultura), Dott. Ottavio Di Stefano, Dott.ssa Graziella Iacono, Dott. Bruno Platto, Dott. Umberto Valentini (Consigliere).

STAMPA: Com&Print srl - Brescia • PROGETTO EDITORIALE: a cura di Luca Vitale e Associati • IMMAGINE DI COPERTINA: realizzata dal Dott. Raffaele Spiazzi

La riproduzione di vignette e testi è libera, purchè vengano citate fonti e autori.

# La "maledetta" teoria del prof. Baumol

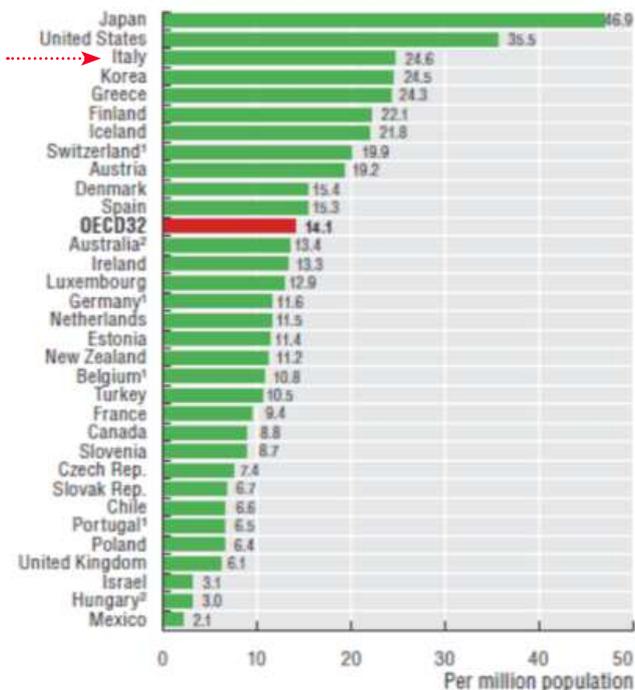


Il Presidente  
Ottavio Di Stefano

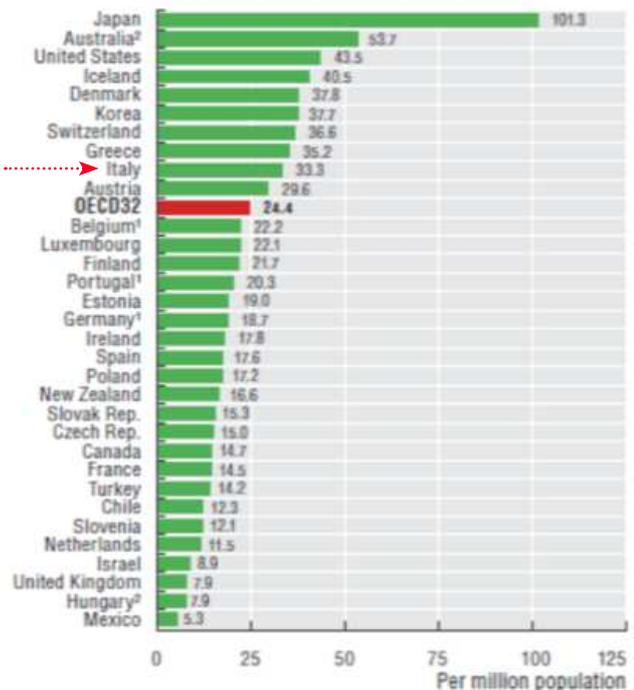
Nel rapporto OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) del 2015 si evidenzia che il numero delle apparecchiature RNM e TC per milione di abitanti vede l'Italia collocata, rispettivamente, al terzo posto nel mondo preceduta da USA e Giappone ed al sesto posto come numero di TAC. (v. Tabelle)

Per maggiori informazioni consulta il sito [www.healthpowerhouse.com](http://www.healthpowerhouse.com)

6.3. MRI units, 2013 (or nearest year)



6.4. CT scanners, 2013 (or nearest year)



1. Equipment outside hospital not included.  
2. Only equipment eligible for public reimbursement.  
Source: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.  
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280972>

1. Equipment outside hospital not included.  
2. Only equipment eligible for public reimbursement.  
Source: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.  
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933280972>

In Europa siamo i primi come numero di risonanze magnetiche e per le Tc ci sopravanzano solo Danimarca, Austria e, si noti, la Grecia. Abbiamo un numero di RMN più del doppio della Germania e della Francia. Per non parlare del Regno Unito che ci distanzia con un quarto di apparecchiature rispetto alle nostre. **La regione Lombardia, a fronte di un incremento del 35% delle indagini RMN nel periodo**

**2008-2012 ha emanato, nell'ambito delle regole di sistema 2014, linee guida RACCOMANDAZIONI PER LA PRESCRIZIONE DI RM E TC PER LA DIAGNOSTICA DELLE PATOLOGIE DEL GINOCCHIO, SPALLA E RACHIDE:**

*“Le presenti linee di indirizzo, definite dalla Regione in condivisione con la comunità professionale, non costituiscono un vincolo*

Sub-discipline	Indicator	Italy	Latvia	Lithuania	Luxembourg	Malta	Montenegro	Netherlands	Norway	Poland	Portugal	Romania	Serbia	Slovakia	Slovenia	Spain	Sweden	Switzerland	United Kingdom		
1. Patient rights and information	1.1 Healthcare law based on Patients' Rights	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	1.2 Patient organisation involvement	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.3 No-fault malpractice insurance	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.4 Right to second opinion	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.5 Access to own medical record	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.6 Registry of bona fide doctors	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.7 Web or 24/7 telephone HC info	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.8 Cross-border care seeking freely allowed	👍	👍	👍	👍	👍	n.ap.	👍	n.ap.	👍	👍	👍	n.ap.	👍	👍	👍	👍	👍	n.ap.	👍	
	1.9 Provider catalogue with quality ranking	👍	👍	👍	👍	👍	n.ap.	👍	n.ap.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.10 EPR penetration	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.11 On-line booking of appointments?	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.12 e-prescriptions	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
<b>Subdiscipline weighted score</b>		<b>96</b>	<b>104</b>	<b>125</b>	<b>121</b>	<b>92</b>	<b>75</b>	<b>146</b>	<b>146</b>	<b>79</b>	<b>129</b>	<b>96</b>	<b>104</b>	<b>113</b>	<b>121</b>	<b>104</b>	<b>125</b>	<b>133</b>	<b>129</b>		
2. Accessibility (waiting times for treatment)	2.1 Family doctor same day access	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	2.2 Direct access to specialist	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	2.3 Major elective surgery <90 days	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	2.4 Cancer therapy < 21 days	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	2.5 CT scan < 7days	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	2.6 A&E waiting times	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
<b>Subdiscipline weighted score</b>		<b>138</b>	<b>113</b>	<b>175</b>	<b>200</b>	<b>163</b>	<b>113</b>	<b>200</b>	<b>138</b>	<b>100</b>	<b>125</b>	<b>160</b>	<b>138</b>	<b>163</b>	<b>125</b>	<b>113</b>	<b>100</b>	<b>225</b>	<b>100</b>		
3. Outcomes	3.1 Decrease of CVD deaths	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	3.2 Decrease of stroke deaths	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	3.3 Infant deaths	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	3.4 Cancer survival	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	3.5 Potential Years of Life Lost	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	3.6 MRSA infections	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	3.7 Abortion rates	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	3.8 Depression	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
<b>Subdiscipline weighted score</b>		<b>188</b>	<b>146</b>	<b>135</b>	<b>219</b>	<b>135</b>	<b>135</b>	<b>240</b>	<b>240</b>	<b>146</b>	<b>188</b>	<b>104</b>	<b>125</b>	<b>135</b>	<b>208</b>	<b>198</b>	<b>229</b>	<b>240</b>	<b>188</b>		
4. Range and reach of services provided	4.1 Equity of healthcare systems	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	4.2 Cataract operations per 100 000 age 65+	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	4.3 Kidney transplants per million pop.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	4.4 Dental care included in public healthcare?	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	4.5 Informal payments to doctors	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	4.6 Long term care for the elderly	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	4.7 % of dialysis done outside of clinic	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	4.8 Caesarean sections	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
<b>Subdiscipline weighted score</b>		<b>88</b>	<b>75</b>	<b>75</b>	<b>125</b>	<b>125</b>	<b>56</b>	<b>144</b>	<b>138</b>	<b>63</b>	<b>94</b>	<b>63</b>	<b>69</b>	<b>94</b>	<b>106</b>	<b>113</b>	<b>144</b>	<b>119</b>	<b>131</b>		
5. Prevention	5.1 Infant 8-disease vaccination	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	5.2 Blood pressure	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	5.3 Smoking Prevention	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	5.4 Alcohol	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	5.5 Physical activity	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	5.6 HPV vaccination	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	5.7 Traffic deaths	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
<b>Subdiscipline weighted score</b>		<b>101</b>	<b>77</b>	<b>65</b>	<b>101</b>	<b>101</b>	<b>71</b>	<b>101</b>	<b>113</b>	<b>83</b>	<b>89</b>	<b>71</b>	<b>71</b>	<b>77</b>	<b>83</b>	<b>101</b>	<b>107</b>	<b>101</b>	<b>107</b>		
6. Pharmaceuticals	6.1 Rx subsidy	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	6.2 Layman-adapted pharmacopoeia?	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	6.3 Novel cancer drugs deployment rate	👍	👍	👍	👍	n.a.	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	6.4 Access to new drugs (time to subsidy)	👍	n.a.	n.a.	👍	n.a.	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	6.5 Arthritis drugs	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	6.6 Metformin use	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	6.7 Antibiotics/capita	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
<b>Subdiscipline weighted score</b>		<b>57</b>	<b>52</b>	<b>52</b>	<b>67</b>	<b>48</b>	<b>33</b>	<b>86</b>	<b>81</b>	<b>52</b>	<b>67</b>	<b>43</b>	<b>48</b>	<b>71</b>	<b>67</b>	<b>67</b>	<b>81</b>	<b>76</b>	<b>81</b>		
<b>Total score</b>		<b>667</b>	<b>567</b>	<b>628</b>	<b>832</b>	<b>663</b>	<b>484</b>	<b>916</b>	<b>854</b>	<b>523</b>	<b>691</b>	<b>527</b>	<b>554</b>	<b>653</b>	<b>710</b>	<b>695</b>	<b>786</b>	<b>894</b>	<b>736</b>		
<b>Rank</b>		<b>22</b>	<b>29</b>	<b>25</b>	<b>6</b>	<b>23</b>	<b>35</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>34</b>	<b>20</b>	<b>32</b>	<b>30</b>	<b>24</b>	<b>15</b>	<b>19</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>14</b>		

o una limitazione prescrittiva, ma intendono fornire indicazioni pratiche, finalizzate a promuovere una maggiore appropriatezza nella scelta di questi esami diagnostici.”

**Secondo gli indicatori dell'Euro Health Consumer Index (EHCI) il nostro sistema SSN si colloca al 22° posto in Europa precedendo Malta e Slovacchia e dopo il Portogallo.** Va sottolineato che per altre organizzazioni che utilizzano indicatori più classici (longevità, distribuzione delle risorse, equanimità ed universalità) il nostro sistema sanitario rimane uno fra i migliori del mondo e dobbiamo far di tutto per “tenercelo caro”.

Il problema dell'appropriatezza esiste ed è rilevante ed i medici bresciani ne sono coscienti come dimostra il sondaggio che pubblichiamo in questo numero.

Se torniamo però a valutare gli indicatori dell'EHCI scopriamo che vi è una distribuzione quasi equivalente fra elementi di inappropriata organizzativa e professionale (forse prevale quella organizzativa). Troverete analisi esperte su questi temi. Da sottolineare, in perfetta coerenza con l'ottimo documento degli Ordini del Sud, recentemente approvato dal Consiglio Nazionale della FNOMCeO, che il rapporto EHCI indica come problema principale dell'Italia le disuguaglianze del SSN, sotto tutti gli aspetti (economici, organizzativi, migrazione dei pazienti etc.) fra le regioni italiane.

**Non appropriatezza professionale? È colpa nostra? O meglio è tutta colpa nostra?** Tanto è vero che il ministero della salute ha emanato il famoso decreto Lorenzin con 203 prestazioni (con alcuni errori marchiani) che se prescritte senza considerare limiti e vincoli comportavano sanzioni a carico del medico. Il risultato: una riedizione del regime del terrore con il suo comitato di salute pubblica.

“Non so più come muovermi, per ora non prescrivo...” ho sentito *de visu* reazioni come questa. Prese di posizioni con ricorsi al TAR ed un richiamo continuo alla libertà professionale secondo scienza coscienza. Tutti concordiamo che non si può fare clinica basandosi su regole amministrative e che è sempre da preferire la strada della condivisione fra i vari *setting* di cura e le diverse figure professionali.

Il Decreto *pare* sia in procinto di essere abrogato superato dall'introduzione dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza che prevedranno alcune

situazioni di prescrivibilità, ma legate solo alle motivazioni cliniche autonome del medico. La FNOMCeO si è molto impegnata in questo iter con un'azione continua, dialogante, ma ferma che è la cifra di valore di questa Presidenza.

È colpa nostra?

**La TAC alle tre di notte al paziente molto vecchio senza motivazione clinica. Alzi la mano chi non l'ha prescritta a fronte delle pressioni dei parenti?**

La RMN del ginocchio su consiglio dell'allenatore che diventa indispensabile per conoscere il futuro della giovane promessa del calcio italiano?

Molti di noi si fermano, discutono, visitano, sì, visitano, e cercano di fare il proprio lavoro davvero secondo scienza e coscienza.

Altre tante cause. Ma quali i rimedi?

Rischiando la monotonia, per le tante volte che così mi sono espresso, credo che di fronte ai bisogni di salute ed assistenziali del nostro tempo sempre più complessi e con indispensabile impegno di nuove costose risorse, la nostra risposta sta da un lato nella cultura aggiornata, ma dall'altro sta nella comunicazione ed interazione fra noi e noi, noi e le altre figure professionali per dare, davvero, al nostro paziente ciò che gli è utile e non dare ciò che è inutile.

Ci voleva il prof. William Jack Baumol (New York, 26 febbraio 1922) e la sua “maledetta” teoria.

**Baumol, matematico ed economista, fu incaricato dalla Rockefeller Foundation di ricercare le cause per cui, mentre i costi delle loro produzioni cinematografiche e televisive con l'avanzare della tecnologia diminuivano, le produzioni teatrali e concertistiche vedevano gli stessi continuamente lievitare.**

**La risposta fu semplice e disarmante.**

**La produttività aumenta certamente con l'evoluzione della tecnologia.** Questo si è visto anche in medicina (si pensi alla riduzione dei tempi di degenza), ma noi rimaniamo artigiani di un lavoro, in gran parte, fatto ancora a mano, dove ci vuole, esperienza, cultura, intuizione per cui, concludeva Baumol, **per la suonata per quartetto d'archi K 421 di Mozart ci vogliono sempre, allora come oggi, 4 musicisti, di grande profilo e che soprattutto suonino all'unisono, interagiscano e comunichino senza guardarsi, mettendo al centro la loro arte (il paziente) che non ha prezzo.** ●

# Appropriati a cosa?



Il Direttore  
**Gianpaolo Balestrieri**

## “Che cos’è una cura appropriata?”

La risposta sarà spesso: **dipende**. Dipende da quello che si chiede ai medici, da dove vivono e lavorano, quale peso venga dato ai diversi tipi di evidenza e di obiettivi, se si considerano le preferenze dei pazienti e delle famiglie, dai livelli di risorse di un dato sistema sanitario e dai valori prevalenti sia nel sistema sia nella società in cui si opera... Gli analisti di economia e gli enti finanziatori non apprezzeranno queste ambiguità. I clinici tuttavia possono salutarle come l’affermazione che l’arte della medicina verosimilmente non sarà eliminata per molti anni ancora<sup>1</sup>. Considerazioni di quasi vent’anni fa, più che mai attuali. Appropriatazza delle cure, qualità in medicina, libertà del medico, rapporto medico paziente, medicina difensiva. Una discussione riaccesa dal decreto Lorenzin sull’appropriatezza prescrittiva che documentiamo in questo numero del giornale. Ma cos’è l’appropriatezza? Metodologica, scientifica, deontologica, etica, economica, le dimensioni del tema descritte da G. Federspil, rimpianto clinico ed epistemologo<sup>2</sup>, delineano complessità e possibili tensioni nell’agire medico. Da una parte il fine proprio della professione (la miglior cura possibile per il paziente che si è affidato a noi), dall’altra i limiti delle risorse disponibili e ancora un rapporto medico paziente spesso conflittuale con comportamenti difensivi per il

timore (spesso non infondato) di richieste risarcitorie o di denunce penali. Non è facile trovare una linea di comportamento omogenea nella varietà delle situazioni concrete. La stessa condivisibile impostazione della “*Slow Medicine*” e di “*Choosing wisely*”, che ispirano una sobria condotta clinica, consapevole degli scopi e dei limiti della medicina, sembra talora soccombere di fronte ad una deriva di tendenze culturali e di mercato difficili da contrastare. Tra offerta poco regolata di prestazioni diagnostiche e terapeutiche e finanziamenti al sistema stabili o in declino oggi è a rischio un sistema universalistico di assistenza sanitaria che il nostro Paese è riuscito nella sostanza a garantire fino ad oggi. Condizione preliminare per difenderlo sono il dialogo ed il confronto tra i colleghi, troppo isolati nei loro *setting* assistenziali. Oggi come e più di ieri dobbiamo sentirci parte di una comunità di lavoro capace di condividere obiettivi, criticità, speranze. ●

1 Naylor C.D. *What is appropriate care?* *N Engl J Med* 1998 ; 336: 1918-1920.

2 Federspil G. *Le cinque dimensioni dell’appropriatezza* *Keiron* 2000; 5:50.



nell'interesse del paziente che coincide con quello della comunità. Purtroppo non è così. Ne siamo ben lontani e **vi sono molteplici snodi su cui confrontarsi con la società per mantenere elevati i valori della medicina.**

È utile elencarli per indicare una direzione fattibile per far sì che i vincoli esterni divengano interni all'agire medico.

Non è utopia, prefiguriamo strade difficili ma inevitabili per incidere sulla società in modo che l'appropriatezza sia una libera decisione del medico; altrimenti tramonta l'essenza stessa della professione.

1. **La relazione tra medico e paziente;** nel riaffermare la medicina narrativa, quale istanza antropologica per una rinnovata personalizzazione delle cure in cui genetica, epigenetica e modello biopsicosociale si incontrano, occorre ricordare che la relazione umana esige tempo. Il tempo dedicato alla relazione col paziente è tempo di cura. I contratti di lavoro vanno ribaltati e misurati non sulla numerosità delle prestazioni ma sul tempo necessario per prendersi cura di ciascun paziente.
2. **La valutazione degli esiti delle cure** implica un nuovo concetto di responsabilità per tutti i *policy maker* per quanto attiene sia all'offerta che alla domanda. "Scegliere saggiamente" ribalta il populismo di alcuni magistrati o politici. Se i medici rivendicano autonomia nello stesso tempo debbono assumersi la responsabilità di convincere il paziente che l'interesse collettivo non può essere eluso e che quasi sempre in medicina "*less is better*".
3. **Il rapporto fra scienza e diritto** deve trovare un giusto equilibrio impedendo ai magistrati di diventare arbitri della scientificità delle cure. I casi *Stamina* e *Di Bella* rappresentano l'epifenomeno di un malinteso concetto di diritto e della scarsissima conoscenza dei magistrati della metodologia della scienza. Il problema del rapporto tra il giudizio dei magistrati e quello degli scienziati è urgente.
4. Dobbiamo assecondare **l'innovazione tecnologica** oppure affermare limiti etici? Quale è il ruolo dei medici nel decidere sugli strumenti di potenziamento psicofisico dell'essere umano e sui rapporti tra l'uso dei cosiddetti big data e il consenso informato?
5. **I costi incrementali dell'innovazione** riguardano i medici? Possiamo lasciarne la determinazione al mercato o esigere trasparenza nella formazione dei prezzi? Chi definisce l'equivalenza dei risultati e individua quali farmaci e dispositivi possono essere posti a gara? Chi decide il "*value for money*" dei presidi terapeutici, la Borsa o i medici?
6. Di fronte alla tendenza ad abbreviare i tempi della ricerca per giungere alla precoce immissione in commercio di nuove tecnologie, pur nel rispetto delle esigenze dei pazienti, **chi decide sul rispetto della metodologia della scienza** e sulle garanzie per i cittadini, cioè se un farmaco sia efficace e sicuro?
7. Sui **rischi ambientali** è possibile che la professione esprima una mediazione fondata sui dati fra le esigenze di produttività e di sviluppo e la tutela della salute oggi e delle future generazioni?
8. E chi decide sull'equità, cioè sui **limiti delle cure**, ciascun medico in base alla propria autonomia o si cerca un compromesso con l'amministrazione? Il trattamento di ciascun caso ha un costo sempre maggiore; se il bilanciamento fra interesse dell'individuo e della collettività è proprio della politica, la misura dei risultati inerte la responsabilità delle organizzazioni sanitarie.
9. Le tecnologie moderne in particolare l'ITC sono strumenti potenti di integrazione e di supporto alla prassi medica. Tuttavia incidono negativamente sul rapporto col paziente che perde in individualità. Inoltre la **distruzione creatrice propria della tecnologia** può portare alla

necessità di un minor numero di medici.  
È un tema inevitabile.

10. Ultimo punto di un elenco incompleto:  
**la fase finale della vita.** L'offerta tecnologica non esorcizza l'accanimento terapeutico. La fase "end stage" deve essere preparata col paziente e con i familiari con ampio margine di tempo e l'ascolto, la comprensione, lo stimolo anche spirituale alla resilienza e al *coping*, sono compiti del medico per riportare l'eutanasia al concetto primario di "buona morte" quanto più possibile serena e scevra da sofferenze.  
**La morte moderna non si affronta con la tecnica ma con la palliazione intesa come abito mentale del medico.**

### Conclusioni

Affrontare siffatti problemi rappresenta un lavoro politico arduo che non nasce spontaneo nei medici. Se discutiamo sulla struttura della società, cioè sul rapporto tra economia e morale, almeno creeremo scandalo e consapevolezza. Nell'epoca dei grandi trionfi della medicina, quasi per una sorta di irrazionalità pervasiva, la domanda di salute appare distorta, la medicina è ben lontana dalla razionalità, i medici mostrano comportamenti spesso fuori del tempo. Proponiamo un "patto per la responsabilità" tra tutti i *policy maker*. I medici si assumono l'onere di combattere l'eccesso di consumismo inutile e dannoso e quindi, di fatto, di contrastare un mercato che fa aggio sulle eccessive attese della gente. I politici condividano queste scelte fornendo gli strumenti amministrativi e organizzativi necessari. I rapporti tra medicina e mondo e tra medici e pazienti sono assai cambiati negli ultimi decenni. Esprimere il parere dei medici sui problemi che assillano la società è ciò che la gente si aspetta e che restituisce autorevolezza alla professione. Troppo spesso i medici si dedicano a sterili recriminazioni o a frustrazioni corali; non è mai troppo tardi per riprendere in mano il proprio destino. ●

# Appropriatezza professionale: la chiave per la sostenibilità della sanità pubblica

**Nino Cartabellotta**

Presidente Fondazione GIMBE

## Premessa

Sin dalla fine degli anni Novanta, nonostante le alternanze politico-culturali, il termine appropriatezza è stato il filo conduttore dei principali documenti di programmazione sanitaria: dai Piani Sanitari Nazionali (1998-2000, 2001-2003, 2003-2005, 2006-2008, 2011-2013), attraverso il DL 229/99 fino al DPCM del 2001 sui livelli essenziali di assistenza (LEA), dove si legge che “le prestazioni che fanno parte dell’assistenza erogata, non possono essere considerate essenziali, se non sono appropriate”. Tuttavia, l’attenzione si è per lungo tempo focalizzata sull’appropriatezza organizzativa, in particolare dell’assistenza ospedaliera, di cui le liste di DRG a rischio di inappropriatezza rappresentano una delle principali applicazioni operative. Nell’agosto 2015 il maxiemendamento sul

decreto Enti Locali ha riportato alla ribalta il tema dell’inappropriatezza professionale considerato che Governo e Regioni avevano concordato di recuperare € 106 milioni/anno dal 2015 al 2017 da prestazioni specialistiche e riabilitative inappropriate. Dopo aver occupato la scena mediatica per quasi un anno tra resistenze della politica e proteste di medici e pazienti, il decreto è stato inizialmente congelato, quindi abrogato in occasione della pubblicazione del testo sui nuovi LEA.

Considerato che l’appropriatezza di servizi e prestazioni sanitarie rappresenta la chiave per la sostenibilità di qualunque sistema sanitario, che il termine appropriatezza si articola in una serie di sfumature concettuali e che nel nostro Paese imperversano diverse “opportunistiche” interpretazioni del termine appropriatezza, il presente

articolo, integrando ed aggiornando le precedenti pubblicazioni sul tema<sup>1,2,3</sup>, ha l'obiettivo di fornire un linguaggio comune, indispensabile strumento per un confronto costruttivo sul futuro ruolo dell'appropriatezza nel SSN.

## Introduzione

L'appropriatezza rappresenta una dimensione della qualità dell'assistenza sanitaria insieme a efficacia, sicurezza, coinvolgimento di cittadini e pazienti, equità, efficienza. Rispetto alla classificazione di Donabedian, secondo cui la qualità di un sistema sanitario può essere misurata a livello della struttura, dei processi e degli esiti, l'appropriatezza misura l'aderenza ai processi clinici e organizzativi secondo standard definiti. È possibile valutare l'appropriatezza di qualsiasi intervento sanitario: preventivo (screening, vaccinazione), diagnostico (TAC spirale, PET, angio-RMN), terapeutico (farmaci, chirurgia, radioterapia, psicoterapia), assistenziale (presidi, medicazioni), organizzativo (case manager nello scompenso cardiaco), riabilitativo (riabilitazione nella BPCO), educazionale (self-management del diabete), palliativo (infusione intratecale di morfina). Nessun intervento sanitario può essere classificato in maniera dicotomica come appropriato o inappropriato, in quanto esiste una categoria intermedia di dubbia appropriatezza influenzata dalle zone grigie delle evidenze scientifiche, dalla variabilità di malattie e condizioni e dalle preferenze e aspettative del paziente.

## Definizioni

A dispetto della rilevanza che riveste in ambito sanitario, non esiste una definizione universalmente accettata di appropriatezza. Il Manuale di Formazione

per il Governo Clinico realizzato dal Ministero della Salute<sup>4</sup> riporta una estesa revisione bibliografica delle definizioni di appropriatezza, tra cui la più diffusa a livello internazionale è quella della RAND Corporation: "Una procedura è appropriata se il beneficio atteso (ad es. aumento della aspettativa di vita, sollievo dal dolore, riduzione dell'ansia, miglioramento della capacità funzionale) supera le eventuali conseguenze negative (ad es. mortalità, morbosità, ansia, dolore, tempo lavorativo perso) con un margine sufficientemente ampio da ritenere che valga la pena effettuarla". Nel 2000, in occasione del workshop organizzato dall'Ufficio Regionale Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, la definizione della RAND Corporation viene riconosciuta come un utile punto di partenza, nonostante la genericità e i limiti, ricondotti in particolare alla mancata considerazione dell'individualità del paziente e della disponibilità di risorse.

In Italia, secondo il glossario del Ministero della Salute "L'appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi"<sup>5</sup>.

In assenza di definizioni universalmente accettate, condividendo le critiche sollevate dall'OMS alla definizione della RAND Corporation e ritenendo impossibile includere nella definizione di appropriatezza le numerose variabili che la determinano, secondo la Fondazione GIMBE un servizio/intervento/prestazione sanitaria è appropriato quando viene erogato "alla persona giusta, nel momento

1 Cartabellotta A. *L'appropriatezza nel mirino. Sole 24 Ore Sanità e Management 2003 (settembre): 24-28.*

2 Cartabellotta A. *Appropriatezza: istruzioni per l'uso. Guida al più ambito indicatore di qualità assistenziale (I). GIMBEnews 2009;1:4-5.*

3 Cartabellotta A. *Appropriatezza: istruzioni per l'uso. Guida al più ambito indicatore di qualità assistenziale (II). GIMBEnews 2009;2:4-5.*

4 Ufficio III della Direzione generale della Programmazione sanitaria del Ministero della Salute. *Manuale di formazione per il governo clinico: Appropriatezza. Luglio 2012. Disponibile a: [www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1826\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1826_allegato.pdf). Ultimo accesso: 14 luglio 2016.*

5 Ministero della Salute. *Glossario: appropriatezza. Disponibile a: [www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=314&area=qualita&menu=sicurezza&tab=9](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=314&area=qualita&menu=sicurezza&tab=9). Ultimo accesso: 14 luglio 2016.*

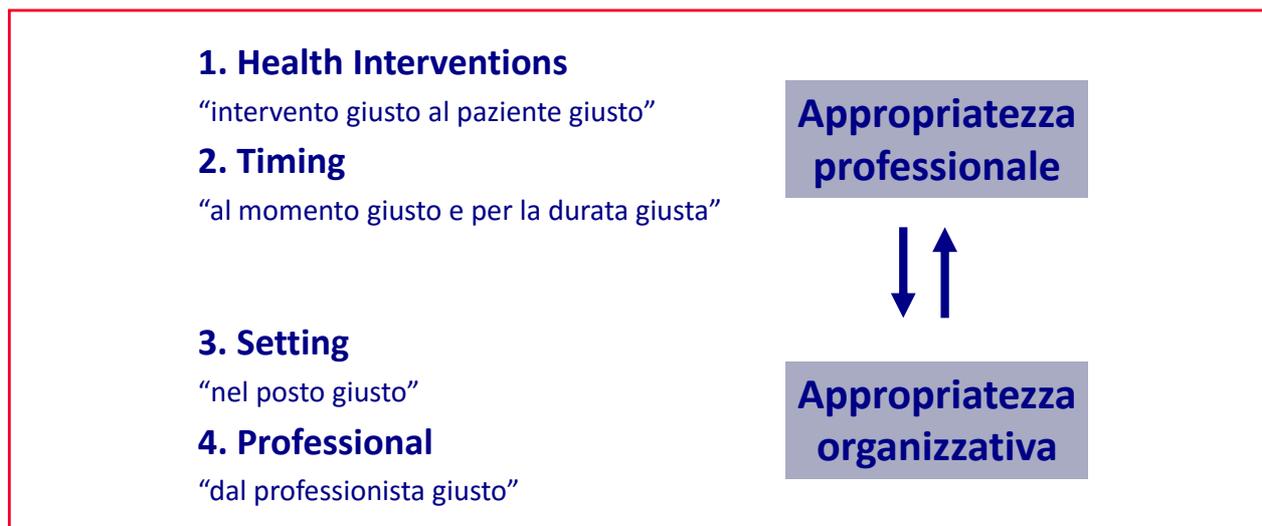


Fig. 1

Relazioni tra appropriatezza professionale e organizzativa

giusto, per la giusta durata, nel posto giusto e dal professionista giusto”. Questa definizione omnicomprensiva richiede di declinare separatamente - come già intuito negli anni Settanta<sup>6,7</sup> - le due dimensioni dell’appropriatezza, quella professionale e quella organizzativa che, ovviamente, si influenzano a vicenda (figura 1).

**Appropriatezza professionale.** Un intervento sanitario si definisce appropriato dal punto di vista professionale quando:

- è di efficacia provata da variabili livelli di evidenza
- viene prescritto al “paziente giusto”, nel “momento giusto” e per la “giusta durata”
- gli effetti sfavorevoli sono accettabili rispetto ai benefici (presenta un profilo beneficio/rischio favorevole).

Gli standard appropriatezza professionale, di conseguenza, sono condizionati prevalentemente dalle evidenze disponibili sull’efficacia/sicurezza degli interventi sanitari. Il miglioramento dell’appropriatezza professionale

può influenzare favorevolmente altre dimensioni della qualità assistenziale in quanto massimizza la probabilità di effetti favorevoli (efficacia), minimizza la probabilità di effetti avversi (sicurezza), riduce gli sprechi da sovra- e da sotto-utilizzo (efficienza), migliora l’equità. Tuttavia, se l’appropriatezza professionale viene misurata all’atto della prescrizione, il reale beneficio di un intervento sanitario appropriato dipende dalla sua erogazione “al momento giusto e per la giusta durata”, dalla *compliance* del paziente oltre che dalle sue caratteristiche cliniche: di conseguenza, migliorare l’appropriatezza professionale non coincide sempre con un miglioramento degli *outcome* di salute. Il termine appropriatezza prescrittiva, spesso utilizzato come sinonimo di appropriatezza professionale, è più restrittivo perché valuta l’appropriatezza professionale solo dei medici, e riguarda sostanzialmente farmaci e test diagnostici.

**Appropriatezza organizzativa.**

Un intervento sanitario si definisce appropriato dal punto di vista organizzativo quando viene erogato “consumando” un’appropriata quantità di risorse, con particolare riferimento al *setting* assistenziale (“posto giusto”) e ai professionisti sanitari coinvolti

6 Stolley PD, Becker MH, Lasagna L, McEvilla JD, Sloane LM. The relationship between physician characteristics and prescribing appropriateness. *Med Care* 1972;10:17-28.

7 Boaz RF. Utilization review and containment for hospital utilization: some implications of providing care in the “most appropriate setting”. *Med Care* 1979;17:315-30.



Fig. 2  
Spettro dell'appropriatezza degli interventi sanitari

(“professionista giusto”). I criteri di appropriatezza organizzativa sono condizionati prevalentemente dalle risorse impiegate per erogare l'intervento sanitario. Il miglioramento dell'appropriatezza organizzativa ha l'obiettivo di ottenere gli stessi risultati in termini di efficacia e sicurezza, utilizzando meno risorse.

Da queste definizioni emergono numerose problematiche che condizionano l'affidabilità degli indicatori di appropriatezza. Innanzitutto, pochi sono gli interventi sanitari per i quali esistono consistenti prove di efficacia, con un netto sbilanciamento a favore degli interventi terapeutici (farmaci in particolare), rispetto alle tecnologie diagnostiche. In secondo luogo il profilo beneficio-rischio degli interventi sanitari è sovrastimato da vari fattori:

- le evidenze, che tendono a enfatizzare l'efficacia e sottostimare i rischi degli interventi sanitari, sia perché gli studi clinici sono condotti su popolazioni selezionate, sia per l'esistenza di specifici bias (*publication bias*, *outcome reporting bias*) che mettono in evidenza i risultati favorevoli e minimizzano quelli negativi;
- la percezione dei professionisti, spesso distorta da conflitti d'interesse;
- i criteri che autorizzano l'immissione sul mercato di tutte le tecnologie sanitarie;
- la medicalizzazione della società che aumenta la domanda di prestazioni da parte di cittadini e pazienti.

Infine, efficacia, costo-efficacia ed efficienza degli standard organizzativi sono supportate da evidenze molto limitate e difficilmente generalizzabili.

Pertanto, se è relativamente semplice identificare gli interventi sanitari futili e quelli indispensabili, l'appropriatezza delle innumerevoli tecnologie che congestionano il mercato della salute sfuma in una scala di grigi, dove non è semplice tracciare netti confini (figura 2).

### Le dimensioni dell'appropriatezza: sovra-utilizzo e sotto-utilizzo

Il concetto di appropriatezza, anche se affonda le radici nella qualità professionale, rappresenta una delle modalità per ottimizzare le risorse economiche. Purtroppo, in sanità si assiste spesso ad una visione distorta del concetto di inappropriatezza, troppo spesso identificata con la prescrizione/erogazione di interventi in eccesso, la cui riduzione può offrire consistenti bocciate d'ossigeno ai bilanci della sanità. In realtà, esistono interventi e prestazioni sanitarie di provata efficacia largamente sottoutilizzati, la cui implementazione richiede, a breve termine, un aumento dei costi. In altre parole l'inappropriatezza, sia professionale sia organizzativa, può essere in eccesso (*overuse*) o in difetto (*underuse*): a breve termine ridurre il sovra-utilizzo permette di recuperare risorse, implementare il sotto-utilizzo richiede investimenti. Di conseguenza, il riferimento all'appropriatezza come strategia per la sostenibilità del SSN attraverso il processo di disinvestimento e riallocazione, richiede la revisione di due posizioni estreme: da un lato i professionisti, riconoscendo che numerosi interventi sanitari erogati sono francamente inappropriati, devono

valorizzare l'appropriatezza come risorsa di qualità professionale; dall'altro i decisori, accettando che migliorare l'appropriatezza non equivale a ridurre i costi, ma solo a ottimizzare le risorse, devono mettere a fuoco la dimensione dell'*underuse*, per offrire interventi di provata efficacia sottoutilizzati.

### Come definire i criteri di appropriatezza professionale?

Sin dalla metà degli anni Ottanta sono state proposte varie metodologie<sup>8</sup> per definire i criteri di appropriatezza professionale, accompagnate da ripetute valutazioni sulla complessità dell'approccio e le possibili implicazioni pratiche. Successivamente, seguendo l'onda dell'*evidence-based medicine*, è stata enfatizzata la necessità di definire i criteri di appropriatezza professionale sulla base di un riferimento esplicito alle migliori evidenze disponibili<sup>9</sup>, adeguatamente "pesate" per la loro qualità metodologica, rilevanza clinica e applicabilità. In particolare, le raccomandazioni di linee guida prodotte da gruppi multi-professionali con rigorosa metodologia *evidence-based* rappresentano la base scientifica per definire i criteri di appropriatezza professionale: i processi di consenso formale (*consensus conference*, metodo RAND, metodo Delphi, metodo del gruppo nominale) costituiscono strumenti integrativi nelle numerose aree grigie dove le evidenze disponibili (scarse o contraddittorie) non forniscono adeguate certezze, oppure quando si vogliono personalizzare le raccomandazioni generiche delle linee guida a sottogruppi di pazienti.

Recentemente si sono affermate le cosiddette *low-value lists*, ovvero liste di prestazioni diagnostico-terapeutiche ad elevato rischio di inappropriatezza. A livello internazionale l'iniziativa più

nota è *Choosing Wisely* che, lanciata nel maggio 2012 dall'*American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation*, ha coinvolto le società scientifiche per definire 5 prestazioni su cui "medici e pazienti dovrebbero interrogarsi" perché potenzialmente inappropriate e anche rischiose, enfatizzando l'importanza della comunicazione medico-paziente. Il movimento *Choosing Wisely* si è presto esteso in Canada, Australia e progressivamente al resto del mondo. In Italia, è rappresentato dall'associazione *Slow Medicine* con il progetto "Fare di più non significa fare meglio".

### Conclusioni

Nei moderni sistemi sanitari è fondamentale che l'erogazione e il finanziamento di servizi e prestazioni sanitarie siano guidati dai criteri di appropriatezza. In Italia, tuttavia, l'appropriatezza perseguita dai documenti normativi è quasi esclusivamente quella organizzativa, con particolare riferimento al *setting* assistenziale (riduzione dei ricoveri inappropriati). Questo approccio riduzionista ha svuotato dei contenuti professionali l'appropriatezza che viene così percepita come strumento di razionamento, invece che di ottimizzazione delle limitate risorse disponibili.

Il sovra-utilizzo di servizi e prestazioni è un complesso fenomeno professionale, etico, sociale ed economico e qualunque soluzione proposta per arginare l'inappropriatezza prescrittiva non può prescindere dalla necessità di interventi sociali e culturali. In particolare, le Istituzioni devono informare adeguatamente cittadini e pazienti sull'efficacia, sicurezza e appropriatezza degli interventi sanitari, al fine di arginare quell'asimmetria informativa tra il mondo della ricerca e quello dell'assistenza, che genera aspettative irrealistiche nei confronti di una medicina mitica e di una sanità infallibile, aumentando rischi, costi e contenzioso medico-legale. ●

8 Phelps CE. The methodologic foundations of studies of the appropriateness of medical care. *N Engl J Med* 1993;329:1241-5.

9 Anderson GM, Brown AD. Appropriateness ratings. Overuse, underuse, or misuse? *Lancet* 2001;358:1475-6.

La Fondazione GIMBE ha pubblicato un decalogo al fine di avviare un confronto collaborativo tra gli stakeholders della sanità sulla spinosa questione dell'inappropriatezza

### Decalogo GIMBE sull'appropriatezza in sanità

1. I criteri di appropriatezza professionale derivano dalle evidenze scientifiche o, in loro assenza, da metodi di consenso formale (RAND, Delphi).
2. Il *primum movens* dell'inappropriatezza professionale è l'asimmetria informativa tra le evidenze scientifiche e le conoscenze integrate dai medici nelle proprie decisioni.
3. L'inappropriatezza professionale può essere in eccesso (*overuse*) o in difetto (*underuse*): ridurre la prima permette di recuperare risorse, implementare la seconda richiede investimenti. Di conseguenza, qualunque strategia per ridurre l'inappropriatezza professionale deve essere guidata dal principio del "disinvestimento e riallocazione", perché in tutti i percorsi assistenziali convivono aree di *overuse* e di *underuse*.
4. La prescrizione di un intervento sanitario non può essere dicotomicamente classificata come appropriata/inappropriata: esiste una categoria intermedia di dubbia appropriatezza influenzata dalle zone grigie della ricerca, dalla variabilità di malattie e condizioni e dalle preferenze e aspettative dei pazienti.
5. L'inappropriatezza professionale, in particolare quella relativa ai test diagnostici, non può essere "giustificata" solo dalla medicina difensiva, alla quale si affiancano altre determinanti di sovra-utilizzo: ipotrofia del ragionamento diagnostico ipotetico-deduttivo, logiche di finanziamento e incentivazione di aziende e professionisti basate sulla produzione di prestazioni, medicalizzazione della società, aspettative di cittadini e pazienti, turnover delle tecnologie sanitarie, conflitti di interesse.
6. Secondo la scienza che studia come modificare i comportamenti professionali non esistono evidenze che supportano l'efficacia delle sanzioni economiche per ridurre l'inappropriatezza prescrittiva.
7. Il continuo incremento dell'offerta e l'utilizzo indiscriminato delle tecnologie diagnostiche contribuiscono all'eccesso di medicalizzazione della società.
8. È indifferibile una reale implementazione dell'HTA per migliorare la *governance* delle innovazioni tecnologiche, dismettendo quelle obsolete e introducendo nella pratica clinica solo quelle che, oltre a presentare chiare evidenze di reali benefici, hanno un elevato *value*.
9. È indispensabile ricostruire un'adeguata relazione medico-paziente, fornendo informazioni bilanciate su rischi e benefici degli interventi sanitari, permettendo così al paziente di prendere decisioni realmente informate.
10. Le Istituzioni devono informare adeguatamente cittadini e pazienti sull'efficacia, sicurezza e appropriatezza degli interventi sanitari, al fine di arginare le aspettative irrealistiche nei confronti di una medicina mitica e di una sanità infallibile, aumentando il contenzioso medico-legale.

# Il medico improvvisatore e le regole della medicina

**Renzo Rozzini**

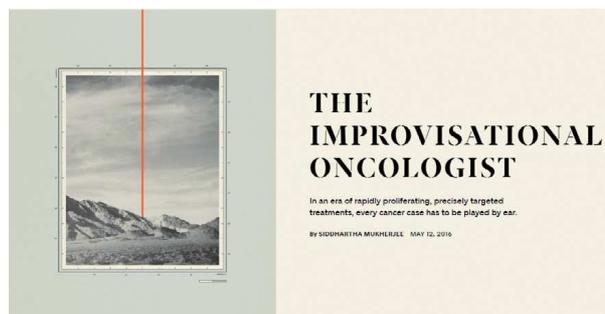
Fondazione Poliambulanza - Istituto Ospedaliero

In un recente numero del *New York Times Magazine* dedicato al cancro un articolo ha spiegato gli sviluppi nella ricerca, e in particolare come si sia passati da un'idea "classificatrice" dei tipi di malattie a cui applicare cure standardizzate e universali - "protocolli" - a un approccio che considera ogni caso come peculiare e quasi unico per la complessità dei diversi aspetti e fattori che lo costituiscono. E racconta come il lavoro dei medici - di fronte a un male oggettivamente incomprensibile, ancora non compreso più di tanto - sia oggi soprattutto di mescolare esperienza, letteratura esistente, e sperimentazione su ogni paziente, perché ogni malattia di ogni paziente reagisce diversamente a ogni cura ("L'oncologo improvvisatore" è il titolo dell'articolo), generata com'è da tantissimi fattori diversi e originali. Oggi siamo sempre più consapevoli come sia arbitraria e approssimativa la gran parte dei tentativi di previsione sui risultati futuri di mille questioni diverse: dagli andamenti delle campagne elettorali, agli investimenti finanziari, non solo in medicina.

Ogni volta che proviamo a predire un risultato complesso, ci addentriamo in un campo

minato. Cercare di valutare con precisione sistemi complessi influenzati da variabili casuali e correlate tra loro, da fattori esterni e dall'imprevedibilità del comportamento umano è una "folia". Anche se non ci piace ammetterlo, di molto sappiamo poco, compresi noi medici, in molte aree della nostra disciplina.

In questo contesto possono essere lette le righe che seguono: descrivere in modo sintetico i paradigmi culturali nei quali si muove il medico d'oggi, le implicazioni e, forse, le prospettive nell'ambizione di facilitare la soluzione di alcune delle molte incertezze che ancora dominano la prassi clinica.



## 📖 Medicina basata sulle evidenze (EBM)

La medicina basata sulle evidenze (EBM) è un movimento nato nel 1992 in Inghilterra, che si fonda sul principio della valutazione dei migliori risultati della ricerca disponibili in quel preciso momento di ricerca scientifica. Ciò che interessa specificatamente l'EBM non è semplicemente ciò che deriva da ricerche, bensì prevalentemente da studi clinici controllati e linee-guida di pratica clinica: i dati sono ottenuti mediante una valutazione critica degli studi esistenti.

L'EBM valuta la forza delle evidenze dei rischi e benefici dei trattamenti, compresa la mancanza di trattamento, nonché dei test diagnostici. Questo aiuta i medici a prevedere se un trattamento farà più bene che male, e agire di conseguenza nella prescrizione. La più accreditata fonte dell'EBM è una associazione inglese di volontari che provvedono a raccogliere gli studi randomizzati e controllati, effettuando revisioni sistematiche nella propria area di competenza: *Cochrane Collaboration* (*Archibald Lemman Cochrane, 1909-1988*, è stato un pioniere della medicina basata sulle evidenze).

I documenti prodotti si trovano nella *Cochrane Library*, che contiene raccolte di evidenze utili al processo decisionale clinico nei campi della terapia, prevenzione e miglioramento della qualità.

La prova della qualità può essere valutata in base al tipo di fonte (da meta-analisi e revisioni sistematiche di studi randomizzati in triplo cieco clinici con occultamento di assegnazione, fino all'interazione col senso comune), così come da altri fattori, tra cui la validità statistica, la rilevanza clinica, e la *peer-review acceptance*. Con quest'impostazione della medicina si riconosce che molti aspetti dell'assistenza sanitaria dipendono da fattori individuali come il giudizio di qualità e valore della vita, che sono solo in parte soggetti a quantificarsi con metodi scientifici.

L'applicazione dei dati di efficacia dipende quindi dalle circostanze e le preferenze del paziente, e le cure mediche restano soggette a contributi personali, valori

politici, filosofici, etici, economici, ed estetici. La EBM alle sue origini nacque sulla base delle evidenze ottenute in gruppi di pazienti omogenei, di età non avanzata, generalmente affetti da una sola malattia, senza comorbidità. A oltre venti anni dalla sua nascita, l'ampio aumento dell'attesa di vita porta i medici a trattare pazienti molto diversi da che allora venivano presi in considerazione, con età media di 10-20 anni più avanzata, con ampie comorbidità o multimorbidità. **Il modello dell'EBM è per alcuni aspetti oggi messo in discussione non rispondendo in modo adeguato a parte della realtà** (pazienti anziani, con presenza contemporanea di più malattie, dei deficit funzionali, ecc.) **e non tenendo in considerazione preferenze e aspettative dei pazienti.**

Nel giugno 2014 *Trisha Greenhalgh*, fondatrice della EBM ha firmato sul *British Medical Journal* un articolo dal titolo: *EBM: A movement in crisis?* a nome del gruppo per la *"Renaissance of EBM"*. Nell'aprile 2015 (13-14) si è tenuto a Oxford un incontro dell'organizzazione *"evidencelive"* nell'ambito dell'azione *"real EBM"* patrocinato dal *British Medical Journal*. Queste azioni hanno in comune da un lato il riaffermare la centralità dell'EBM nella pratica medica, rappresentandone la dorsale, e nello stesso tempo la tendenza a una "revisione" della EBM, arricchendola di altri elementi più adatti al "nuovo paziente".

## 📖 La Medicina Narrativa

La Medicina Narrativa, in quanto strumento di relazione con il malato e di comprensione non solo dei suoi problemi, ma anche del rapporto del malato con i problemi è da sempre componente essenziale della buona medicina. Da anni la medicina narrativa vive una fase di difficoltà per l'apparente supremazia delle tecnologie che, con le apparenti certezze che promettono di fornire, tendono a spersonalizzare il rapporto medico-paziente impedendo la creazione dell'alleanza medico-paziente, elemento essenziale per il percorso di cura. Malgrado questa deriva da alcuni anni (*Charon 2006, Schlesinger e coll 2015*) è stato rivalutato il significato scientifico della medicina narrativa,

in grado di migliorare la qualità delle cure attraverso le esperienze dei pazienti. La medicina narrativa colloca l'oggetto dell'osservazione clinica nel proprio habitat, permettendogli prima di tutto di sviluppare la soggettività; ciò risponde all'esigenza scientifica di osservare l'individuo nel suo ambiente, perché quest'ultimo ne cambia profondamente le caratteristiche. La medicina narrativa esercita la funzione di interpretare il soggetto delle cure collocando quanto è stato appreso, attraverso l'approccio scientifico, in una logica più ampia, che si preoccupa di conoscere come questi dati abbiano modificato la vita del paziente, la percezione della sua qualità, le relazioni con gli altri, ecc., pur con indubbi problemi di comprensione e di interpretazione; si pensi, ad esempio, al significato diverso che può essere dato alla parola "immunità", che ha una specifica declinazione sul piano clinico, ma che ha anche altri diversi significati sul piano delle relazioni tra persone, dalla difesa degli spazi individuali, della valorizzazione dell'autonomia, ecc.

**La capacità di comprendere la narrazione richiede esperienza da parte del medico, che deve essere in grado di capire le mille lingue diverse del suo paziente:** quella "di chi non sa", quella di chi si sente massimamente istruito perché ha navigato su internet, quella dell'ipocondriaco dalle letture ossessive, quella dello straniero guidato da antiche abitudini, o di molti altri. Non è facile, ma è premessa necessaria ad una cura efficace, ancor prima della raccolta dei dati che permettono di arrivare ad una conoscenza precisa del paziente (la diagnosi).

La narrazione del paziente (i commenti dei pazienti relativi agli incontri clinici) come aspetto potenzialmente centrale in grado di guidare l'atto medico è stata inizialmente accolta con scetticismo, pensandola più come litania di lamentele che a qualcosa di utile per il miglioramento della salute; la narrazione, fondandosi su convinzioni "ignoranti", potrebbe anche distogliere l'attenzione da aspetti clinici centrali. È comunque vero che la narrazione qualitativa relativa all'assistenza ricevuta è l'anello essenziale, ma debole, sia per i pazienti che cercano di capire e condividere l'esperienza

di altri pazienti che per i medici che cercano di imparare dai pazienti la migliore qualità delle cure erogabili.

### **La Medicina Basata sulle Conoscenze (KBM)**

La *Knowledge Based Medicine* (KBM) o medicina basata sulle conoscenze, si fonda sulla visione fisiopatologica che quasi regolarmente si deve associare alla EBM per valutare l'applicabilità al singolo paziente di quanto stabilito da evidenze di gruppo, quasi sempre "medie" e ottenute su campioni quasi sempre altamente selezionati della popolazione dei pazienti che condividono un determinato problema clinico.

**La KBM valorizza gli strumenti utili per personalizzare l'intervento medico sul singolo paziente, mantenendolo strettamente ancorato alle conoscenze disponibili, ma non limitatamente a quelle dei trial clinici controllati.** Si può così superare la concezione "ingessata" della medicina basata sulle evidenze per approdare a quella più dinamica di "medicina basata sulle conoscenze".

La medicina si è spostata negli anni dalla diagnosi fenomenologica sindromica, vale a dire un modello di sintomi e segni clinici, alla diagnosi fondata su *imaging* e biomarcatori organo-specifici (in genere assumendo una popolazione omogenea). Questo approccio, che spesso identifica una singola "malattia" con un singolo *biomarker* (come la troponina per l'infarto, la procalcitonina per l'infezione batterica) ha avuto molto successo per la diagnosi di malattie ad elevata prevalenza spianando la strada a terapie sempre più efficaci. Tuttavia il modello non è risultato esaustivo: la previsione del decorso di una malattia è ancora una sfida difficile e non può fondarsi su un solo dato bioumorale. Ad esempio una condizione patologica apparentemente chiara come infarto del miocardio è un continuum patologico correlato a sede (posizione dell'arteria correlata infarto), tempo (rilevanza critica dei tempi di riapertura dell'arteria occlusa), gravità e fattori individuali (grado di subclinica aterosclerosi non legata alla manifestazione attuale, variabilità del sistema di coagulazione, risposta ai farmaci). Questa incapacità di comprensione rende ragione del trattamento di pazienti che

non trarranno alcun beneficio dalla terapia (come inibizione piastrinica da clopidogrel in nonresponders clopidogrel) e della possibilità, in assenza di benefici paziente-specifici di effetti collaterali anche gravi di farmaci inutilmente somministrati (ad esempio, reazione allergica).

### La Medicina di Precisione (PM)

La Precision Medicine (PM), medicina di precisione, concetto sorto insieme a quello della “Medicina Personalizzata” e affermatosi all’inizio di questo decennio, è stato portato platealmente all’attenzione di tutti dal “Discorso sullo stato dell’Unione” del gennaio scorso di Barack Obama e ripreso poi largamente dal *New England* (2015), da *Nature* (2015) e anche da *Lancet* (2015).

Si può definire medicina precisione quella fondata su trattamenti mirati alle esigenze dei singoli pazienti sulla base della genetica, *biomarker*, caratteristiche fenotipiche o le psicosociali che contraddistinguono un paziente da altri pazienti con manifestazioni cliniche simili. L’obiettivo è di migliorare gli esiti clinici per i singoli pazienti e ridurre al minimo gli effetti collaterali non necessari per i pazienti che hanno meno probabilità di giovare di quel particolare trattamento. L’applicazione della “*precision medicine*” alla popolazione, utilizzando ed integrando dati genomici, biochimici, di immagine, antropometrici e funzionali può far avanzare la medicina catalizzando una nuova era di trattamenti “basati sui dati” più precisamente adeguati ai singoli pazienti.

I termini “medicina di precisione”, “medicina personalizzata” e “medicina individualizzata” sono spesso usati come sinonimi. **Molti medici sostengono di aver sempre praticato la medicina individualizzata e personalizzata. Per questo motivo si preferisce utilizzare il termine “medicina di precisione” per sottolineare i nuovi aspetti di questo settore, guidati da strumenti diagnostici e terapie specifici.**

Probabilmente, i principi della medicina precisione sono stati una pietra angolare della pratica medica fin dai primi tentativi di classificazione delle malattie e di trattamento specifico sulla base di una diagnosi. Ciò che è nuovo, però, è il ritmo del progresso delle

opzioni diagnostiche e terapeutiche. Alcuni esempi: per molti anni, la cura della malattia infettiva si è fondata sull’identificazione del microrganismo responsabile e la conseguente selezione di un agente antimicrobico efficace. Per le infezioni batteriche, il campo è maturo, e la scelta di antibiotico è basata su farmaci sensibili noti o empirici.

Un altro esempio di medicina precisione è l’uso di agenti biologici ricombinanti come terapie di sostituzione. La produzione di fattori ricombinanti VIII e IX hanno rivoluzionato l’efficacia e la sicurezza del trattamento di pazienti con emofilia. Tuttavia, la diagnosi precisa del tipo di emofilia è necessaria per guidare il trattamento specifico. La terapia genica è ormai all’orizzonte per l’emofilia, fornendo livelli terapeutici potenzialmente stabili a lungo termine del fattore di coagulazione necessario.

Più di recente, i test per specifiche anomalie genetiche sta trasformando la classificazione e il trattamento delle patologie neoplastiche. Ad esempio, nel cancro del polmone, la classificazione tradizionale che si basa su criteri anatomici e istologici viene aumentata da test molecolari da marker genetici e la risposta clinica a inibitori mirati può essere straordinaria in pazienti con mutazioni specifiche. Non da ultimo la personalizzazione della medicina diventa un’importante barriera agli abusi nei trattamenti: la possibilità di approfondire la condizione di malattia attraverso un rapporto diretto potrebbe indurre risparmio, evitare prescrizioni certamente inutili e talvolta addirittura dannose.

Oggi molte -omics sono riconosciute come aspetti della medicina di precisione: tra gli altri genomica, proteomica, farmacogenomica, metabolomica, epigenomica. A questi si può logicamente aggiungere la “personomica”, che riassume i diversi aspetti psicologici, sociali, culturali, comportamentali, ed economici che caratterizzano la persona. Costituiscono una realtà viva, che sta alla base della suscettibilità alle malattie, del fenotipo e della risposta ai trattamenti.

## La medicina fondata sulle preferenze

Per lo sviluppo di una nuova medicina, il ruolo del paziente deve evolversi considerando le scelte diagnostiche e terapeutiche, la medicina difensiva e l'attenzione alla qualità della vita. In un intervento di Ubel, sul NEJM (2015) *“Medical Facts versus Value Judgments - Toward Preference-Sensitive Guidelines* è stato per la prima volta espresso il concetto delle preferenze del paziente come elemento di applicazione delle linee guida, concetto che compendia la spesso citata e raramente realizzata centralità del paziente”. (A questo si devono ovviamente aggiungere le convinzioni del medico: *“Mi trovavo di fronte a un pubblico di oncologi, presentando una conferenza sul processo decisionale condiviso. Ho chiesto loro di ipotizzare di dover scegliere tra due tipi di radioterapia per il tumore al seno in stadio precoce. Il primo trattamento li avrebbe lasciati con una probabilità del 15% di recidiva locale e una probabilità del 10% di fibrosi del seno moderata o grave. Il secondo trattamento li avrebbe lasciati con solo una probabilità 8% di recidiva locale, ma con una probabilità del 30% di fibrosi moderata o grave. Gli oncologi hanno alzato le mani in numero quasi uguale per i due trattamenti. Alcuni credevano inaccettabile il più elevato rischio di fibrosi, data la trattabilità della maggior parte delle recidive locali, altri che il trauma della recidiva superasse di gran lunga il disagio della fibrosi”*).

### Conclusioni

Il dibattito testimonia che la medicina, come insieme di saperi, è un mondo aperto, nel quale si susseguono le più diverse prese di posizione, in una dialettica che sempre porta a progressivi miglioramenti della qualità delle cure. Si può affermare che, grazie anche alle molteplici contaminazioni alle quali è esposto, il pensiero clinico rappresenta un modello di libertà culturale al servizio dell'uomo, come pochi altri settori della vita civile. È la base di una nuova prospettiva culturale, che si va diffondendo progressivamente, che costruisce l'atto di cura sulla *“knowledge based medicine”*, in

grado di collegare la scienza più innovativa (*precision medicine*) e i risultati dei trial randomizzati e controllati (che conservano un importantissimo ruolo, nonostante le giuste considerazioni critiche condotte recentemente) con il mondo reale e la relazione con il paziente (la *narrative medicine*) e l'esperienza del medico. Il termine “conoscenza” racchiude le diverse prospettive con le quali ci si avvicina alla persona che soffre; è una parola nobile, perché riconosce la complessità del reale e quindi il compito alto di chi deve curare. Sarà compito di studiosi e ricercatori nei prossimi anni costruire un modello che possa “mettere in serie” dati che originano dai diversi approcci sopraindicati; compito non facile, ma che potrebbe costituire un vero “rinascimento” della medicina, perché mette assieme le arti e le scienze, l'umanesimo con il dato oggettivo.

Il dibattito dice anche della difficoltà a ricondurre la complessità e la diversità a un numero ridotto di schemi semplificati, a trovare regole e soluzioni universali, a mettere gli effetti in relazione a delle cause. Gli approcci più saggi e proficui sono quelli che mescolano una conoscenza dei precedenti, una consapevolezza delle unicità e della necessaria duttilità conseguente, e l'ottimismo della volontà, che è una specie di follia dettata dalla ricerca del bene (che tu sia oncologo o direttore di AST).

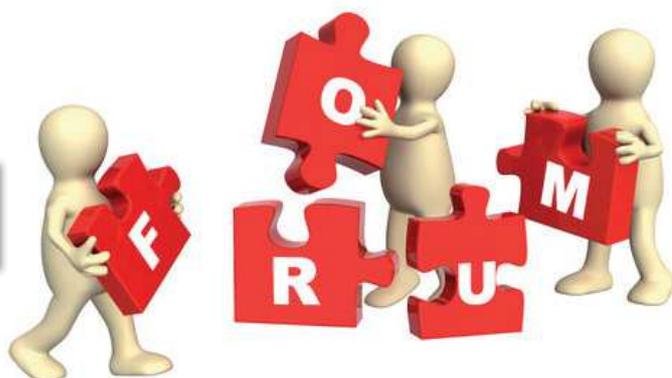
Quello che ottiene successo presso noi umani, è la semplificazione, la riduzione della complessità, le poche regole, le soluzioni. Una delle difficoltà maggiori dei medici con i pazienti è far loro accettare la risposta “non possiamo saperlo”. Che è una delle difficoltà maggiori di chiunque ne sappia abbastanza di una cosa.

Questo vale in ogni circostanza del vivere sociale: “la gente vuole risposte chiare”. Dovero del medico è trovare per ogni paziente la giusta dose di certezze e incertezze da somministrare in base alla sua capacità di accoglierle, pur sapendo che nell'ambulatorio accanto al mio ci sarà sempre il collega che darà più certezze delle mie...e sarà più apprezzato. ●

# Una, nessuna e centomila: l'appropriatezza e le sue complesse declinazioni viste da medici di famiglia e specialisti

**Forum su Ambiente e salute**  
Lunedì 13 giugno 2016

Testo a cura di **Lisa Cesco**  
giornalista



*Sul tema dell'appropriatezza si gioca la sostenibilità del Sistema sanitario nazionale, ma anche il rapporto con il paziente e la relazione fra medici. Il recente "decreto Lorenzin" ha posto una serie di vincoli sugli esami diagnostici, ma il dibattito rimane aperto, fra posizioni critiche e stimoli costruttivi.*

## Hanno partecipato:

**Gianpaolo Balestrieri**, Direttore responsabile di Brescia Medica

**Ottavio Di Stefano**, Presidente dell'Ordine dei Medici

**Germano Bettoncelli**, medico di medicina generale e consigliere dell'Ordine

**Angelo Bianchetti**, responsabile Dipartimento di Medicina e Riabilitazione,  
Istituto Clinico S. Anna di Brescia, e consigliere dell'Ordine

**Giovanni Pietro Casali**, medico di medicina generale e fisiatra

**Sergio Palini**, medico di medicina generale

**Mara Rozzi**, medico di medicina generale

**Cristina Marengoni**, pediatra di libera scelta

**Carlo Tagliaferri**, responsabile UO Radiologia, ospedale di Montichiari

Nell'epoca della "medicina della complessità" il nodo dell'appropriatezza diventa centrale per assicurare una corretta gestione del malato, evitando sprechi di risorse per il Sistema sanitario collegati a esami e approfondimenti diagnostici non necessari. Lo scenario è in continuo divenire, e il dibattito si è acceso dopo il recente "decreto Lorenzin", che ha posto al medico una serie di vincoli nella prescrizione di esami diagnostici per salvaguardarne l'appropriatezza. Si sono registrate, al riguardo, posizioni critiche di molti medici di medicina generale, ed è aperto il confronto sull'efficacia dei nuovi criteri introdotti e su come conciliare concretamente la scelta clinica del medico con i vincoli ai singoli esami stabiliti nel decreto. L'Ordine dei Medici propone un approfondimento sul tema dell'appropriatezza, raccogliendo le riflessioni di chi, quotidianamente, si misura con prescrizioni e richieste di esami diagnostici. Attraverso lo strumento del Forum, quale spazio aperto di dialogo fra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti, ciascun partecipante è stato chiamato a offrire il proprio punto di vista, contribuendo a delineare possibili miglioramenti.

### Risonanze & Co, l'"esuberanza" italiana

In Italia gli apparecchi per risonanze magnetiche e Tac sono 4 volte più numerosi rispetto a quelli dell'Inghilterra e il doppio di quelli dell'Olanda, Paesi in cui l'assistenza sanitaria non ha nulla da invidiare alla nostra. La cifra cresce se si considerano altre strumentazioni come i mammografi, le cui dotazioni in Italia sono dieci volte di più. «Il nostro Paese si caratterizza per uno spiccato "consumismo diagnostico", soprattutto nel settore dell'imaging, cui fa da contrappunto un sistema carente di risorse umane - in primis infermieri - e in difficoltà a offrire un'assistenza puntuale al malato fragile», osserva **Gianpaolo Balestrieri**. Fra preoccupazioni per la tenuta

del Sistema sanitario nazionale e un disagio diffuso degli operatori «rimangono grossi spazi di inappropriata, in cui il medico di medicina generale rischia di essere un vaso di coccio: pressato dai pazienti che "esigono" prestazioni, e messo in difficoltà dagli specialisti che prescrivono senza impegnative rosse». La Fnomceo si è mossa dopo l'emanazione del decreto, ottenendo un allungamento dei tempi e alcuni correttivi come l'esclusione di sanzioni per il clinico, ribadendo come l'indipendenza del medico è sancita dal Codice deontologico, come del resto l'appropriatezza prescrittiva, che rimane elemento fondante della professione.

«Ci si chiede, in questo contesto, quanto una politica di condivisione fra società scientifiche, Ordini e strutture ministeriali possa avere successo. Fino a che punto è possibile rinunciare a provvedimenti calati dall'alto?».

**Balestrieri** ricorda l'esempio emblematico della Cuf-Commissione Unica del Farmaco, avviata nel 1993, che ha suddiviso i farmaci a carico del Servizio sanitario in tre fasce, con la rimborsabilità limitata ai farmaci di provata efficacia. «Quel provvedimento, che aveva scatenato nell'immediato reazioni furibonde, in due anni ha fatto mutare radicalmente il panorama della spesa farmaceutica».

### Una Tac? è come fare 400 radiografie

Il radiologo, davanti a una prescrizione non indicata per il caso specifico, può sempre decidere di non fare l'esame e magari sostituirlo con un'altra prestazione. Questo sulla carta, perché la realtà è molto più complessa. In aiuto vengono le linee guida specifiche stilate dalla Sirm, la Società italiana di radiologia medica, «noi radiologi cerchiamo di attenerci a questa logica - spiega Carlo Tagliaferri - ma è certo che anche la tecnologia disponibile in ciascun ambulatorio gioca un ruolo determinante». Ci sono poi variabili che sono indipendenti dal puro dato clinico: «Il nostro è un mercato impazzito, una grandissima responsabilità nella diminuzione dell'appropriatezza sta nell'aver separato la medicina ospedaliera e la medicina privata: la pseudo competizione pubblico-privato ha provocato il proliferare di prescrizioni non sempre adeguate, e ci sono "esamifici" con scopo di lucro che

dovrebbero trovare un freno». A complicare le cose e moltiplicare esami ci si è messa, in molti casi, anche la medicina difensiva. Dimenticando che quando si valuta l'esecuzione di un esame invasivo «va sempre modulato il rapporto fra beneficio e invasività: una Tac alla pelvi significa sottoporre il paziente all'equivalente di 440 radiografie al torace, una Tac al cranio di 85 radiografie e una Tac alla colonna lombare a 225 radiografie». Secondo Tagliaferri, in un contesto in cui si è superato ampiamente il limite di guardia, è necessario porre dei punti fermi, seguendo tre parole d'ordine: «Buon senso, aggiornamento e possibilmente discussione, perché il confronto col clinico offre una reale possibilità di selezione».

### **Binari troppo rigidi per le sentinelle sul territorio**

«Il tema dell'appropriatezza fa parte del Dna della medicina di base, si può dire che siamo cresciuti con questo riferimento - osserva **Sergio Palini** - Un aspetto importante che il decreto Lorenzin vuole incanalare in binari troppo rigidi».

È vero che con i correttivi apportati più di recente scompare il riferimento alle sanzioni per i medici "inappropriati", «ma la Corte dei Conti potrà sempre chiedere al medico di giustificare il proprio comportamento se non in linea con le norme di prescrizione».

Il dialogo con i colleghi è importante, ma riuscire a realizzarlo compiutamente dipende molto dal contesto: «In realtà più piccole può funzionare, la mia esperienza personale sul territorio di Ome è indicativa al riguardo: con la clinica San Rocco si sono condivisi corsi tenuti dai medici di famiglia e rivolti agli specialisti ospedalieri, per approfondire i contenuti del decreto. Questo dimostra effettivamente che un più ampio colloquio con gli specialisti e un maggior studio della clinica potrebbe risolvere il problema».

Diversa la situazione a Brescia città, dove è più complesso il rapporto sia con gli specialisti che con gli stessi pazienti. «Viaggio con il decreto stampato nella mia agenda, dobbiamo sempre averlo sott'occhio, e anche il paziente deve conoscere la nuova normativa: nostro compito è informarlo, per questo ho appeso in studio un sunto del

decreto», racconta **Mara Rozzi**. «Spiegare è il bello del nostro lavoro di "sentinelle" sul territorio. Sulla necessità di ottimizzare le risorse e molte altre cose sono d'accordo, credo però che uno sforzo lo debbano fare anche gli specialisti: è sbagliato trattare i medici di medicina generale come meri trascrittori, è necessario invece capire "chi deve fare cosa", a beneficio innanzitutto del paziente».

### **Quella confusione che disorienta il paziente**

Diversa la situazione vissuta dai pediatri, perché «i genitori sono poco inclini a fare esami inutili ai bambini», spiega **Cristina Marengoni**, pediatra di libera scelta a Castenedolo. «Ma anche noi pediatri abbiamo qualche problema con gli specialisti, basti pensare ai controlli prescritti ai pazienti in uscita dal Day Hospital». Spesso ai malati non viene spiegato che c'è un decreto che limita le prescrizioni, «e il paziente si arrabbia se un medico gli dice una cosa e uno un'altra: la confusione è la cosa peggiore». Nel complesso, però, «sono contenta di avere un'arma contro i pazienti ipermedicalizzati».

Secondo **Giovanni Pietro Casali**, medico di medicina generale e fisiatra, «il decreto guarda principalmente alla necessità di maggiori limitazioni su esami di *imaging* come risonanza e Tac». Ma per riportare al centro l'appropriatezza è necessario guardare più a monte, «stabilendo dei percorsi per il medico di medicina generale». Nel caso delle patologie muscolo scheletriche, ad esempio, i medici - medici di medicina generale e specialisti - «hanno un approccio troppo sintomatico: la cronicità non può essere trattata come tanti fatti acuti recidivanti, perché questa tendenza porta con sé storture e costi non irrilevanti. Meglio andare a vedere il perché di certi disturbi, diversamente si favorisce la cronicità, e si applicano i protocolli "col copia e incolla"».

### **Fra ragionamento clinico ed Evidence Based Medicine**

Centrale, nella questione appropriatezza, è il fatto che ogni prescrizione vada motivata. «Quando si chiede un esame bisogna avere

alla base un quesito diagnostico - sottolinea **Angelo Bianchetti** nel portare l'esperienza dello specialista ospedaliero - Questo non sempre avviene, dimenticando che a monte dell'appropriatezza dev'esserci un ragionamento clinico». Bisogna avere presente il paziente che abbiamo davanti, le sue condizioni, l'età, le cronicità di cui è portatore, «ma anche i valori e i desideri, che chiamano in causa l'abilità del clinico nel mediare». Non solo: «l'appropriatezza riguarda anche i luoghi, è necessario interrogarsi su dove è più appropriato gestire quel malato, se in ospedale o sul territorio, ragionando anche sulla prima linea di accesso che è quella del Pronto soccorso, e sulle risorse necessarie per poter offrire le migliori risposte al paziente». Certo è che l'appropriatezza è una componente clinica della qualità in medicina, siede sulle evidenze e richiede competenza clinica: abilità complesse in cui entrano in gioco «l'esperienza del medico e la sua intuizione, quel "fiuto clinico" che ci porta a dire che quel paziente "non ci piace", ha qualcosa, vogliamo andare a vedere», dice **Germano Bettoncelli**, convinto che il decreto Lorenzin, per come è nato, abbia lo scopo esclusivo di contingentare l'uso delle risorse per limitare la spesa. La competenza in materia dovrebbe stare in capo alla professione, «attraverso la mediazione delle società scientifiche che aiutano a tradurre in operatività pratica l'"evidence" documentata dalla letteratura». L'*Evidence Based Medicine* è oggi la bussola che dovrebbe orientare le attività del camice bianco, «ma la medicina generale è il settore che più di tutti ha ogni giorno a che fare con un mix di problemi di tipo clinico, sociale, organizzativo e di varia altra natura - avverte **Bettoncelli** - In questo ambito la pretesa di mettere in atto una *Evidence Based Medicine* centrata su un modello ospedalocentrico, che procede con lenzuolate di esami, non funziona». Sullo sfondo c'è anche il dato del 20% della spesa sanitaria che è a corresponsione diretta dei cittadini, tramite le prestazioni private. «Il mercato della diagnostica offre prodotti sempre più obbedienti ad una logica "consumistica" e la privatizzazione

dell'accesso alla salute sta cambiando anche il rapporto fra medico e paziente: il cittadino sta entrando nella logica del "me lo pago, quindi vado da chi voglio e prendo ciò che mi pare", e questo apre orizzonti inquietanti per la tutela della salute nel futuro della nostra società».

### L'interazione ci salverà?

Anche per il presidente dell'Ordine dei Medici, **Ottavio Di Stefano**, «ci sono situazioni in cui non puoi protocollare e definire tutto: l'area grigia è molto ampia». Questo si aggiunge al vissuto diffuso fra i medici di medicina generale, che si sentono vessati e vedono il decreto come un ulteriore ostacolo al loro impegno clinico. In discussione in Parlamento c'è anche la legge sulla responsabilità medica, «che introduce il principio di non punibilità del medico, nemmeno per colpa grave, se ha seguito le linee guida accreditate: l'appropriatezza potrà avere una valenza anche in questo caso». Da un lato i medici di famiglia, dall'altro gli specialisti, e in mezzo ciò che davvero manca: «l'interazione e la relazione tra di noi». «Nell'epoca dello "specialismo", se non riusciamo a interagire correttamente fra medici, infermieri e professioni sanitarie, il problema non lo risolviamo». Ci sono già modelli di comunicazione e strumenti informatici sperimentati con successo in altri Paesi, che potrebbero rappresentare una base di partenza anche per il contesto italiano. «Il nostro problema è che non abbiamo più tempo clinico - ragiona **Di Stefano** - La soluzione a medio e lungo periodo è riscoprire l'interazione strutturata». Condivisione fra colleghi ma non solo: secondo **Gianpaolo Balestrieri** la battaglia «per una medicina ragionata e condivisa con i pazienti, che si contrappone a tendenze forti come il mercato privato e la convinzione che fare di più (più test, più controlli, ecc.) sia comunque meglio, è una battaglia culturale che vale la pena di fare». E stando così le cose «aspetti prescrittivi che vengono dall'alto possono rappresentare una tutela anche per il medico, che può trovare il sostegno di qualcosa che è stato normato».

## Qualità e scelte culturali alla base dell'appropriatezza

La qualità è un altro aspetto centrale connesso con l'appropriatezza. «La tecnologia di cui disponiamo oggi è talmente sofisticata che spesso con gli esami radiologici diamo ai medici una sovrabbondanza di informazioni rispetto a quanto effettivamente viene utilizzato», osserva Tagliaferri, puntando anche l'attenzione sul nodo dei tempi d'attesa, diretta espressione del moltiplicarsi di esami inappropriati. D'altronde, come fa notare **Marengoni**, «se prima si poteva dare tutto a tutti, ora l'appropriatezza prescrittiva diventa innanzitutto un'esigenza "culturale", anche se i pazienti la vedono solo come un taglio della spesa».

Il problema della sostenibilità, secondo **Casali**, «è molto indirizzato sull'abuso nel campo muscolo-scheletrico, che rappresenta il 20-30% dell'impegno giornaliero del medico di medicina generale - spiega - Bisogna cambiare metodo, ripartendo dalla prevenzione, ad oggi grande assente». La sfida posta dall'appropriatezza è anche quella di saper lavorare in gruppo, per condividere informazioni, favorire il confronto e individuare i passaggi clinici e diagnostici più indicati per ogni singolo paziente. Di recente sono state avanzate proposte di riorganizzazione della medicina generale, attraverso le Aggregazioni Funzionali Territoriali di più professionisti e con orari più estesi di servizio, «ma - riflette **Palini** - ho dei dubbi che il sistema delle AFT possa funzionare in questa prospettiva: nel mio studio siamo sei medici, ci siamo scelti e questo funziona, ma quando saremo in venti sarà tutto molto più complicato». Anche per **Rozzi**, che opera da medico singolo per scelta, l'aggregazione di più figure non semplificherà le cose, lasciando sullo sfondo l'interrogativo su «come condividere i percorsi diagnostico terapeutico assistenziali nella logica dell'appropriatezza».

## Quando "fare bene" conta più del "non fare"

L'appropriatezza è un tema che deve riguardare pubblico e privato, osserva **Bianchetti**, «e non significa solo "non fare" quello che non serve, ma anche "fare" quello che serve: si pensi solo alle possibilità aperte dalla prevenzione, dalla diagnosi precoce e dalla medicina proattiva».

Su posizioni critiche **Bettoncelli**, secondo cui «il decreto Lorenzin nasce malato perché obbedendo esclusivamente a criteri di risparmio, dimentica molti altri aspetti dell'appropriatezza, come il fatto che le persone affette da patologie croniche (che interessano il 30% della popolazione e assorbono il 70% di spesa) sono trattate con continuità solo nel 50% dei casi». Non va inoltre dimenticato che la razionalizzazione diagnostica "soffre" del fatto che la ricerca clinica è da sempre orientata a produrre evidenze prevalentemente sul farmaco e molto meno sulla diagnostica. La professione deve battersi per difendere la propria autonomia clinica, quale presupposto del diritto alla cura del cittadino. Anche nelle future Aggregazioni Funzionali Territoriali, «che pure nascono in assenza di modelli sperimentati che ne abbiano realmente documentato l'efficacia». ●

# L'appropriatezza in medicina

## Risultato di un sondaggio fra gli iscritti dell'OMCeO di Brescia

**Angelo Bianchetti**

Direttore Dipartimento Medico Istituto Clinico S. Anna di Brescia

Il tema dell'appropriatezza in medicina è al centro della discussione tra i medici per l'importanza di assicurare una corretta gestione del malato e nel contempo evitare sprechi di risorse e ottimizzare gli interventi di diagnosi e cura. Allo stesso tempo il tema rischia di essere vissuto come una imposizione burocratica, come una limitazione della libertà e un'interferenza per il medico nel suo rapporto con il paziente.

Non vi è dubbio che anche recenti atti legislativi abbiano contribuito ad aumentare il disagio dei medici rispetto a questa tematica.

Per approfondire l'argomento questo numero di BresciaMedica è dedicato a queste tematiche.

Abbiamo anche voluto conoscere come i medici bresciani nella loro quotidianità interpretano e vivono il tema della appropriatezza con un questionario pubblicato sul sito dell'ordine, a cui hanno risposto 440 colleghi (55% di sesso maschile).

La fascia di età maggiormente rappresentata tra quelli che hanno risposto è quella di chi ha fra 51 e 64 anni

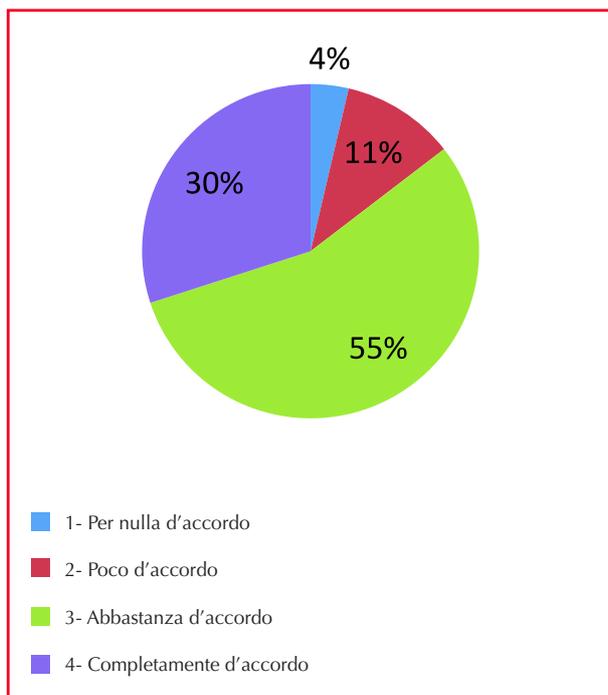
(48%), seguita da quelli fra 36 e 50 anni (27%), il 14% di quelli che hanno risposto ha meno di 35 anni, mentre l'11% ha più di 65 anni. I medici di medicina generale e quelli degli ospedali pubblici rappresentano la maggioranza dei responder (21% e 25% rispettivamente), significativa è la proporzione dei colleghi che lavorano negli ospedali privati o come liberi professionisti (11% e 24%), nelle RSA (5%), i pediatri di libera scelta (3%), i medici dei servizi (3%) e gli odontoiatri (7%).

La prima domanda esplora l'opinione circa l'importanza della "appropriatezza delle cure" come elemento definibile e misurabile e quindi presupposto per compiere le scelte migliori, sia per il singolo paziente sia per la collettività. Come si può osservare dal **grafico 1** la quasi totalità dei medici si dichiara d'accordo con questa affermazione (30% completamente d'accordo e 55% abbastanza d'accordo).

## GRAFICO 1

Si ritiene che l'appropriatezza delle cure possa essere definita e misurata e costituire quindi il presupposto per compiere le scelte migliori, sia per il singolo paziente sia per la collettività.

Rispetto a questa affermazione ti ritieni:



Nella **tabella 1** vengono elencati gli elementi di inapproprietezza considerati più diffusi dagli intervistati. Come si può vedere la prescrizione eccessiva di esami

diagnostici, l'eccessiva importanza dati agli elementi economici, regole organizzative poco chiare (rapporto ospedale-territorio) e la scarsa organizzazione dei sistemi sanitari (cure domiciliari in particolare) sono gli elementi ritenuti più frequenti.

Secondo gli intervistati l'interesse verso il tema dell'appropriatezza in medicina è però dettato soprattutto da ragioni economiche (46%) per evitare sprechi di risorse e di tipo organizzativo (18%), piuttosto che ragioni di tipo clinico (25%) cioè un reale miglioramento delle cure, o di tipo etico (10%) rivolte a valorizzare la centralità del paziente e dei suoi bisogni e volontà.

La ricerca della appropriatezza in medicina non può non comprendere una diversa modalità di lavoro e di rapporto fra i professionisti della salute, per migliorare il confronto e condividere informazioni. La medicina generale è stata oggetto (sia a livello nazionale che regionale) da proposte di modifiche organizzative anche profonde. Abbiamo perciò chiesto ai medici il grado di accordo rispetto a due questioni centrali: le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e l'estensione degli orari di apertura degli ambulatori. Le **tabelle 2 e 3** presentano la distribuzione delle risposte.

## TABELLA 1

Quali tra i seguenti elementi di inapproprietezza ritieni più diffusi nel tuo ambito specifico di lavoro? (indicare al massimo due):

Prescrizione eccessiva di esami diagnostici	21%
Eccessiva importanza data agli elementi di tipo economico	15%
Regole organizzative poco chiare, in particolare nel rapporto fra ospedale e territorio	15%
Scarsa organizzazione dei sistemi sanitari, in particolare delle cure domiciliari	14%
Scarsità di risorse economiche e professionali	11%
Non equa distribuzione delle risorse sul territorio	8%
Inadeguata formazione degli operatori	6%
Utilizzo improprio dei ricoveri ospedalieri	6%
Inadeguatezza delle linee guida/protocolli	4%

TABELLA 2

Le aggregazioni Funzionali Territoriali sono utili per una migliore appropriatezza nell'offerta di salute ai cittadini.

Per nulla d'accordo, il modello attuale del medico di famiglia è migliore	13%
Abbastanza d'accordo, ma necessitano di investimenti adeguati	31%
Abbastanza d'accordo, ma è necessaria una maturazione e crescita culturale dei medici	47%
Completamente d'accordo	9%

TABELLA 3

L'estensione dell'orario di apertura degli ambulatori dei medici di famiglia e la riorganizzazione della medicina di continuità

È un errore e non migliora l'offerta di assistenza al cittadino	24%
Mi trova abbastanza d'accordo, anche se rischia di aumentare l'accesso al pronto soccorso	12%
Mi trova abbastanza d'accordo, ma sono necessari investimenti adeguati	42%
Mi trova completamente d'accordo	22%

Si può osservare come l'atteggiamento dei medici non sia pregiudizialmente contrario a tali proposte innovative, piuttosto critico e consapevole che siano necessari investimenti di tipo culturale, organizzativo ed economico adeguati.

Il recente decreto Lorenzin (peraltro profondamente rivisto) è stato oggetto di indagine e i medici intervistati si sono espressi nel seguente modo:

- ✘ il 52% ritiene che porre vincoli legislativi alla prescrizione di esami diagnostici non sia una modalità per migliorare l'appropriatezza prescrittiva
- ✘ il 70% è convinto che questa modalità ha aumentato la conflittualità fra medico di medicina generale e specialista
- ✘ il 55% è convinto che il medico deve essere libero di prescrivere in base alla sua cultura ed esperienza senza vincoli dettati da leggi o norme
- ✘ il 78% pensa che questa modalità ha aumentato la conflittualità fra medico e paziente ed aumentato il ricorso alle prestazioni a pagamento.

Si tratta di opinioni largamente critiche quindi verso questa modalità di regolamentare l'attività medica.

Il progressivo invecchiamento della popolazione ha portato ad un aumento

di soggetti portatori multiple patologie croniche che spesso non trovano una risposta appropriata nel sistema organizzativo socio-sanitario attuale. Abbiamo per questo valutato l'opinione dei medici rispetto alle possibili scelte utili per migliorare l'appropriatezza in questo difficile ambito.

Il **grafico 2** riporta l'opinione dei medici rispetto alla recente riforma del sistema sanitario regionale della Lombardia; in particolare viene chiesto se la riforma, riorganizzando il territorio, aumentando l'integrazione fra sociale e sanitario e istituendo livelli diversi di residenzialità ospedaliera e un diverso sistema di gestione del territorio, vada nella giusta direzione. Si osserva come i giudizi negativi (66%) prevalgono nettamente su quelli positivi.

GRAFICO 2

**L'attuale riforma del sistema sanitario regionale della Lombardia va nella giusta direzione riorganizzando il territorio, aumentando l'integrazione fra sociale e sanitario e istituendo livelli diversi di residenzialità ospedaliera e un diverso sistema di gestione del territorio?**

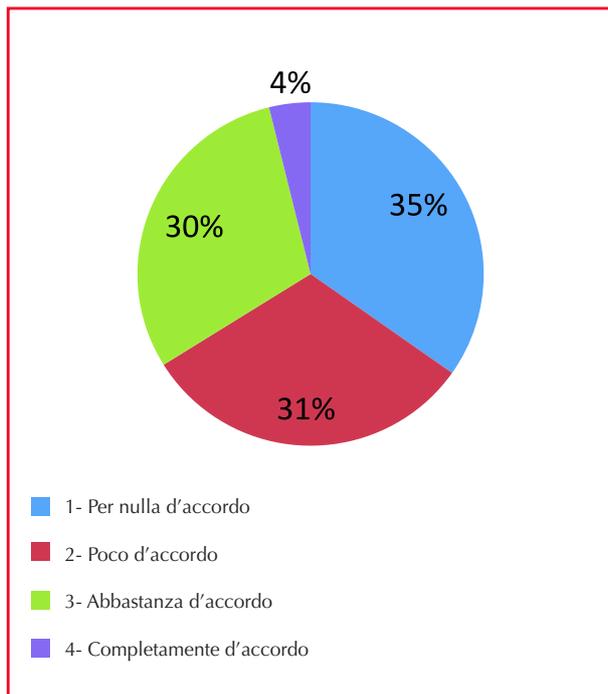
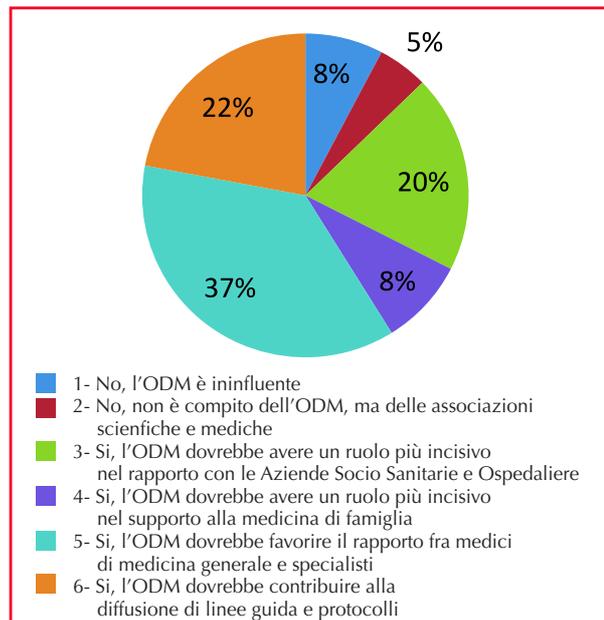


GRAFICO 3



È stato pertanto richiesto il livello di accordo dei medici rispetto ad alcune proposte operative ed organizzative necessarie per affrontare il tema dell'invecchiamento della popolazione e della appropriatezza delle cure dei soggetti cronici.

La **tabella 4** riporta il giudizio dei medici rispetto ad alcune proposte. Appare prevalente l'opinione di chi ritiene che solo attraverso l'investimento nel territorio (con aumento non solo delle risorse mediche ma anche assistenziali e sociali) e il potenziamento delle strutture intermedie fra ospedale e territorio sia

possibile affrontare in modo concreto questo problema, con un reale sostegno alle famiglie e ai pazienti.

Infine, quale ruolo potrebbe avere l'Ordine dei Medici per migliorare l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie?

Le risposte sono descritte nel **grafico 3**: per il 37% l'Ordine dovrebbe favorire il rapporto fra medici di medicina generale e specialisti, per il 20% dovrebbe avere un ruolo più incisivo nel rapporto con le aziende sanitarie e ospedaliere e per il 22% dovrebbe contribuire alla diffusione di linee guida e protocolli. ●

TABELLA 4

Livello di "accordo" rispetto alle affermazioni presentate (i dati esprimono la percentuale)

PROPOSTE ORGANIZZATIVE	per nulla	poco	abbastanza	completamente
Va fatto un maggiore investimento sul territorio, aumentando le risorse disponibili (non solo mediche, ma anche assistenziali e sociali)	2	5	41	53
Vanno aumentati i posti letti ospedalieri	18	43	27	12
Vanno aumentate le strutture residenziali di tipo socio-sanitario (RSA, Unità di Cure Intermedie, ecc.) per ridurre il carico sugli ospedali e aiutare le famiglie.	8	23	35	35



*Il questionario on line permette di trarre qualche elemento di riflessione su un tema centrale che influenza sempre più l'attività quotidiana.*

✓ La stragrande maggioranza dei medici bresciani ritiene che l'appropriatezza delle cure sia un elemento misurabile, presupposto necessario per il compimento di scelte migliori sul piano individuale e collettivo.

✓ Nonostante ciò si ritiene che siano gli interessi economici e organizzativi piuttosto che quelli clinici a determinare la spinta del sistema verso la ricerca di una migliore appropriatezza delle cure.

✓ Gli elementi di maggiore inappropriata sono la prescrizione eccessiva di esami diagnostici, l'eccessiva importanza dati agli elementi economici, regole organizzative poco chiare (rapporto ospedale-territorio) e la scarsa organizzazione dei sistemi sanitari (cure domiciliari in particolare).

✓ L'atteggiamento dei medici non è pregiudizialmente contrario alle recenti proposte innovative dell'organizzazione della medicina di famiglia, anche se è critico e consapevole che siano necessari investimenti di tipo culturale ed economico adeguati.

✓ L'opinione dei medici è fortemente critica verso l'uso di strumenti legislativi per regolare l'attività clinica, fonte perlopiù di contrapposizioni e incomprensioni fra i medici e con i cittadini.

✓ La consapevolezza che l'invecchiamento della popolazione e la cronicità rappresenta una sfida richiede soluzioni organizzative chiare. La riforma regionale sanitaria è messa alla prova. Sono necessari maggiori investimenti nel territorio e nelle strutture intermedie fra ospedale e territorio.

✓ Compito dell'Ordine dei Medici dovrebbe essere quello di favorire una maggiore collaborazione fra medici di medicina generale e specialisti, una maggiore diffusione di linee guida e protocolli e svolgere una più intensa attività di interazione con le istituzioni sanitarie.

# Ospedali e Appropriatezza

## Spedali Civili di Brescia e Fondazione Poliambulanza

a cura di **Lisa Cesco**  
giornalista

Confronto con i direttori generali dei due principali poli ospedalieri bresciani, **Ezio Belleri**, a capo dell'Asst Spedali Civili di Brescia, e **Alessandro Signorini**, al vertice di Fondazione Poliambulanza, intervistati da **Ottavio Di Stefano**, presidente dell'Ordine dei Medici, e **Gianpaolo Balestrieri**, direttore di Brescia Medica.

**Di Stefano:** Il decreto Lorenzin sull'appropriatezza ha determinato una situazione di vero disorientamento specie fra i medici di medicina generale ed ha incrementato le già presenti situazioni di conflittualità fra medicina del territorio e quella ospedaliera. Al di là dello strumento scelto il problema dell'appropriatezza esiste. Come si pongono i due principali poli ospedalieri della provincia di Brescia sul tema?

**Balestrieri:** Un'azienda ospedaliera, sia del pubblico che del privato accreditato, ha fra i propri compiti quello di far quadrare i conti. In questa prospettiva il volume delle prestazioni erogate ha un peso significativo. Ma una struttura sanitaria deve essere differente dalle altre aziende del mercato, perché offre servizi con un alto contenuto

**etico. Può esistere una contraddizione fra l'obiettivo di incentivare qualità e appropriatezza da un lato, e la necessità di sostenere il volume delle prestazioni (che portano risorse) dall'altro?**

**Belleri:** Il contesto nel quale le strutture sanitarie operano oltre che particolarmente complesso è in costante e rapida evoluzione, si è infatti passati, nell'arco di un brevissimo periodo, da una fase nella quale le strutture perseguivano con particolare attenzione politiche di incremento delle prestazioni e di conseguenza del fatturato (anche in conseguenza delle opportunità economiche offerte dalle c.d. prestazioni "extra budget") ad una fase nella quale il soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione, perseguito attraverso il razionale efficiente ed efficace utilizzo delle risorse disponibili, ha assunto un ruolo centrale e determinante.

La questione fondamentale è tuttavia oggi rappresentata dalla possibilità di comprendere se le risorse di cui il Sistema Sanitario dispone siano o meno sufficienti per rispondere appieno al costante incremento dei bisogni di salute della popolazione, sempre più influenzati dalla variabile demografica (invecchiamento della popolazione), da quella epidemiologica (cronicità, fragilità), dall'evoluzione scientifica e tecnologica

(nuovi farmaci, device, metodiche), dai mutamenti in ambito sociale (crisi economica, povertà).

Tali elementi impattano con grande rilevanza sia sulle politiche erogative perseguite dalle strutture sanitarie, sia sulle scelte prescrittive attuate dalla componente medica e, se ed essi aggiungiamo la variabile costituita dalla c.d. "medicina difensiva", possiamo ben comprendere quanto sia complesso per tutti gli attori del sistema "salute" assumere decisioni basate su criteri di appropriatezza, correttezza ed equità assistenziale.

Sul piano pratico ed operativo in questi anni, in ambito Aziendale, si è molto lavorato sull'appropriatezza delle prestazioni di ricovero conseguendo buoni risultati che si possono numericamente sintetizzare nella riduzione dei pazienti dimessi, passati da quota 100 mila del 2007 a quota 70.356 del 2015.

Per quanto concerne le prestazioni specialistiche ambulatoriali, in linea con il perseguimento di una maggiore appropriatezza erogativa, si è rilevato un costante incremento della domanda in tutti i settori specialistici ad eccezione di quello della diagnostica di laboratorio.

**Signorini:** In Poliambulanza registriamo una significativa inversione di tendenza. Fino a due anni fa le attività di ricovero erano superiori al budget per 4-5 milioni di euro, mentre la produzione ambulatoriale era di poco sopra i limiti di budget. Ora lo scenario è cambiato ed è in corso un'evoluzione del sistema, con meno di un milione di euro di esubero nel fatturato per i

ricoveri, e un aumento della produzione ambulatoriale superiore al budget per circa 3-4 milioni di euro.

In tema di contrasto all'inappropriatezza va segnalato un calo di quasi il 20% delle risonanze magnetiche muscolo-scheletriche registrato quest'anno, dato che può avere molteplici spiegazioni, fra cui l'influenza del decreto Lorenzin e l'incremento delle risonanze effettuate in regime privato, sebbene in Poliambulanza l'attività complessiva privata sia contenuta nel 7%. L'analisi sul tema dell'appropriatezza, peraltro, dipende dalla prospettiva da cui osserviamo il fenomeno. "Appropriatezza" è un concetto costruito ad arte sul momento storico e le necessità del sistema. Ma non

dovrebbe essere una qualità intrinseca all'atto medico, come già indicava Ippocrate? L'aggettivo "appropriato", inoltre, ha una peculiarità perché regge il dativo: si è appropriati in relazione a qualcosa, all'intervento medico, ai bisogni e alle aspettative del paziente, al sistema. E le cose non sempre coincidono, perché ci sono scelte che possono essere appropriate per le regole di sistema ma non per il medico.

Allo stato attuale, con un fondo sanitario nazionale che nel 2015 era di 111 miliardi di euro, e contava su una spesa "out of pocket" dei cittadini per 34 miliardi di euro, l'appropriatezza suona come una parola d'ordine per dare un modello razionale a politiche di razionamento delle prestazioni. Ferma restando la condivisibile necessità di dare una regolata agli abusi, accade che nel concreto

**-11%**

L'andamento dei ricoveri negli ultimi 4 anni sul territorio dell'Ats di Brescia. Dai 215.811 del 2011 sono scesi a 192.259 nel 2015

**+17,5%**

L'andamento della produzione specialistica ambulatoriale negli ultimi 4 anni (riferita a prestazioni erogate in SSR): erano 18.356.736 nel 2011, sono salite a 21.568.162 nel 2015

**5830**

I posti letto accreditati sul territorio dell'Ats di Brescia (strutture pubbliche e private), diminuiti del 9,3% negli ultimi 4 anni (erano 6433 nel 2011)

**418**

I posti tecnici a contratto, di cui 107 per attività subacuta, 253 per MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa) e 58 per BIC (Bassa Intensità Chirurgica)

**3,7**

per 1000 abitanti L'indice di posti letto in Regione Lombardia

della relazione medico-paziente la “medicina delle scelte” possa entrare in conflitto con la “medicina regolata”.

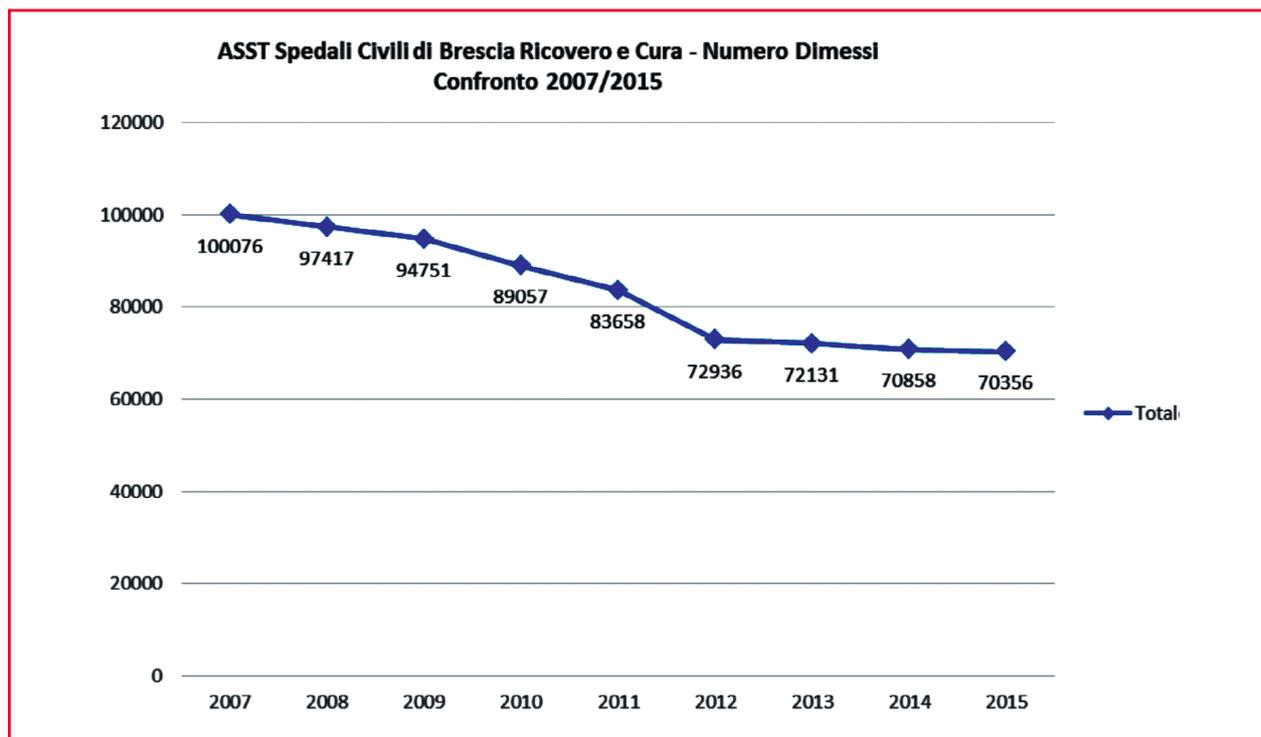
Questo particolare allarga il ragionamento anche al ruolo di linee guida e sistemi di valutazione dell'efficacia pensati per orientare l'intervento del medico: ma sono davvero appropriati? E a proposito dell'Evidence Based Medicine, ci si chiede come un modello così rigoroso possa servire a indagare l'ignoto verso cui la ricerca è per sua natura proiettata, quei confini del sapere che la scienza tende a spostare sempre più in là. Guardando a ritroso, ai grandi progressi della medicina, forse con vincoli così severi Barnard non avrebbe nemmeno eseguito il primo trapianto di cuore.

Anche oggi la medicina è in continua evoluzione, si stanno affermando le tecniche mininvasive, la personalizzazione delle terapie, la medicina di precisione con ricadute importanti in termini di salute. Abbiamo a disposizione farmaci innovativi come i Nuovi Anticoagulanti Orali e i farmaci off label, ma il sistema presenta ancora enormi limiti, a partire dall'incapacità di riadeguare il valore economico attribuito alle prestazioni, in relazione ai benefici ottenibili. Le tecniche mininvasive, ad esempio, sono più appropriate ma hanno un costo, e il rischio è di arrivare a una selezione “al contrario” se il sistema non le riconosce. Ci si chiede, quindi, come sia possibile stimolare l'appropriatezza di utilizzo delle prestazioni più sofisticate, in assenza di un riconoscimento del loro valore economico e della più alta “marginalità di salute” che producono.

**Di Stefano:** Puntare al futuro è fondamentale per un'azienda ospedaliera, chiamata a proiettarsi su frontiere come la mininvasività e la precision medicine. Ma questo dovrebbe portare a un ragionamento ulteriore: se vogliamo assicurare ai pazienti una medicina moderna e adeguata, dobbiamo essere i più rigorosi possibili, consapevoli che le risorse sono insufficienti. E dobbiamo trovare la via di un'interazione fra setting specialistico e cure primarie: come realizzarla?

**Balestrieri:** L'ampiezza delle prestazioni specialistiche richieste viene spesso vissuta con difficoltà dal medico di medicina generale, chiamato a trascriverle su ricetta rossa. Esiste una possibilità per le direzioni ospedaliere di incidere su questi aspetti che hanno valenze formali, rendendo più armonico il rapporto interno alla professione? Ed esistono e sono utilizzabili modalità di Health Technology Assessment per mettere in luce le evidenze di efficacia e adeguatezza delle tecnologie e procedure impiegate?

**Belleri:** Sostenibilità ed appropriatezza sono intrinsecamente collegate, quest'ultima in particolare è perseguibile in termini assoluti solamente sul piano teorico, dato che appropriatezza in ambito clinico significa: “fare la cosa giusta, alla persona giusta, con lo strumento giusto, nel momento giusto e nel posto giusto” e quindi richiede la realizzazione di un percorso che vede coinvolto nella sua interezza e complessità l'intero sistema di erogazione sia pubblico che privato accreditato. È auspicabile che i concetti di appropriatezza, efficienza, efficacia, economicità, sostenibilità e tutte le implicazioni che ne conseguono vengano adeguatamente analizzati ed approfonditi nel corso dell'intero percorso formativo e di studio al quale è sottoposta la nuova componente medica; tali elementi assumeranno infatti nei prossimi anni sempre maggiore rilevanza e centralità. L'attività prescrittiva è di esclusiva competenza medica e dev'essere esercitata con autonomia e nell'esclusivo interesse del paziente. Il ruolo che le direzioni aziendali possono e devono esercitare in tale ambito è quello di mettere a disposizione dei propri specialisti strumenti gestionali ed informatici che ne agevolino l'effettuazione (ricetta SISS, Ricetta Elettronica Dematerializzata). Al fine di dare piena attuazione alle recenti disposizioni normative volte a favorire e potenziare l'attività prescrittiva successiva all'effettuazione di prestazioni specialistiche oppure all'atto della dimissione, si è provveduto, nell'ambito della contrattazione annuale budget, ad assegnare a ciascun medico specialista l'obiettivo di incrementare in termini significativi tale attività.



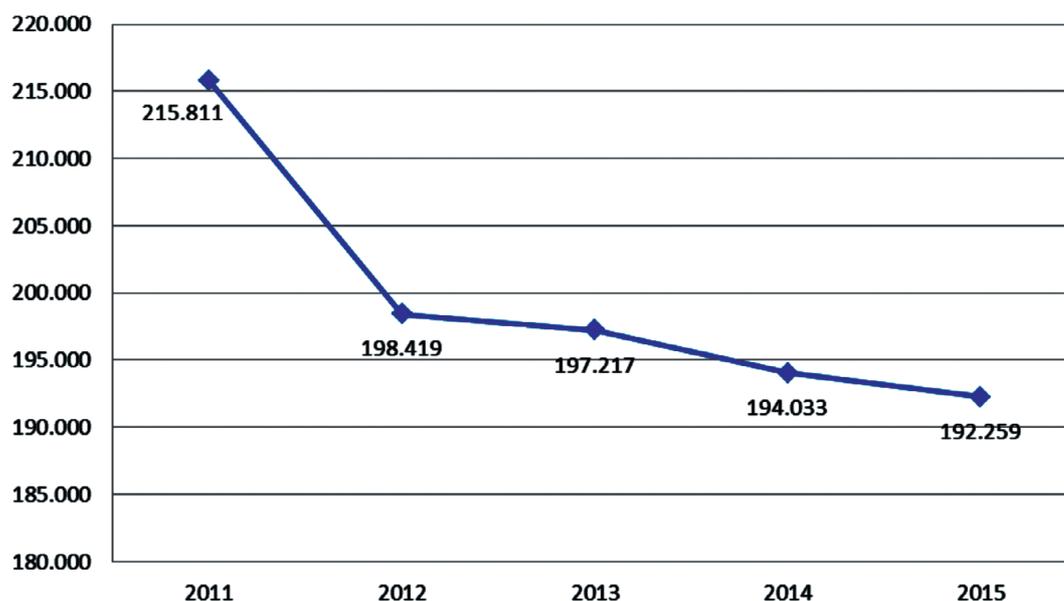
**Signorini:** Anche in realtà private e di dimensioni “medio-grandi”, come Poliambulanza, è difficile ottenere un comportamento diffusamente uniforme dei singoli medici anche se, nel nostro contesto, è relativamente più facile sensibilizzare gli operatori a sentirsi parte di un unico grande meccanismo, ottenendo livelli di responsabilizzazione maggiore rispetto ad altri contesti. In una visione più ampia, invece, va sottolineato come l’unicità di riferimento culturale su un territorio (si pensi al caso di alcune specialità presenti solo in un ospedale) crea inevitabilmente un “monopolio” per cui il collega detentore di quest’ultimo si sente autorizzato all’autoreferenzialità. In questo senso il concetto di mercato come libertà di scelta (con i giusti confini e senza anarchie) assicura maggiori possibilità di confronto. Quanto all’Health Technology Assessment, è ancora una prospettiva pressoché sconosciuta, se si considera l’esplosione dei centri di emodinamica, o la mancata chiusura dei punti nascita che a fatica raggiungono i 500 nati all’anno. Anche riguardo alla lista dei 108 Drg “ad alto rischio di inappropriata” se erogati in regime di degenza, ci si chiede se sia proprio così assoluta la definizione.

Di fondo nel nostro Paese si sconta ancora una programmazione ballerina, anche per l’assenza di un’authority riconosciuta come il Nice-National Institute of Clinical Excellence inglese, che valuta l’efficacia degli interventi medici offrendo le basi per una rigorosa programmazione dei servizi sanitari.

**Belleri:** In relazione alla complessità della materia ed alle molteplici variabili in gioco è auspicabile l’istituzione a livello nazionale di una struttura che si occupi di Health Technology Assessment e fornisca alle strutture sanitarie e ai clinici linee guida ed indicazioni fondate su valutazioni, studi ed analisi di alto profilo scientifico.

**Balestrieri:** Il tema dell’appropriatezza si declina anche nella gestione del malato fragile: con la riforma della sanità lombarda il sistema delle Ucam - le Unità di Continuità Assistenziale Multi-dimensionale chiamate alla valutazione dell’utente fragile per definire le prestazioni assistenziali di cui necessita - è stato delegato alle Asst, fra cui gli Spedali Civili. Qual è la regia di questo nuovo sistema?

### Andamento Ricoveri dal 2011 al 2015



**Belleri:** Il tema è complesso poiché nell'attività di valutazione dei bisogni e della conseguente presa in carico del paziente entrano in gioco diversi attori del sistema: medici di medicina generale, professionisti di strutture appartenenti al c.d. Terzo Settore, professionisti dell'Assistenza Domiciliare Integrata, medici specialisti, che, pur perseguendo obiettivi e finalità diversi, devono collaborare per il raggiungimento del medesimo risultato.

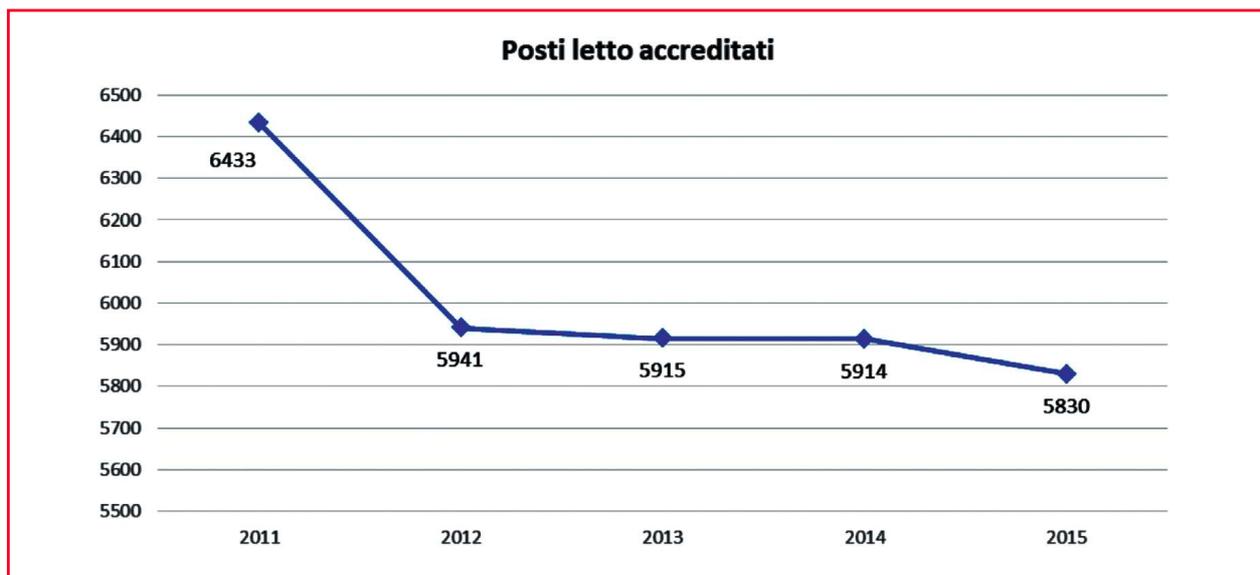
Nell'attuale fase l'ASST Spedali Civili di Brescia è chiamata a garantire la corretta e trasparente gestione della valutazione multidimensionale dei bisogni dei cittadini (residenti in città, nell'hinterland della città ed in Valle Trompia) che, a valutazione avvenuta, possono scegliere, in assoluta libertà ed autonomia, gli erogatori ai quali rivolgersi per ottenere l'assistenza prescritta.

Sarà interessante osservare se ed in quale misura le strutture private accreditate riterranno di attivare in forma autonoma proprie Unità di Valutazione Multidimensionale e di cimentarsi così in un nuovo ambito di attività.

Sarà altresì interessante sperimentare la nuova modalità di remunerazione forfettaria delle prestazioni (c.d. tariffa di presa in carico) rese a favore dei pazienti fragili e/o affetti da patologie croniche, alla cui definizione stanno lavorando i tecnici dell'Assessorato Regionale al Welfare.

**Quali sono gli aspetti di appropriatezza migliorabili all'interno della vostra struttura? Quali i progetti in corso e le priorità da perseguire perché il vostro ospedale diventi sempre più appropriato?**

**Belleri:** In Azienda è stata recentemente implementata una nuova procedura che consente di valutare l'appropriatezza degli esami di laboratorio prescritti ed eseguiti sui pazienti ricoverati. L'analisi delle informazioni raccolte ha messo in evidenza la necessità di intervenire con adeguati correttivi al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva di un consistente numero di esami diagnostici. Disporre di tali sistemi di analisi e



valutazione riveste particolare importanza poiché consente un più razionale ed adeguato utilizzo delle risorse disponibili. È stato inoltre attivato un progetto per verificare la formale correttezza, dal punto di vista amministrativo, delle c.d. prescrizioni urgenti (per le quali è previsto l'utilizzo del bollino verde) che ha consentito di rilevare il non sempre corretto utilizzo di tale strumento che, vincolando la Struttura a garantire l'erogazione della prestazione nell'arco delle 72 ore, impatta in termini rilevanti sull'organizzazione delle attività e dev'essere quindi utilizzato con grande attenzione. Rimane infine da sottolineare l'attuale elevato livello di non appropriatezza di molti accessi ai servizi di Pronto Soccorso da parte di utenza che dovrebbe necessariamente trovare adeguata e corretta risposta assistenziale a livello territoriale; al riguardo si ritiene che la complessiva riorganizzazione delle attività territoriali che sta alla base della evoluzione del Servizio Socio Sanitario Regionale consentirà di ottenere un sensibile miglioramento della situazione soprattutto per i pazienti fragili e/o affetti da patologie croniche, che potranno ottenere adeguate risposte assistenziali nell'ambito dei PreST (Presidi Socio Sanitari Territoriali), delle A.F.T. (Aggregazioni Funzionali Territoriali di MMG e PLS) e delle U.C.C.P. (Unità Complesse di Cure Primarie) di prossima istituzione ed attivazione.

**Signorini:** Come realtà no profit accreditata abbiamo dei vincoli di sistema che non possiamo eludere, e il nostro rigore per essere all'interno delle regole è indispensabile. In questa prospettiva c'è tutto l'interesse a razionalizzare i percorsi e ridurre l'utilizzo improprio di tecnologie e servizi. Disponiamo di un sistema di controllo dei flussi economici e delle risorse, con l'obiettivo di incentivare l'appropriatezza e garantire la qualità. Punto qualificante della nostra struttura, che si riverbera anche sull'appropriatezza, è la certificazione Joint Commission International, l'accREDITAMENTO internazionale "all'eccellenza" ottenuto nel 2013 dal più importante organismo indipendente riconosciuto nel mondo per la valutazione delle performance delle strutture sanitarie. Questo accREDITAMENTO, che certifica la qualità, la sicurezza, efficienza e organizzazione di un ospedale, è un aspetto che mantiene una tensione positiva su tutti gli operatori, non solo i medici. Riguardo al Pronto Soccorso e al rischio di accessi inappropriati, anche Poliambulanza deve far fronte a un numero significativo di ingressi in codice bianco o verde, che rappresentano almeno il 60% del totale. A differenza del Civile, che ha un tasso di ricovero del 24%, noi riusciamo a contenerlo all'11-12%, ma ci risulta che, storicamente, eseguiamo un numero di prestazioni diagnostiche sul singolo paziente più elevato rispetto ad altri ospedali. ●

## ASST Garda

**Peter Assembergs**

Direttore Generale Azienda Socio-Sanitaria Territoriale del Garda

### Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

### ASST Garda

La trattazione del tema dell'appropriatezza richiede una preliminare precisazione: l'appropriatezza delle attività e prestazioni medico-sanitarie è distinguibile in due macrodimensioni, ovvero quella clinica e quella organizzativa (o del *setting* assistenziale), che rappresentano due facce della stessa medaglia cioè l'erogazione di prestazioni efficaci ed efficienti.

- ✓ **Molti aspetti di inapproprietezza originano dall'assenza di sistemi di comunicazione fra l'interno e l'esterno dell'ospedale, fra setting specialistico e cure primarie. Quale è l'esperienza della vostra realtà ospedaliera? Come instaurare canali indispensabili di comunicazione fra ospedale e territorio?**

*Esiste sicuramente una criticità di sistema, ovvero l'assenza di sistemi di comunicazione fra interno ed esterno dell'ospedale, ma in realtà la domanda deve allargarsi in modo bidirezionale, ovvero riferirsi anche alle criticità dei sistemi di comunicazione fra esterno ed interno.*

*La legge 23 ha tra i vari obiettivi soprattutto quello di integrare ospedale e territorio, partendo dal dato di fatto che le strutture per acuti si sono da ormai 20 anni strutturate*

*per una produzione con rendicontazione informatizzata in ogni loro linea produttiva. L'anello di congiunzione di sistema delle informazioni tra interno (strutture per acuti) ed esterno (territorio) è attualmente il SISS, che consente ad ogni sanitario che ha in carico un paziente di dividerne il set minimo di informazioni clinico-assistenziali.*

*L'ASST del Garda assicura le necessarie informazioni al SISS (es. lettere di dimissione, referti ambulatoriali) a garanzia del fondamentale collegamento tra le articolazioni aziendali e le varie unità di offerta delle cure primarie. Per i pazienti dimessi in situazioni di particolare disagio vengono attivati i canali comunicativi (es. UCAM) che, in aggiunta alle informazioni di cui sopra, consentono la gestione condivisa dei pazienti stessi.*

*Pertanto il panorama della comunicazione tra strutture per acuti e territorio non è disabitato, anche se necessita, e la legge regionale 23 spinge in questa direzione, di ulteriori rinforzi, soprattutto da parte del territorio. Uno di questi è sicuramente il potenziamento del sistema SISS, da intendere come il luogo di condivisione dinamica delle informazioni clinico-assistenziali al fine di velocizzare e soprattutto rendere sempre più appropriati i percorsi sanitari degli utenti. Non dimentichiamo inoltre che, al di là dei sistemi di controllo e di comunicazione informatica, resta un elemento fondamentale da non trascurare: la collaborazione e comunicazione tra i professionisti che nelle diverse realtà lavorative (ospedale/territorio) devono mettere in atto tutti quei sistemi di passaggio delle informazioni utili per rendere vivo il principio del "prendersi cura" che sta alla base della legge di evoluzione del sistema sanitario lombardo.*

- ✓ **Nella vostra realtà esiste un problema di inappropriata "in entrata" collegato in particolare a prestazioni ambulatoriali (in primis indagini radiologiche), analisi di laboratorio, accessi in Pronto Soccorso ma anche ricoveri? Quanto incide il valore economico della prestazione - in particolare quelle ad alta marginalità per l'ospedale - rispetto all'appropriatezza? Nel vostro ospedale quanto contano gli aspetti di medicina difensiva nell'alimentare l'inappropriata delle prestazioni?**

*Un aspetto particolare della appropriatezza clinica è quella prescrittiva, recentemente normata, per alcune branche specialistiche, dal Decreto Ministeriale 9 dicembre 2015. Secondo le definizioni della letteratura, l'appropriatezza clinica identifica di fatto il livello di efficacia di una prestazione o procedura per un particolare paziente ed è determinata sulla base sia delle informazioni cliniche relative alle manifestazioni patologiche del paziente sia delle conclusioni diagnostiche che orientano verso quel preciso intervento sanitario, dal quale ci si attende un beneficio per il paziente. In pratica l'appropriatezza è sempre il risultato della convergenza di diversi aspetti, ovvero quelli relativi alla salute del malato e quelli concernenti un corretto impiego delle risorse. Ciò premesso, è noto il fenomeno della inappropriata prescrittiva, della medicina difensivistica, ma il tema proposto è il seguente: chi deve misurare istituzionalmente questi aspetti della appropriatezza? Le ATS, già ASL, si sono strutturate con servizi NOC e NOCA in grado di effettuare analisi e valutazioni in merito, e ogni ASST, compresa quella del Garda, si è organizzata con servizi di controllo e monitoraggio interni con medesime conoscenze dei NOC/NOCA. Il punto centrale però è il seguente: tutti i suddetti servizi agiscono prevalentemente ex-post, rendendo di fatto evidenti le criticità, abbattendo (nel caso dell'ATS) o non rendicontando prestazioni (nel caso dei servizi interni) comunque già rese che, se inappropriate, hanno nel concreto già procurato una inefficienza di sistema. A nostro avviso diventa pertanto necessario*

*sviluppare, con il consenso di tutti gli attori istituzionali coinvolti, le metodologie di controllo ex-ante, le uniche in grado di rendere sempre più appropriato, e pertanto efficiente, il sistema sanità nel suo complesso. Nella ASST del Garda sono stati messi in atto percorsi formativi nei confronti degli specialisti al fine di diffondere la cultura della "prescrizione appropriata" e vengono anche effettuati, anche già in fase di prenotazione, controlli ex-ante sulle impegnative per pazienti ambulatoriali; viene mantenuta costante l'attenzione sulla appropriatezza clinica ed organizzativa per la linea produttiva ricovero e cura.*

*Le suddette riflessioni pongono in risalto un problema generale di approccio ai temi della appropriatezza, cioè quello delle risorse umane e soprattutto del relativo know-how, in grado di sostenere lo sviluppo di revisioni/controlli ex-ante, e ancora più in generale vale la considerazione che l'appropriatezza si concretizza e pertanto si evidenzia come sotto/sovra o adeguato/non adeguato utilizzo di risorse solo nel momento in cui viene oggettivata e/o misurata, altrimenti rimane un concetto condivisibile ma vuoto di reali effetti positivi sui percorsi dei pazienti.*

- ✓ **Quali sono gli aspetti di appropriatezza ancora migliorabili nella vostra struttura ospedaliera? C'è qualche progetto specifico o programma sul tema appropriatezza che avete avviato o in animo di realizzare?**

*Oltre a quanto già illustrato, l'ASST del Garda, per mantenere alto il livello di attenzione ha assegnato, a tutte le Unità Operative in sede di budget 2016, l'obiettivo di monitorare l'appropriatezza delle prestazioni di ricovero, ambulatoriale e FILE F, assegnando come indicatore l'obbligo di rimanere al di sotto del livello di abbattimento ATS del valorizzato delle prestazioni stesse, che farebbe scattare la procedura di sanzione. Naturalmente il vero obiettivo è quello di organizzare l'attività di ogni Unità Operativa di ricovero/servizio, prevedendo dei momenti strutturati di controllo e monitoraggio interno di appropriatezza delle prestazioni rese o da programmare/effettuare. ●*

## ASST Valcamonica

**Raffaello Stradoni**

*Direttore Generale Azienda Socio-Sanitaria Territoriale della Valcamonica*

### Sistema Socio Sanitario



**Regione  
Lombardia**

**ASST Valcamonica**

Prima di addentrarci sul tema appropriatezza, vi è da sempre un problema di comunicazione fra i colleghi ospedalieri e del territorio, ma anche e soprattutto fra la classe medica in generale e i programmatori e gestori degli enti pubblici, le cui istanze per la sostenibilità del servizio sanitario nazionale vengono vissute come intrusive.

Le disposizioni emanate dal Ministero, dalle Regioni e fatte proprie dagli enti erogatori, sono ormai diventate così varie e "minute" che travalicano le possibilità gestionali di qualsiasi medico, a meno che questi non sia assistito dall'attuale tecnologia. Purtroppo molti colleghi vedono ancora con sospetto o fastidio la necessità di utilizzare tali strumenti nell'attività quotidiana.

Riguardo al tema appropriatezza questo sconfina su quello del contenimento dei costi. Ritengo che i medici sia ospedalieri che del territorio si troveranno nella necessità

di decidere quali accertamenti e quali trattamenti consigliare ai propri pazienti, avuto però riguardo che alcuni di questi non sono o non saranno più rimborsabili dall'Ente pubblico, ma posti a carico del paziente stesso.

A mio parere questi temi che coinvolgono aspetti sia di natura etica sia di natura medico legale, ma anche di tipo comunicativo verso i pazienti, non siano ancora sufficientemente evidenziati e discussi nel nostro ambito professionale.

In riferimento al tema del valore economico della prestazione, posso assicurare, per quanto limitatamente alle realtà in cui ho operato, che gli aspetti di "marginalità economica" non sono particolarmente presenti e, comunque, nelle strutture pubbliche non vengono stressati.

Personalmente ritengo che i medici debbano operare in scienza e coscienza

e secondo linee di appropriatezza clinica, lasciando ad altre figure ed ai pazienti stessi le valutazioni ultime di natura economica.

Da questo punto di vista ritengo che vi sia ancora molto da fare in termini di appropriatezza, sia dal punto di vista della aderenza alle linee guida ed all'evoluzione tecnico scientifica della medicina, ma ancor di più in termini

di rapporto medico paziente. Il tema della aderenza e persistenza alle prescrizioni terapeutiche non è ancora presente nella pratica quotidiana di molti colleghi. A mio parere i pazienti dovrebbero essere posti, molto più di ora, nella condizione di poter e dover decidere sulle scelte per la propria salute, anche in riferimento agli aspetti connessi con la gratuità o meno di alcuni percorsi diagnostici terapeutici. Riguardo agli aspetti della medicina difensiva non ho rilevato particolari connessioni con il tema dell'appropriatezza, piuttosto ho notato in più occasioni la presenza di scollamento fra i medici che operano nei diversi ambiti, anche intraospedalieri, a volte con un eccesso di enfasi sulla "specializzazione" e la carenza di soggetti che potessero invece fare sintesi di tutti i dati disponibili. Sempre in tema di appropriatezza, mentre ogni dipartimento/Unità Operativa propone proprie iniziative

specifiche per materia, a livello di Direzione stiamo già organizzando attività di verifica e controllo, che però sono di tipo burocratico.

In altre parole in ottemperanza a quanto previsto dalle varie norme, ci stiamo attrezzando a verificare se i colleghi sia ospedalieri che del territorio, si attengono a tali indicazioni.

Recentemente è arrivata una prima analisi della struttura complessa di patologia clinica che rileva un 3% di prescrizioni con elementi di contrasto rispetto ai dettati normativi. Potremmo essere più precisi in futuro, rilevando tuttavia, come sopra già espresso, che tali attività hanno anche e soprattutto un contenuto di governo complessivo del sistema, attività importantissima e cruciale, ma tuttavia differente dallo specifico della professione medica, cioè la tutela della salute del paziente nel rapporto quotidiano. ●



## ASST Franciacorta

**Mario Colombo**

*Direttore Sanitario Azienda Socio-Sanitaria Territoriale della Franciacorta*

### Sistema Socio Sanitario



**Regione  
Lombardia**

**ASST Franciacorta**

### **La sostenibilità del SSN dipende anche da noi “the dark side of the moon”: l’inappropriatezza**

Negli ultimi tempi in Sanità si utilizzano termini monotonamente ripetuti in contesti diversi: qualità, sicurezza, efficienza, efficacia, economicità e, non ultimo per frequenza, appropriatezza. A volte sembrano citati più per moda e per apparire attuali nel contesto, che non per convinzione e, soprattutto, per approfondita conoscenza del loro significato. Il termine qualità viene spesso utilizzato quale attributo positivo, con un significato proprio compiuto: in realtà la qualità si compone e si identifica nella convergenza di tutti gli altri fattori sopra elencati (sicurezza, efficienza,...) e non solo, che rappresentano le componenti costituenti il concetto “qualità”.

Allo stesso modo il termine appropriatezza ricorre molto spesso in scritti e relazioni riguardanti la Sanità senza che se ne dia una definizione precisa che orienti il lettore e l’auditor.

Effettivamente una definizione sintetica ed esaustiva è difficile da identificare: comunque, volendo rispettare il principio che presupposto

di una trattazione coerente è la definizione preliminare del tema da trattare si potrebbe far coincidere con “ciò che è utile” il concetto più vicino al termine appropriatezza. Quindi, anche in Sanità, è appropriato ciò che è utile al paziente.

Peraltro risulta indispensabile nell’approfondimento dell’argomento appropriatezza in Sanità, scomporlo in due componenti fondamentali: l’appropriatezza professionale e quella organizzativa. Un intervento sanitario si può considerare appropriato dal punto di vista professionale quando risulta di efficacia provata dall’evidenza scientifica, con un favorevole profilo benefici/rischi ed, infine, se prescritto al paziente giusto, nel momento giusto e per la giusta durata.

Un intervento sanitario si può considerare appropriato dal punto di vista organizzativo se viene erogato nel giusto contesto e dal giusto professionista.

Già ora comprendiamo che prima di pronunciare o scrivere il termine appropriatezza si debba riflettere sulla complessità del tema passando dalla terminologia di tendenza ai profondi contenuti culturali che in esso si racchiudono. È del tutto differente pensare al momento giusto di fronte ad una condizione acuta, per la quale è appropriato un intervento tempestivo, rispetto ad una malattia cronica nella quale va privilegiata la continuità terapeutica ed assistenziale.

È del tutto differente pensare al contesto giusto per il singolo paziente che può collocarsi dall’ambulatorio del medico di Medicina

Generale all'Unità di Terapia Intensiva, passando per il Pronto Soccorso o la Degenza Ospedaliera Ordinaria.

È del tutto differente pensare al professionista giusto per il singolo paziente che può rappresentarsi dall'Operatore Sociosanitario al Medico Specialista, passando per l'Infermiere ed il Medico Generalista.

L'ambizione più forte dell'appropriatezza professionale deve rivolgersi a massimizzare la probabilità di effetti favorevoli per il paziente (efficacia) e contemporaneamente minimizzare la probabilità di effetti avversi (sicurezza).

L'ambizione massima dell'appropriatezza organizzativa comprende ancora efficacia e sicurezza per il paziente con associata una particolare attenzione alle risorse utilizzate per ottenerle.

Purtroppo la realtà quotidiana ci spinge a riflettere sul "*The dark side of the moon*" di tutto quanto finora esposto: ovvero l'inappropriatezza.

Anche quest'ultima va scomposta in due componenti fondamentali: l'inappropriatezza in eccesso (*overuse*) e quella in difetto (*underuse*). Nella prima si comprendono un 20-25% di interventi sanitari non utili al paziente, se non addirittura dannosi.

Nell'inappropriatezza in difetto si comprendono un 30-45% di pazienti che non ricevono interventi sanitari per loro utili in base alle evidenze scientifiche. Ci spingono, quindi, verso l'appropriatezza professionale e ci allontanano dall'omologa inappropriatezza, le evidenze scientifiche e le recenti liste negative (*Choosing Wisely, Slow Medicine*): in una parola la cultura clinica. Parallelamente ci spingono verso l'appropriatezza organizzativa e ci allontanano dall'omologa inappropriatezza le normative nazionali (LEA), le normative regionali (accreditamento), i migliori esempi di mercato (*benchmarking*) ed ancora le evidenze scientifiche.

Certamente, in queste rappresentazioni, le difficoltà concrete non mancano: il sistema di monitoraggio dei LEA esprime una valutazione piuttosto generica; non sempre le evidenze scientifiche sostengono in modo certo alcuni interventi sanitari; l'appropriatezza professionale contrasta con il

metodo di valutazione delle Aziende Sanitarie fondato sui volumi delle prestazioni; i decisori in sanità sono portati a privilegiare le azioni di riduzione delle inapproprietezze in eccesso per abbassare i costi; i professionisti in sanità sono portati a privilegiare le azioni di riduzione delle inapproprietezze in difetto per introdurre innovazioni cliniche. Quindi se l'appropriatezza è utilità e cultura, probabilmente rappresenta il fondamento sul quale costruire una sostenibilità del nostro SSN, oggi gravemente in crisi. Se le mutate condizioni demografiche economiche e sociali del nostro Paese, le false innovazioni tecnologiche, le ingerenze politiche, la competizione fra Aziende Sanitarie e l'involuzione del paziente in consumatore, minano alle basi la struttura del Sistema Sanità, l'appropriatezza professionale ed organizzativa rappresenta una delle modalità più incisive per salvarlo. Ciò è tanto vero se pensiamo che circa il 20% della spesa sanitaria sfuma inutilmente in sprechi: ma di questa percentuale circa la metà si perde in inappropriatezza. Più precisamente, il 26% per sovra utilizzo di interventi sanitari inefficaci, il 12% per sottoutilizzo di interventi sanitari efficaci ed il 10% per inadeguati coordinamenti dell'assistenza, corrispondenti a circa 10 miliardi di Euro all'anno.

Allora la salvezza del nostro SSN è anche nelle nostre mani: guidare la gestione delle Aziende Sanitarie verso i risultati di salute e non verso la produttività; evitare la competizione di Aziende Sanitarie nella stessa territorialità; attivare modalità interaziendali di organizzazione; guidare la programmazione sanitaria sulla base dell'epidemiologia e dei valori degli interventi; promuovere una attiva integrazione socio-sanitaria fra ospedale territorio; condividere percorsi sanitari basati sulle evidenze e centrati sul paziente fra i vari attori del sistema; promuovere una responsabilità professionale fondata sulla cultura clinica ed orientata al valore degli interventi sanitari. Tutto questo a ribadire che la sostenibilità del SSN dipende anche da ciascuno di noi. ●

## Istituti Ospedalieri Bresciani (IOB)

**Marco Centenari**

Amministratore Delegato gruppo San Donato di Brescia

**Angelo Bianchetti**

Direttore Dipartimento Medico Istituto Clinico S. Anna di Brescia



ISTITUTI OSPEDALIERI  
BRESCIANI

Gli Istituti Ospedalieri Bresciani (IOB) sono costituiti da tre realtà ospedaliere che operano a Brescia da anni: l'Istituto Clinico S. Anna, l'Istituto Clinico Città di Brescia e l'Istituto Clinico S. Rocco di Ome. Le tre strutture dispongono di 784 posti letto e rispondono nel complesso a circa un quarto dell'offerta sanitaria territoriale bresciana.

Il tema dell'appropriatezza è centrale per l'attività delle aziende ospedaliere, sia pubbliche che private, sia per le prestazioni di ricovero che per quelle ambulatoriali. L'appropriatezza organizzativa si affianca alla appropriatezza clinica e concorre alla erogazione di prestazioni sanitarie "al paziente giusto, nel momento giusto, nel livello assistenziale adeguato e dal professionista giusto". Infatti, se l'appropriatezza clinica riguarda l'indicazione o l'effettuazione di un intervento sanitario in condizioni tali che le probabilità di trarne beneficio superano i rischi, l'appropriatezza organizzativa si riferisce al livello assistenziale (medicina di base, ambulatoriale, ricovero) che deve essere adeguato all'intervento sanitario e clinicamente appropriato in termini di

sicurezza e di economicità nel consumo di risorse. I due elementi non possono essere distinti per evitare la penalizzazione di una dimensione a scapito dell'altra.

L'appropriatezza organizzativa è definita da regole di sistema che individuano il *setting* più appropriato per le varie prestazioni, i criteri e gli standard che garantiscono la sicurezza delle prestazioni, i tempi ed i costi. Dall'altro lato vi sono le esigenze cliniche che definiscono l'azione più opportuna per uno specifico paziente in una determinata condizione che tiene anche conto del contesto familiare e sociale. Uno degli elementi di maggiore criticità nella definizione dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere è il rapporto con la rete dei servizi territoriali che insieme stabiliscono il sistema di cure. La recente riforma del sistema sanitario della Lombardia ha come obiettivo la creazione di un maggiore collegamento fra ospedale e territorio, la creazione di livelli diversi di servizi, una maggiore flessibilità dei servizi stessi e una maggiore capacità di rispondere quindi alle complesse domande derivanti dal mutamento della epidemiologia con l'aumento in

particolare delle condizioni di cronicità. In un sistema in evoluzione gli Istituti Ospedalieri Bresciani, disponendo di una offerta di servizi differenziata che va dalla specialistica ambulatoriale, ai servizi di cura e riabilitazione ambulatoriale (MAC), ai reparti di degenza a complessità crescente di cure (dalla riabilitazione alla terapia intensiva), rappresentano una realtà significativa e moderna in conformità con i nuovi orientamenti della riforma.

Elemento quindi caratteristico dell'appropriatezza dell'offerta di assistenza ospedaliera riguarda l'organizzazione interna che, tenendo conto della mutata condizione dei pazienti che accedono ai servizi, è sempre più organizzata in modo dipartimentale piuttosto che per reparti di degenza, con forti integrazioni fra i diversi livelli di cura. Tra le esperienze organizzative più significative degli IOB ricordiamo l'area oncologica con la *Breast Unit* (che ha recentemente ricevuto la certificazione di qualità "*Breast Centres Certification*", attestante l'aderenza alle linee guida dell'Eusoma) e il servizio di radioterapia, l'area cardiologica e cardiocirurgia con la partecipazione alle reti territoriali per la gestione dell'emergenza urgenza (STEMI e *Stroke*), le specialità chirurgiche (dalle ortopedie, alla chirurgia vascolare, all'urologia, alla ginecologia, all'oculistica e all'ORL), i punti nascite (con l'attività di PMA), l'area medica e riabilitativa con l'esperienza della riabilitazione ortogeriatrica (per la gestione integrata dell'anziano con frattura di femore) e neurologica. Per migliorare l'appropriatezza dei servizi un tema centrale è il rapporto con il territorio, ed in particolare con la medicina di famiglia. Per questa ragione grande attenzione viene data all'attività ambulatoriale specialistica inclusa quella ad alta complessità (MAC e BIC), alla riduzione delle liste di attesa, ad una comunicazione il più puntuale e precisa possibile.

Non possiamo però non accennare al fatto che i recenti decreti sulla

appropriatezza prescrittiva hanno portato ad una maggiore difficoltà nei rapporti fra medico specialista e medico di medicina generale. Lo sforzo in atto è per una maggiore armonizzazione dei comportamenti così da evitare incomprensioni che possono portare a disagi ai cittadini-utenti.

Un tema di grande attualità è poi quello dell'accesso al pronto soccorso; gli IOB con i loro tre PS (di cui uno DEA) svolgono una intensa attività di servizio al territorio con complessivi oltre 60.000 accessi all'anno. Sempre più spesso si tratta di soggetti anziani (il 20% degli accessi ha più di 75 anni), situazioni caratterizzate da gravità clinica (i codici rossi/gialli sono circa il 15% mentre i codici bianchi circa il 10%). Il PS quindi sempre meno frequentemente accoglie casi "inappropriati" e rappresenta un vero "supporto" al territorio fornendo soprattutto un servizio di diagnosi e trattamento della casistica più urgente (i ricoverati sono circa il 13% degli accessi, mentre oltre l'82% è rinvio al medico di medicina generale).

Lo sviluppo e l'ammodernamento anche edilizio e tecnologico delle strutture (a breve l'inizio della attività del nuovo blocco satellite a S. Anna ad esempio), lo sviluppo dei rapporti con l'Università degli Studi di Brescia (con la quale è stato siglato un accordo quadro per lo svolgimento di attività assistenziali, formative e di ricerca), la sinergia con le altre strutture di eccellenza del gruppo San Donato (l'Ospedale San Raffaele e gli altri IRCCS del Gruppo in primis) permetterà di ampliare l'attività clinica, di ricerca e formazione dell'IOB migliorando l'offerta di servizi alla cittadinanza bresciana e non solo. ●

# Il Comune di Brescia

**Donatella Albini**

Consigliere delegato del Sindaco per la sanità



Il tema dell'appropriatezza riguarda direttamente la salute delle persone, dunque, anche se inusuale, la voce di una componente della comunità politica che governa la città ha una sua autorevole ragionevolezza.

Le persone, da un sovrautilizzo o da un sottoutilizzo di prestazioni diagnostiche e di trattamento farmacologico e chirurgico, possono ricevere seri danni, mentre la collettività si trova davanti a uno spreco di risorse preziose e a conseguente sottrazione di opportunità di cure, quando a non erogazione a sufficienza di cure, soprattutto per chi è anziano/a o disabile.

L'appropriatezza è questione complicata, riguarda la clinica, l'economia, la società, la cultura, l'etica.

Non può essere mero proceduralismo, significherebbe prassi condizionata, cioè diminuzione del grado di autonomia del medico e significherebbe per i malati riduzione delle tutele gratuite, in un momento drammatico di difficoltà di accesso alla sanità e di redditi in sofferenza per la crisi, ma anche di standardizzazione delle prestazioni, in un momento in cui la cultura medica e scientifica guarda alla medicina di genere e alla medicina personalizzata. La medicina deve essere adeguata

alla complessità espressa dal malato e il medico deve essere adeguato alla complessità che deve affrontare: è la propriety a cui si riferisce in numerosi articoli Ivan Cavicchi quando parla di un medico "neoippocratico che conferma il valore dell'autonomia, ripensando il paradigma professionale".

Il sistema pubblico ha bisogno di funzionare meglio, costare meno, continuare ad essere solidale ed universale. Di certo il recente provvedimento sui nuovi LEA, proposto dalla ministra, su cui confido ci sia ampio margine di discussione ragionevole, anche alla luce dei recenti dati sulla povertà in Italia, non va in questa direzione; si è partiti dai livelli minimi di assistenza, poi si è passati ai livelli essenziali ora siamo ai livelli salvavita, il finanziamento è di 800mln di euro e il costo è di 3 mld di euro, la differenza sarà ripianata da *tickets*, gare d'acquisto, obiettivi di appropriatezza.

Penso con ostinata convinzione che il sistema pubblico debba continuare ad essere universalistico, perché garanzia di stabilità sociale e conforto alla solitudine e all'angoscia di tante preziose esistenze". ●

# L'evoluzione del concetto di appropriatezza in medicina

**Carlo Lombardi**

Unità Dipartimentale di Allergologia-Immunologia Clinica & Pneumologia  
Fondazione Poliambulanza, Brescia  
President of Italian Chapter of Interasma  
Membro CD Nazionale SIAAIC e SIP

## Introduzione

In un recente studio pubblicato su *The Lancet* sono stati analizzati i trends della spesa sanitaria in 184 diverse nazioni, sia ad alto che basso reddito, fornendo dati prospettici dal 1995 al 2040 e dimostrando che globalmente la spesa sanitaria non andrà incontro a un decremento o ad un effetto plateau, ma progressivamente andrà crescendo con una media generale del 2.4% e con una spesa *pro capite* di 2167 dollari; in Italia sarà del 2.6% (spesa *pro capite* in dollari: 5968) (1).

In un periodo storico caratterizzato da una generale condizione di ristrettezze economiche e dal passaggio, non solo concettuale ma anche operativo, dalla "medicina di popolazione" alla "personalized medicine", la sostenibilità dei sistemi sanitari nazionali è e diverrà quindi sempre più mandatoria.

In questa prospettiva l'attenzione sull'appropriatezza delle procedure mediche e chirurgiche si è imposta come tema portante, centrale e necessario. Restringere l'attualità del tema dell'appropriatezza alle sole esigenze economiche sarebbe però un errore. Vi sono infatti altri due fattori dinamici che hanno determinato un processo di accelerazione alla diffusione del concetto di appropriatezza medica: la metodologia clinica basata sull'*Evidence Medicin*" (EBM) e il movimento *Choosing Wisely*. Già nel 2003 McGlynn et al. avevano sottolineato come solo nel 54.9% dei pazienti statunitensi venivano applicate procedure "raccomandabili", con un'eguale distribuzione tra cure preventive, acute o croniche (54.9% - 53,5% - 56.1% rispettivamente) (2). Sull'onda di questi dati, nel 2010 Howard Brody suggeriva, dalle pagine del *New England Journal of Medicine*, di elaborare una "Top Five list" di procedure

diagnostiche o terapeutiche comunemente utilizzate nella pratica clinica, e particolarmente costose, per le quali vi fosse la dimostrazione di un beneficio significativo (3). Questa proposta è stata ben recepita e, nel 2012, è nata la campagna “*Choosing Wisely*” (scegliere con saggezza) da parte dell’*American Board of Internal Medicine Foundation* che ha invitato pazienti e medici a discutere sull’appropriatezza di una certa indagine diagnostica o di un determinato trattamento terapeutico. Anche in Italia il modello “*Choosing Wisely*” ha trovato consensi; come Società Italiana di Allergologia, Asma e Immunologia Clinica (SIAAIC) abbiamo, ad esempio, pubblicato nel 2015 un documento con cinque raccomandazioni operative in ambito pneumoallergologico (4). Non vi è oggi dubbio che questa sia una strada da perseguire, perché ci invita a scegliere “saggiamente” piuttosto che tagliare indiscriminatamente, a sostituire alla politica del razionamento quella della riduzione/abolizione degli sprechi (5). Si parla quindi molto di appropriatezza, ma spesso anche a sproposito. **Cos’è quindi l’appropriatezza in medicina?**

### **L’appropriatezza in medicina**

Il termine “appropriatezza” è un neologismo il cui atto di nascita può essere identificato nel 1997; prima di tale anno infatti non è riscontrabile alcuna citazione specifica sia a livello di atti giuridici che nei vocabolari. Una prima citazione storica si rileva nel Piano Sanitario Nazionale del periodo 1998-2000 da cui si può stralciare la seguente affermazione: ...“L’ampia variabilità nella risposta assistenziale rinvia a problemi di appropriatezza nell’utilizzazione delle risorse e a potenziali iniquità nell’accesso e nella utilizzazione dei servizi sanitari”. Successivamente, nel decreto legislativo 299/1999, viene rimarcato che: ...“Il Servizio Sanitario Nazionale assicura...i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano Sanitario Nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute,

*dell’equità nell’accesso all’assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché dell’economicità nell’impiego delle risorse”.*

Nel 2000 anche la *World Health Organization (WHO)* affronta il tema dell’appropriatezza in un documento in cui viene ribadito che: ...“Un determinato intervento sanitario viene indicato come appropriato se il beneficio atteso in termini di salute è superiore ai possibili effetti negativi previsti, con un margine sufficiente a giustificarne la scelta”.

**La definizione WHO appare quindi corretta ma nel complesso riduttiva** poiché tende a privilegiare e a circoscrivere il concetto di “appropriatezza” al pur importante rapporto “beneficio/rischio” e **colloca l’appropriatezza nel “solo” ambito clinico** (“appropriatezza clinica”).

L’appropriatezza clinica (o specifica) riguarda quindi l’indicazione o l’effettuazione di un intervento sanitario in condizioni tali che le probabilità di beneficiarne superino i potenziali rischi. Da ciò discendono però due importanti concetti: **1) un intervento non efficace non può essere considerato appropriato e 2) un intervento per il quale vi sia prova scientifica di efficacia potrebbe comunque non essere appropriato se effettuato su un paziente per il quale non sia indicato.** Anche il nostro codice di deontologia medica analizza il tema dell’appropriatezza; pur non citando espressamente questo termine viene infatti enunciato che...“il medico agisce secondo il principio di efficacia delle cure nel rispetto dell’autonomia della persona tenendo conto dell’uso appropriato delle risorse” (articolo 6) e...“*le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche tenuto conto dell’uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente secondo criteri di equità*” (articolo 13). Successivamente, **la legge 16 novembre 2001 n. 405 individua i livelli essenziali e uniformi d’assistenza (LEA) in base a**

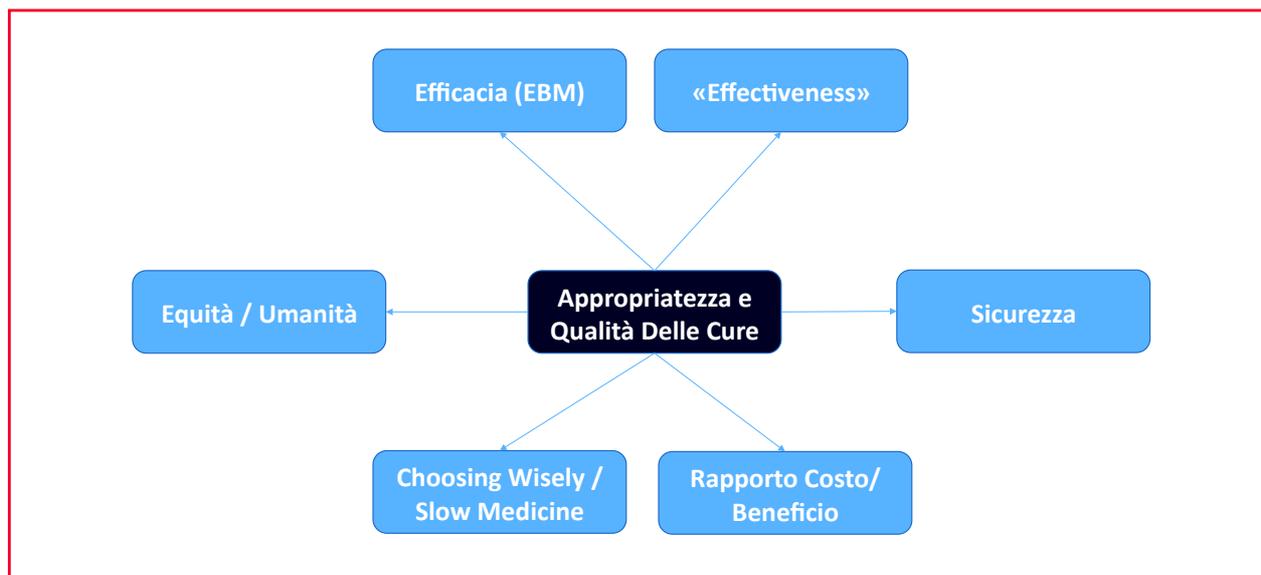


Fig. 1

Componenti fondamentali e obiettivi per migliorare l'appropriatezza e la qualità delle cure

cinque principi essenziali: 1) dignità della persona umana; 2) bisogno di salute; 3) equità nell'accesso all'assistenza sanitaria; 4) qualità ed appropriatezza delle cure, con riguardo alle specifiche esigenze e 5) economicità nell'impiego delle risorse. Se vogliamo invece comprendere adeguatamente e applicare efficacemente nella pratica clinica il concetto di appropriatezza dobbiamo sviluppare una visione più ampia che tenga conto di più complesse variabili interagenti tra loro (figura 1) e che privilegi non solo il livello qualitativo delle figure professionali sanitarie ma anche, e parallelamente, il livello organizzativo nel contesto del quale avvengano gli atti medici. È quindi necessario introdurre i termini di "appropriatezza professionale" e "appropriatezza organizzativa" (figura 2) (6). Un intervento sanitario sarà appropriato dal punto di vista professionale se è di efficacia provata, con livelli di evidenza variabili e verrà prescritto al "paziente giusto, nel momento giusto e per la giusta durata"; sarà inoltre appropriato dal punto di vista dell'organizzazione sanitaria se verrà erogato in condizioni tali (setting, professionisti) da "consumare" un'adeguata quantità di risorse. Sono

intuibili dalle suddette definizioni dei "bias" limitanti in entrambi questi modelli. L'appropriatezza professionale viene necessariamente condizionata dalle evidenze disponibili sull'efficacia/sicurezza degli interventi sanitari. Consistenti prove di efficacia sono infatti ancora oggi disponibili per pochi interventi sanitari; vi è un netto sbilanciamento di quelle a favore degli interventi terapeutici rispetto alle tecnologie diagnostiche; i trials sono condotti su popolazioni selezionate mentre maggior peso dovrebbe essere dato agli studi «real life»; viene messo in evidenza il risultato favorevole e si minimizza/oculta quello negativo («publication bias» e «outcomes reporting bias»); spesso sono presenti conflitti d'interesse dei professionisti e, infine, il fenomeno del «consumismo sanitario» può influenzare la domanda di prestazioni da parte degli utenti. L'appropriatezza organizzativa trova invece limitazioni dalle risorse economiche disponibili o allocabili: efficacia, costo-efficacia ed efficienza degli standard organizzativi sono supportate da evidenze limitate e difficilmente generalizzabili e l'appropriatezza delle innumerevoli

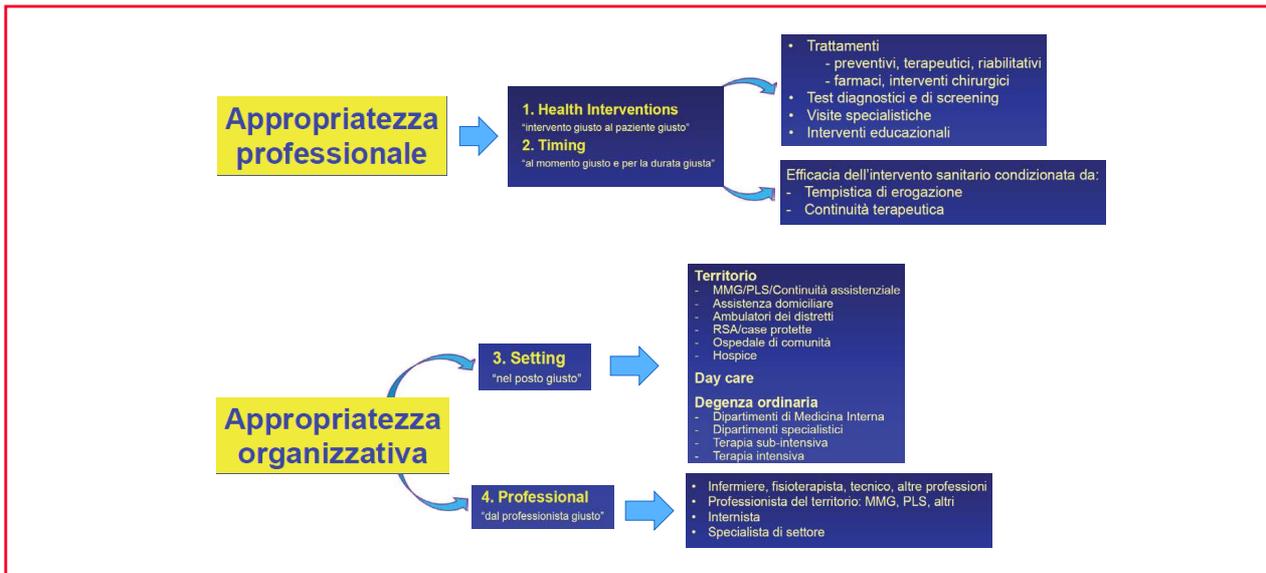


Fig. 2  
Appropriatezza professionale e organizzativa: caratteristiche e settori d'intervento

tecnologie che congestionano il mercato della salute deve essere spesso adeguatamente comprovata e validata. È stato peraltro dimostrato che il 30-45% dei pazienti non riceve cure o indagini diagnostiche raccomandate dall'EBM (inappropriatezza in difetto) e che il 20- 25% dei pazienti riceve trattamenti o viene sottoposto ad esami non necessari e potenzialmente anche dannosi (inappropriatezza in eccesso). All'interno di questa ampia "Grey Zone" che si situa tra l'"inequivocabilmente inappropriato" e l'"inequivocabilmente appropriato", si deve anche inserire una visione strabica dell'appropriatezza che è tuttora molto influenzante l'ottimizzazione dei risultati finali, per cui se da un lato i professionisti vogliono precocemente diffondere troppe innovazioni appellandosi alle inappropriatezze in difetto, dall'altro i manager sono più interessati a ridurre le inappropriatezze in eccesso al fine di contenere i costi (figura 3).

### Appropriatezza in medicina: quali le possibili soluzioni

Una definizione esaustiva del concetto di appropriatezza, deve considerare tre variabili o ambiti: **1) Professionale**

**(clinico):** intervento di efficacia provata, prescritto per le indicazioni cliniche riconosciute e con eventi avversi accettabili rispetto ai benefici;  
**2) Organizzativo:** intervento erogato in condizioni tali (*setting assistenziale, professionisti coinvolti*) da richiedere una ragionevole e sostenibile quantità di risorse e **3) Temporale:** l'intervento è adeguato in termini di tempo rispetto all'esigenza specifica. Come medici dobbiamo sforzarci di riconoscere che molti interventi sanitari erogati sono inappropriati o non supportati dall'EBM e dobbiamo altresì

	Erogato	Non Erogato
Appropriato	OK	NO <sup>2</sup> ←
Inappropriato	NO <sup>1</sup>	OK
€		

<sup>1</sup> Inappropriatezza in eccesso  
<sup>2</sup> Inappropriatezza in difetto

Fig. 3  
La visione «bidimensionale» dell'inappropriatezza e concetti di "inappropriatezza in difetto e in eccesso"

valorizzare l'appropriatezza come risorsa di qualità professionale e motivare il nostro operato sempre nell'ambito della medicina dell'evidenza facendo riferimento alle EBM *guidelines* e alle *care pathways* validate. D'altro canto i decisori devono accettare che perseguire l'appropriatezza non serve a ridurre i costi, ma porta ad ottimizzare le risorse, e devono inoltre "metabolizzare" il concetto di "inappropriatezza in difetto", incentivando quindi l'uso e la diffusione capillare delle innovazioni diagnostico-terapeutiche di provata efficacia. Per migliorare l'appropriatezza in medicina è necessario quindi tenere conto di quanto su riportato, favorendo la diffusione del **governo clinico** (7), dell'**audit clinico** (8) e l'interazione armonica tra decisori e professionisti. Un altro aspetto importante è l'applicazione dei concetti sull'appropriatezza alle diverse branche, specialistiche e non, della medicina, perché ogni settore ha peculiarità e criticità specifiche che lo differenziano dagli altri. Inoltre, l'appropriatezza diagnostico-prescrittiva non può non tenere conto della "territorialità" in cui deve essere applicata, poiché vi sono anche nel nostro Paese notevoli sacche di difformità, e deve anche valorizzare i percorsi della medicina preventiva, di cui tanto si parla ma che non viene sviluppata in modo armonico e uniforme sul territorio nazionale (9). Per questi motivi abbiamo recentemente pubblicato un lavoro sull'appropriatezza in allergologia respiratoria che si pone come una sorta di manifesto/strumento per l'implementazione dell'appropriatezza per le procedure diagnostiche in questo settore specialistico (10) ed è stato organizzato il **16 maggio 2016 un convegno sull'appropriatezza in Pneumologia presso la sede dell'Ordine dei Medici di Brescia da parte del gruppo di studio e lavoro "Brescia Pneumologica"** e di cui vengono di seguito riportati i **key messages più significativi.** ●

#### **Bibliografia**

- (1) Dieleman JL, Templin T, Sadat N, Reidy P, et al.: "National spending on health by source for 184 countries between 2013 and 2040", *The Lancet* 2016; Vol. 387, pp. 2521-2535;
- (2) McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, et al.: "The quality of health care delivered to adults in the United States", *N Engl J Med* 2003;348:2635-45;
- (3) Brody H. *Medicine's Ethical Responsibility for Health Care Reform - The Top Five List.* *N Engl J Med* 2010;362:283-5;
- (4) Heffler E, Landi M, Quadrino M, Incorvaia C., et al.: "Choosing wisely in Allergology: a Slow Medicine approach to the discipline promoted by the Italian Society of Allergy, Asthma and Clinical Immunology (SIAAIC)", *Clin Mol Allergy.* 2015 Nov 20;13:28;
- (5) Lavis JN, Anderson GM. *Appropriateness in health care delivery: definitions, measurement and policy implications.* *Canad Med Assoc.* 1996;154:321-8.
- (6) Cartabellotta N.: "Pillole di governo clinico. Appropriatezza : istruzione per l'uso (1). Guida al più ambito indicatore di qualità assistenziale", *GIMBE News* 2009; vol. 2, n.1: pp. 4-5.
- (7) Fontana F.: *Clinical Governance: una prospettiva organizzativa e gestionale.* Franco Angeli Editore, Milano, 2005.
- (8) Jones T., Cawthorn S.; *What is Clinical Audit?. Evidence Based Medicine,* Hayward Medical Communications, 2002.
- (9) Osservatorio Nazionale Screening. *Undicesimo Rapporto, anno 2015.* *Epidemiologia & Prevenzione* 2015;39 (Suppl. 1) : 1-125.
- (10) Lombardi C, Savi E, Costantino MT, Heffler E, et al. : "Appropriateness in allergic respiratory diseases health care in Italy: definitions and organizational aspects", *Clin Mol Allergy* (2016) 14 : 1-7.

# Brescia Pneumologica 2016

**Germano Bettoncelli**

Medico di Medicina Generale

“Brescia Pneumologica” è nata sette anni fa come gruppo di lavoro informale aperto a tutti coloro che, a vario titolo, si occupano di malattie respiratorie nel nostro territorio. Vi aderiscono pertanto medici ospedalieri (pneumologi, internisti, riabilitatori), fisioterapisti, tecnici di fisiopatologia respiratoria, infermieri, medici di medicina

generale. Tutte le principali istituzioni ospedaliere bresciane sono rappresentate. L’ATS, presente fin dall’inizio, ha fornito un importante contributo logistico e di contenuti epidemiologici. **Brescia Pneumologica si prefigge di analizzare la situazione assistenziale dei pazienti respiratori nella nostra realtà, attraverso la raccolta e l’analisi dei dati disponibili, proponendo quindi possibili interventi di miglioramento.** In questi anni essa ha voluto essere soprattutto un momento di confronto e di integrazione tra i vari operatori e tra questi e le istituzioni. L’attività scientifica si è tradotta in una serie di pubblicazioni su riviste nazionali e nel congresso annuale giunto quest’anno alla settima edizione.

7° Convegno  
Brescia Pneumologica

14 Maggio 2016

APPROPRIATEZZA NELLE CURE  
DEL PAZIENTE RESPIRATORIO

## 7° Convegno BS Pneumologica 2016

Il 14 maggio scorso si è tenuto il 7° Convegno di Brescia Pneumologica, dal titolo:

*“Appropriatezza nelle cure del paziente respiratorio”.*

Gli obiettivi del meeting erano i seguenti:

1. Fotografare la situazione epidemiologica delle principali patologie respiratorie attraverso i dati disponibili ATS, della Medicina del Territorio e delle strutture ospedaliere.

2. Individuare parametri oggettivi misurabili per definire l'appropriatezza diagnostica, di cura della cronicità sul territorio, nella specialistica ambulatoriale, nell'accesso in PS, nel ricovero in reparto specialistico o internistico, nell'accesso alla riabilitazione ambulatoriale o di ricovero.

### Il quadro epidemiologico

Nell'ATS di Brescia le malattie respiratorie costituiscono la terza causa di morte (dati 2014) e il tasso di mortalità appare più elevato rispetto al dato nazionale, pur restando allineato a quello della Lombardia.

Nel 2014 sono stati effettuati 24.000 ricoveri per malattie respiratorie, in prevalenza bambini nei primi anni di vita e anziani. Nella prima infanzia le principali cause di ricovero sono state le infezioni respiratorie delle alte e basse vie, in particolare polmonite e influenza e le malattie croniche ostruttive, in particolare l'asma. I tassi di ricovero per patologie respiratorie nell'ATS di Brescia mostrano negli ultimi anni un significativo decremento. Negli adulti, in particolare negli anziani, i ricoveri aumentano con il crescere dell'età, con una netta prevalenza a carico dei maschi. Le patologie che causano più frequentemente ricoveri sono le infezioni, in particolare polmoniti, influenza e le patologie respiratorie croniche ostruttive.

La Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), invece, presenta una significativa diminuzione dei ricoveri, in particolare nel sesso maschile, che per altro è il genere più colpito.

Nel 2014 si sono registrati 33.550 accessi ai Pronto Soccorso per problemi respiratori. Le cause sono state in prevalenza infezioni respiratorie e malattie polmonari croniche ostruttive.

Dai dati della Banca Dati Assistiti dell'ATS nel 2015 i soggetti presi in carico per broncopneumopatia sono stati circa 35.500. Nel 60% dei casi questi pazienti presentano una patologia concomitante, prevalentemente di tipo cardiologico.

### L'osservatorio della medicina generale

Il MMG deve spesso fare diagnosi in pazienti con malattie in fase iniziale, sviluppo incompleto di sintomi e segni fisici e test non ancora positivi. Ciò comporta a volte diagnosi mancate, sbagliate o in ritardo. A fronte di queste difficoltà, il MMG ha due vantaggi: in primis ha dei propri pazienti una esperienza pluriennale, che si estende alla conoscenza del contesto (famiglia e storia familiare, lavoro, condizioni socio-economiche, abitazione) e secondariamente anche senza una diagnosi precisa può concludere la visita con una "diagnosi di lavoro" ("working diagnosis") sufficiente per una decisione clinica.

L'appropriatezza della presa in carico del paziente cronico respiratorio, da parte del medico generale è valutabile attraverso l'analisi di un'ipotetica *job description*. Con essa vengono precisati gli obiettivi assistenziali attuabili nel *setting* della medicina generale e si misurano gli strumenti e i carichi di lavoro necessari al loro raggiungimento. Nel caso della BPCO, ad esempio, relativamente agli obiettivi di *screening*, conferma diagnostica, anamnesi ed esame obiettivo, stadiazione, intervento sul fumo, terapia, educazione, *follow up*, criteri di invio al 2° livello, si esaminano i compiti del medico, le azioni necessarie, gli strumenti, i modelli organizzativi, i carichi di lavoro previsti, gli indicatori di *performance* e gli *standard* praticabili.

Per esempio un obiettivo appropriato per il medico generale è: "Individuare i soggetti a rischio di BPCO attraverso una sistematica e mirata raccolta anamnestica ed attuare interventi opportunistici per contrastare il tabagismo". L'intervento sul fumo potrà essere un intervento breve, strutturato o l'invio ad un centro di 2° livello. Ancora: mentre non è appropriato lo screening dei pazienti BPCO da parte del medico generale, lo è invece il *case finding* attraverso questionari validati o l'uso di *pocket spirometri*. Il sospetto diagnostico

dovrà essere poi naturalmente confermato con un esame spirometrico. Un intervento di questo tipo sul fumo comporta per un medico con 1000 assistiti un carico di lavoro globale di circa 24-25 ore. Nel 2012 dal *data base* nazionale di SIMG, *Health Search*, risultava che i medici di famiglia avevano registrato in cartella il dato fumo solo nel 29% dei casi. Considerata la semplicità dell'intervento, si considera appropriata invece una percentuale di almeno il 70%. Nel 2015, nell'ambito del progetto Governo Clinico, i medici generali dell'ATS di Brescia hanno registrato il dato fumo nel 71,6% dei casi.

### La diagnostica

In generale, pur con varie motivazioni, si assiste oggi a un incremento considerevole del ricorso alla diagnostica, secondo alcuni quasi si stesse passando da un'iconolatria religiosa ad un'iconolatria tecnologica. Il percorso diagnostico delle malattie respiratorie è ben definito dalle principali linee guida esistenti. Che esso venga applicato con regolarità nella pratica quotidiana non è però affatto scontato. I dati di cui disponiamo indicano che nelle malattie respiratorie si registra un ampio sottoutilizzo dei test diagnostici. Ciò naturalmente comporta sia un rischio di sovra che di sotto diagnosi. Dal *data base* della nostra ATS la BPCO presenta una prevalenza inferiore alle attese di oltre il 50% e in tali pazienti la diagnosi è correlata da una richiesta di spirometria solo nel 47% dei casi. Molte delle (poche) diagnosi dei medici generali quindi potrebbero essere poste in dubbio. Va notato che, anche in presenza di diagnosi correttamente asseverate, le linee guida non danno indicazioni sulla frequenza dei controlli in rapporto allo stadio di gravità di questi pazienti. Anche i tempi d'attesa per i test e i costi dei *ticket* intervengono nel determinare questa situazione.

### Gli accessi al pronto soccorso

Il dibattito sull'entità e sull'appropriatezza degli accessi al pronto soccorso è questione quanto mai scottante, correlata anche con le recenti proposte di riorganizzazione delle

cure territoriali. Secondo i dati SIMEU in Italia circa il 50% degli accessi in pronto soccorso è inappropriato. Ciò comporta un allungamento delle liste d'attesa e un potenziale aumento del rischio clinico.

**Nel 2015 il pronto soccorso degli Spedali Civili di Brescia ha registrato circa 70.000 accessi, di cui il 30% in codici rossi e gialli (urgenze) e il 60% in codici verdi (urgenze differibili). Oltre il 78% degli accessi avviene per autopresentazione, il 13,2% mediante 118 e il 3,2% per invio del medico generale. Circa il 27% di questi pazienti è stato ricoverato.**

Con la nuova organizzazione dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) si registra un aumento degli accessi delle ambulanze del 118 agli Spedali Civili, con un carico maggiore di pazienti in condizioni di gravità.

A fronte dei dati di letteratura che indicano nel 3% il numero di pazienti che afferiscono al pronto soccorso per motivi respiratori, qui la percentuale sale al 10%. Le principali condizioni presentate sono: affanno, insufficienza respiratoria, insufficienza cardiaca, bronchite, asma, BPCO. Dei pazienti presentatisi per dispnea nel 2015 il 20-25% è poi stato ricoverato.

L'appropriatezza nella gestione del pronto soccorso dipende necessariamente dall'organizzazione dell'assistenza sul territorio e in generale da quella del sistema sanitario. Ma "l'appropriatezza clinica e organizzativa sono sempre congiunte alla gestione del rischio globale che, rispetto a qualsiasi altra disciplina medica, è rapidamente mutevole di ora in ora e in gran parte imprevedibile e poco governabile".

### L'ASST

#### Il reparto di Pneumologia

Nel 2015 l'UO di Pneumologia degli Spedali Civili, destinata ad accogliere pazienti respiratori acuti, ha effettuato 1082 ricoveri. I ricoveri programmati sono stati il 16,2% tutti rigorosamente motivati, con elevata correlazione tra la diagnosi di ammissione e quella di dimissione. Nella maggior parte dei casi si è trattato di

ricoveri con finalità diagnostiche (spesso invasive), in minor misura per interventi terapeutici. Nel 74,6% dei casi si è trattato di ricoveri d'urgenza, in parte previa consulenza di reparto e nella maggior parte per invio dal pronto soccorso. Il 26% dei ricoveri indirizzati direttamente dal pronto soccorso avviene nelle ore notturne, senza consulenza del medico di reparto. Attraverso una gestione più condivisa probabilmente si potrebbe migliorare l'appropriatezza di alcuni di questi ricoveri, riducendo la discordanza tra diagnosi di ammissione e diagnosi di dimissione. Altro ambito di appropriatezza migliorabile quello dei trasferimenti da altre strutture di ricovero, relativi a soggetti in fase già terminale o per i quali è già stata esclusa l'opportunità del ricorso a programmi di cura intensiva.

### Il reparto di medicina

Una quota rilevante di pazienti con problemi respiratori viene ricoverata nei reparti di medicina. Si tratta spesso di soggetti poli-patologici, con problemi multipli, che necessitano di approfondimenti diagnostici, che effettuano terapie complesse ad elevato rischio di effetti collaterali, bisognosi di assistenza infermieristica di elevata intensità. **Nel 2015 nel reparto della Seconda Medicina degli Spedali Civili sono stati effettuati 3205 ricoveri complessivi, il 14,9% per pazienti con problemi respiratori. Di questi il 6% presentava un DRG respiratorio "puro".**

Le principali diagnosi di patologie respiratorie sono state: edema polmonare/ insufficienza respiratoria, polmonite semplice e pleurite con e senza complicazioni, embolia polmonare, malattia polmonare cronica ostruttiva, bronchite e asma.

### L'ambulatorio pneumologico

Il servizio si occupa di valutazione diagnostica e terapeutica del paziente broncopneuropatico, monitoraggio e continuità terapeutico/educazionale dei pazienti dimessi, scelta dei più corretti percorsi diagnostico-terapeutici per i soggetti affetti da ogni tipo di patologia polmonare e pleurica e offre un facile e rapido riferimento telefonico sia per i colleghi medici generali che per i pazienti già noti alla struttura. Nel 2015 sono state effettuate 5500 visite con relativi test spirometrici, test del cammino, EAB, test del CO espirato. Circa 1800 visite per pazienti con asma o BPCO. La maggior parte dei paziente viene inviata per consulenza dai medici generali. Il sospetto di BPCO, dopo la verifica spirometrica, si rivela corretto nel 54% dei casi. I pazienti BPCO che sono rivalutati con frequenza annuale, mostrano un'aderenza terapeutica del 75%, dato nettamente superiore alla media nazionale. Quelli che si presentano a controllo con cadenza superiore ai due anni hanno un'aderenza del 35%. Anche per i pazienti asmatici il riscontro di aderenza terapeutica è inversamente proporzionale all'intervallo temporale tra i controlli.



### La riabilitazione respiratoria

Uno dei cardini della terapia delle broncopneumopatie croniche è la riabilitazione respiratoria. I dati di cui disponiamo mostrano che i pazienti che si avvalgono di tale risorsa sono decisamente la minima parte. Presso la Pneumologia Riabilitativa della Fondazione S. Maugeri - IRCCS - di Lumezzane, le principali patologie che sono state prese in carico negli ultimi anni sono state l'insufficienza respiratoria cronica e la BPCO. Per questi pazienti l'appropriatezza clinica dell'indicazione al percorso riabilitativo deve obbligatoriamente coniugarsi con l'appropriatezza organizzativa. Un basso livello di appropriatezza determina inefficienza, aumento dei costi, ingiustizia distributiva delle opportunità di tutela della salute. Cause frequenti di non appropriatezza sono l'invio per patologie non adeguate, i tempi sbagliati di inizio del trattamento, il *setting* inadeguato di trattamento, una errata durata del percorso, uno staff di riabilitazione inadatto. L'attenzione deve indirizzarsi soprattutto ai pazienti che presentano una lenta progressione della patologia con deterioramento della funzionalità cardio-respiratoria. Si tratta spesso di soggetti ad elevato rischio di disabilità futura, sui quali l'intervento riabilitativo è in grado di rallentare il decorso della malattia e migliorare la qualità della vita. Pazienti tipo sono pazienti con palese decadimento funzionale, frequenti esacerbatori, portatori di *markers* sfavorevoli, comorbidità, fragilità, incorretti stili di vita. Per ogni paziente deve essere predisposto un piano riabilitativo individuale fondato su un solido inquadramento diagnostico, di disabilità e di non partecipazione sociale. Rientra nella dimensione dell'appropriatezza anche la consapevolezza delle attese realistiche di risultato che ogni paziente, in base al proprio profilo, potrà ottenere. Questo si lega da un lato alla durata del singolo intervento, ma anche alla programmazione degli interventi successivi di mantenimento e rinforzo. ●

# Scelte terapeutiche nei pazienti con uremia terminale

**Giovanni Cancarini**

*Direttore U.O. Nefrologia*

*Università degli Studi di Brescia, Spedali Civili*

L'insufficienza renale è l'unica situazione in cui la perdita di funzione di un organo può essere sostituita da tecniche artificiali (dialisi extracorporea e dialisi peritoneale) o trapianto.

Nella seconda metà del secolo scorso la prevalenza dei pazienti in dialisi era poco più della metà di quella attuale, l'età media dei pazienti dializzati era inferiore ai 60 anni (ora supera i 70) e non vi era la limitazione di risorse occorsa negli ultimi anni. Di fatto ogni paziente che giungeva all'uremia era avviato al trattamento dialitico, considerando che c'era disponibilità, non vi erano studi che ne mettessero in discussione l'appropriatezza e scarsa era l'attenzione ai costi.

Lo scenario è cambiato negli ultimi anni; l'appropriatezza delle cure è divenuta un punto di riferimento. Appropriatezza è stata intesa primariamente con "appropriatezza economica", ma il concetto va esteso ad altri aspetti, più strettamente medici:

appropriatezza clinica, appropriatezza etica, appropriatezza organizzativa. Probabilmente noi medici avremmo dovuto affrontare questi aspetti prima che altri, orientati prevalentemente ai costi, ci stimolassero sul problema.

Il percorso ha come obiettivo principale il trapianto di rene; nel caso quest'opzione sia non praticabile (motivi clinici o scelta del paziente) o non immediatamente disponibile (attesa del donatore compatibile) resta l'opzione della dialisi extracorporea o peritoneale. In pazienti ultrasettantenni che vogliano rimandare ulteriormente la dialisi è disponibile una dieta fortemente ipoproteica vegetariana supplementata con aminoacidi e loro precursori.

In questo schema compaiono tre novità importanti rispetto ai decenni precedenti:

**a) ambulatorio con percorso educativo**

che permetta al paziente di acquisire le conoscenze sulle complicanze dell'uremia, sulle terapie e, soprattutto, su dialisi e trapianto in modo che possa effettuare una scelta informata;

**b) beneficio da dialisi?**

Domanda ignorata in passato, ma posta ora in evidenza da studi che dimostrano come il paziente anziano con numerose comorbilità e/o fragile possa non trarre beneficio dalla dialisi rispetto alla terapia conservativa perché a spettanza di vita simile, c'è una qualità di vita peggiore in dialisi (trasporti, complicanze dialitiche, ospedalizzazione da complicanze della tecnica, ecc.)(1-5).

Questa domanda introduce anche al punto successivo.

**c) terapia conservativa a oltranza.**

È l'estensione del concetto di terapia palliativa dall'ambito oncologico agli stadi terminali e pre-terminali delle malattie croniche specie in pazienti con numerose comorbilità. Può essere anche la via dei pazienti che, nonostante adeguata informazione, decidano di rifiutare la dialisi.

### Appropriatezza clinica

Appropriatezza clinica è la scelta terapeutica che dà al paziente la maggior durata e qualità di vita. L'indicazione andrà poi discussa con il paziente cui spetta, in assenza di controindicazioni cliniche assolute, la decisione finale.

Alla base dell'offerta dei tipi di dialisi o trapianto deve esserci la possibilità di fornire un trattamento con standard clinico elevato.

Non sempre ciò è praticabile; non compare in statistiche o pubblicazioni, ma alcuni colleghi nefrologi lamentano che la dialisi peritoneale non sia adeguatamente insegnata in alcune Scuole di Specializzazione o che alcuni colleghi si rifiutino di renderla disponibile senza fornire motivazioni ragionevoli.

Appropriatezza clinica è anche iniziare le valutazioni clinico-laboratoristiche per inserire il paziente in lista trapianto in modo da poterlo effettuare prima dell'inizio del trattamento dialitico o nei primi mesi successivi allo stesso. Valutare bene la tempistica di raggiungimento del *cut-off* di funzione renale per trapianto o dialisi non è semplice (la traiettoria di peggioramento è lineare e costante solo nel 30% dei pazienti), ma questo non deve permettere che l'inserimento del paziente in lista attiva di trapianto avvenga molti mesi o anni dopo l'inizio della dialisi, periodo che penalizza la spettanza di vita e la sua qualità.

Ancor più complessa la valutazione dei pazienti che potrebbero non trarre giovamento dal trattamento dialitico; solo una valutazione multidimensionale specialistica può definire se il trattamento dialitico possa essere di giovamento a durata e qualità di vita del paziente (6-8).

### Appropriatezza etica

Appropriatezza etica consiste nel fornire al paziente tutte le scelte possibili e le notizie necessarie perché possa effettuare una scelta informata.

Sembra impossibile, eppure, in numerose pubblicazioni internazionali, i pazienti affermano di non essere stati informati o non essere stati coinvolti nella scelta del

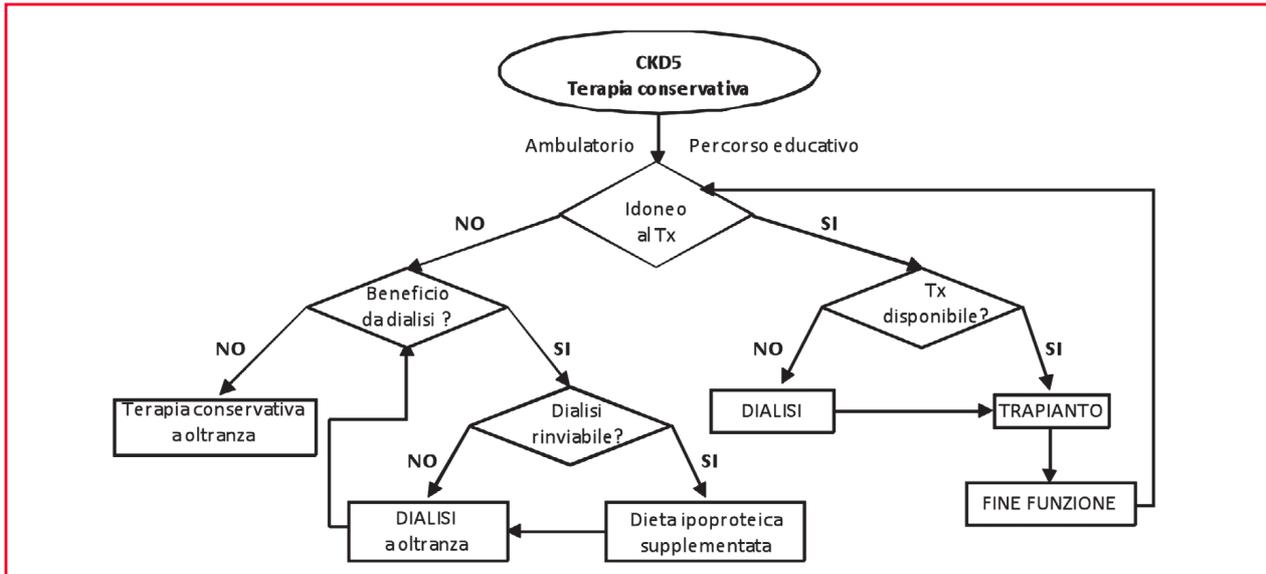


Fig. 1 Schema dei percorsi della fase terminale della malattia renale cronica

tipo di dialisi. Basti pensare che, se opportunamente informati e con possibilità di scegliere, il 50% dei pazienti preferisce la dialisi peritoneale (nostri dati non pubblicati) mentre in Italia la prevalenza dei pazienti incidenti in dialisi è circa del 13% (9).

### Appropriatezza organizzativa

Diritto del paziente è avere disponibili, entro dimensioni territoriali ragionevoli, tutte le opzioni terapeutiche che possano essere ragionevolmente distribuite sul territorio e garantire un livello qualitativo adeguato. Eppure circa un terzo dei centri dialisi italiani offre solo la dialisi extracorporea e non ha attivato un programma di dialisi peritoneale. È pur vero che un centro di dialisi peritoneale può garantire adeguati livelli qualitativi e un'esperienza adeguata del team medico-infermieristico-dietetico, solo quando ha in trattamento mediamente 20-25 pazienti. In caso di centri con potenzialità inferiore l'approccio ragionevole consiste nell'integrarsi in una rete specialistica e affidare i pazienti che intendano praticare la dialisi peritoneale ad un'U.O. di Nefrologia vicina o condividere il percorso con essa. Questa via non è complessa, eppure è perseguita solo in

pochissimi casi e nulla fanno gli organismi nazionali o regionali di controllo per verificare il rispetto di questo sacrosanto diritto del paziente.

Esiste poi una serie di condizionamenti non-clinici (nuovo centro dialisi grande da "riempire", rimborso regionale o nazionale inadeguato per la dialisi peritoneale, nonostante sia meno costosa rispetto all'emodialisi in ospedale, ecc.). Appropriatezza organizzativa consiste anche nel trovare il miglior assetto funzionale possibile con le risorse strutturali, di personale e di apparecchiature disponibili, senza dimenticare l'azione di stimolo continua che va effettuata per ottenere l'adeguamento delle stesse qualora quantitativamente o qualitativamente inadeguate.

### Appropriatezza economica

Per permettere ai medici di poter offrire ai loro pazienti i migliori trattamenti possibili sono necessarie adeguate risorse, non sempre disponibili. Negli ultimi anni la progressiva contrazione delle risorse ha fatto chiaramente capire l'impossibilità del Servizio Sanitario Nazionale di offrire gratuitamente, a tutti, tutti i trattamenti disponibili. Che ruolo può avere il medico in questo scenario? Lamentarsi della mancanza

di risorse e limitarsi a chiedere il loro aumento è inutile. Bisogna puntare a essere coinvolti nelle scelte di suddivisione delle risorse ed essere capaci di gestire le risorse che ci sono affidate. O lo facciamo noi o lo faranno altri per noi, non necessariamente esperti su tutti gli aspetti sanitari come siamo noi. La Regione Lombardia sta sperimentando il "bundle rate" (o quota capitaria) in dialisi; anziché un rimborso, voce per voce, delle visite, delle dialisi, dei prelievi, ecc, si procederà a un rimborso complessivo forfettario per singolo paziente con piccoli aggiustamenti in base alle comorbidità. Questa via, che necessita ancora di sperimentazione e dell'inclusione dell'ospedalizzazione tra i costi, se utilizzasse un rimborso medio per "dializzato", indipendente dal tipo di dialisi, darebbe al medico la possibilità di gestire meglio le risorse e trasferire i risparmi ottenuti con una metodica meno costosa a metodi più cari per pazienti complessi, pur restando nel budget complessivo. Lo stesso discorso potrebbe valere per i CReG (*Chronic Related Group*) che, se adeguatamente impostati, potrebbero divenire un'opportunità gestionale per i medici. In poche parole dobbiamo attrezzarci "noi" anche su questo aspetto; rifiutare il coinvolgimento gestionale dei medici significa lasciare completamente ad altri la gestione delle risorse sanitarie. ●

### Bibliografia

- (1) Kazmi WH, et al. Effect of Comorbidity on the Increased Mortality Associated With Early Initiation of Dialysis. *Am J Kidney Dis* 2005;46:887-896.
- (2) Martínez Echevers Y, et al. Supervivencia de pacientes de edad avanzada ( $\geq 70$  años) con enfermedad crónica estadios 4-5: diálisis vs tratamiento conservador. *Nefrologia* 2016; 36:283-291.
- (3) Shum CK, et al. Outcomes in Older Adults With Stage 5 Chronic Kidney Disease: Comparison of Peritoneal Dialysis and Conservative Management. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2014;69:308-314.
- (4) Verbeme WR, et al. Comparative Survival among Older Adults with Advanced Kidney Disease Managed Conservatively Versus with Dialysis. *Clin J Am Soc Nephrol* 2016;11:633-640.
- (5) Foote C, et al. Considerations of Nephrologists when Suggesting Dialysis in Elderly patients with Renal failure (CONSIDER): a discrete choice experiment. *Nephrol Dial Transplant* 2014;29:2302-2309.
- (6) van Loon IN, et al. The Relevance of Geriatric Impairments in Patients Starting Dialysis: A Systematic Review. *Clin J Am Soc Nephrol* 2016;11:1245-1259.
- (7) Peeters P, et al. External Validation of a risk stratification model to assist shared decision making for patients starting renal replacement therapy. *BMC Nephrology* 2016;17:41.
- (8) Pugh J, et al. Frailty and comorbidity are independent predictors of outcome in patients referred for pre-dialysis education. *Clin Kidney J* 2016;9:324-329.
- (9) Sito Web: [http://ridt.sin-italy.org/web/eventi/RIDT/registro\\_italiano.cfm](http://ridt.sin-italy.org/web/eventi/RIDT/registro_italiano.cfm). Ultimo accesso: 10/07/2016.

# Il prevalere delle patologie croniche: cosa cambia nella professione medica

**Francesco Longo**

CERGAS/SDA-Università Bocconi

Le persone con malattie croniche rappresentano il 36% della popolazione e consumano il 70% delle risorse del sistema sanitario pubblico. Sono 20 milioni in Italia e 3,6 milioni in Lombardia. Esse costituiscono quindi la quota ampiamente maggioritaria delle persone interessate al SSN, ri-mettendo in discussione la storica centralità dei pazienti acuti, per disegnare qualsiasi architettura di sistema sanitario.

I malati cronici possono essere suddivisi, dal punto di vista clinico, in due grandi e distinte categorie di pazienti:

- a) adulti-giovani anziani (55-70 anni), con 1 o 2 patologie prevalenti, capaci di essere complianti alle terapie;
- b) anziani e grandi anziani, (over 70) con molte patologie croniche co-presenti, spesso in difficoltà a seguire le terapie prescritte, anche perché molto articolate e complesse.

## Le 4 mosse fondamentali

Le patologie croniche richiedono quattro "mosse" fondamentali di politica e innovazione dei servizi sanitari:

1. reclutamento precoce, per tenere i pazienti in condizioni stabili e compensate, a bassa soglia di rischio, a costi molto contenuti, salvaguardando lunghi anni di vita "in salute";
2. inserire i pazienti in percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali costo efficaci, considerando sia le terapie farmacologiche, sia visite ed esami, sia i necessari stili di vita;
3. costruire filiere professionali, internamente coerenti nell'aderire ai PDTA definiti, capaci di invitare i pazienti in ogni *setting* assistenziale a seguire lo stesso percorso;

4. sostegno e controllo della *compliance* del paziente, ovvero della sua capacità di seguire le terapie.

Queste quattro “mosse” fondamentali sono distanti dal DNA organizzativo del classico ospedale focalizzato sul ricovero per acuti. Esso non è orientato al reclutamento precoce, non disegna PDTA che attraversano orizzontalmente i diversi *setting* assistenziali, non si sente responsabile della formazione clinica dei medici delle diverse filiere professionali per specialità, non si occupa di *compliance* del paziente una volta dimesso dall'ospedale.

### Le fasi assistenziali

Il “*mismatch*” tra la cultura organizzativa dell'ospedale focalizzato sul ricovero per acuti e i fabbisogni organizzativi che richiede la presa in carico delle patologie croniche non è spiegabile in modo consolatorio con una generico deficit di efficienza, ma ha natura strutturale e non è frutto di alcun errore, trattandosi semplicemente di *mission* assistenziali profondamente diverse.

In altri termini, nuove patologie prevalenti, richiedono nuovi *setting* assistenziali e quindi diverse configurazioni dei servizi, che fino ad oggi non sono state necessarie, perché la prevalenza epidemiologica era stata storicamente diversa.

La gestione della cronicità, innanzitutto, attraversa i diversi *setting* assistenziali: diagnostica, specialistica ambulatoriale, cure primarie, servizi socio-sanitari, in tempi e luoghi diversi.

Essa richiede prevalentemente o esclusivamente servizi e prestazioni ambulatoriali (o al massimo a domicilio), mentre un eventuale accesso al pronto soccorso o addirittura un ricovero sono più spesso sentinelle che qualcosa non ha funzionato nel percorso.

Possiamo identificare 4 principali fasi assistenziali: reclutamento, definizione del piano assistenziale individuale, erogazione di singole prestazioni, case management e controllo della *compliance*.

Fisiologicamente, ognuna delle fasi

assistenziali, può essere erogata da figure professionali diverse, identificate in funzione delle singole patologie.

### Esempio

A titolo d'esempio, un'anziana con il diabete può essere stata reclutata dal suo MMG, mentre il suo PAI è stato costruito da un medico specialista convenzionato ambulatoriale; le prestazioni diagnostiche le ottiene da un punto prelievi distrettuale, mentre il *case management* è garantito da una infermiera del servizio ADI. Ovviamente le figure professionali in gioco, si devono modificare in funzione delle diverse patologie e, soprattutto, degli stadi di patologia. Ciò che si impone è la necessità di un forte coordinamento di diversi professionisti. La produttività del sistema delle cure dipende dalla qualità ed efficacia del processo di coordinamento, in modo da impedire di trasmettere messaggi incoerenti alla paziente, di evitare duplicazioni di prestazioni, di evitare disaccordi diagnostici o terapeutici. La produttività e l'efficacia delle cure non dipende quindi più prevalentemente dallo sforzo, dalla competenza o dal talento del singolo professionista, ma soprattutto dalla capacità di coordinamento della rete dei professionisti. Gli strumenti di coordinamento contemporanei si basano su logiche e strumenti molto strutturati e ingegnerizzati e non su una generica “volontà” di raccordo. Il coordinamento clinico è una funzione molto sofisticata, che richiede tempo, energie e giusti incentivi.

### I diversi sistemi regionali

Le recenti riforme dei diversi sistemi regionali sono prevalentemente guidati dalla volontà di generare i necessari meccanismi di coordinamento tra i professionisti, che appartengono alle stesse reti professionali. La regione Friuli Venezia Giulia ha re-integrato i policlinici universitari nelle ASL proprio per costruire reti cliniche “complete”,

dall'ospedale hub fino alle cure primarie, per patologia. Molte regioni (Es. Veneto o RER) hanno enucleato una azienda, facendola diventare un IRCCS oncologico regionale, per disporre di un *hub* di ricerca di una rete di area vasta. Molti sono stati i casi di re-integrazione degli ospedali nelle ASL, come ad esempio in Lazio, ma soprattutto in maniera sistematica in tutta la Regione Lombardia. L'idea sottostante è che l'unificazione istituzionale dei servizi territoriali con quelli ospedalieri, ri-collocati in un'unica azienda, possa favorire i processi di integrazione professionale, per reti di patologia. Purtroppo l'integrazione istituzionale non è una condizione sufficiente per ottenere integrazione, essendo al massimo una condizione facilitante. Condizione necessaria è la costruzione di procedure ingegnerizzate di coordinamento, tra ospedale *Hub* e ospedale *spoke*, tra ospedali e specialisti ambulatoriali, tra essi e gli MMG, tra questi e gli infermieri delle cure primarie. Diversi sono i modelli che sono stati adottati per cercare di istituzionalizzare le forme e i processi di coordinamento. La regione Lombardia ha introdotto i CREG, ovvero delle tariffe forfettarie di presa in carico annuale dei pazienti cronici. Esse servono a rendere visibili le prestazioni sanitarie mancanti o consumate in eccesso dai singoli pazienti, spingendo i MMG ad una azione di *advocacy* e *gatekeeping* più robusta e convinta nel rispetto della filiera professionale. Gli MMG sperimentatori debbono obbligatoriamente lavorare in cooperative e avvalersi di società di servizi capaci di sostenere i processi di *follow up* dei pazienti e di controllo della loro *compliance*. Eventuali margini sulle tariffe per presa in carico annuale vengono lasciati ai MMG per rafforzare i loro servizi o per piccoli incentivi salariali. La RER da molti anni ha promosso forme di lavoro condiviso tra MMG in modo strutturale, favorendo la nascita prima di medicine di gruppo

e poi di case della salute. Questi presidi delle cure primarie sono stati ulteriormente infrastrutturati inserendo molte figure professionali (IP, specialisti ambulatoriali, psicologi, personale di contatto, ecc.) dipendenti del SSN. Alle unità di cure primarie sono stati assegnati obiettivi di sviluppo delle attività e di presa in carico dei pazienti attraverso PDTA. Uno sviluppato sistema di monitoraggio dei risultati ("profili di nucleo") verificano gli sviluppi dell'efficacia assistenziale. La regione Toscana ha formalmente adottato e diffuso il *Chronic Care Model*, che oltre allo sviluppo infrastrutturale delle cure territoriali e dei servizi territoriali, punta molto sul lavoro di comunità (gruppi di mutuo-auto aiuto tra pazienti cronici), sull'*empowerment* dei pazienti cronici o dei loro *care giver*, sul ruolo delle infermiere domiciliari o negli studi delle cure primarie.

### Punti in comune

Quello che hanno in comune tutti questi modelli sono:

- ✓ l'infrastrutturazione e l'arricchimento dei servizi di cure primarie;
- ✓ il raccordo con la specialistica ospedaliera e ambulatoriale attraverso i PDTA come strumento di *knowledge* clinico e i PAI, come strumento di integrazione sul singolo paziente;
- ✓ una metrica e degli incentivi (economici, professionali o sociali) per promuovere e valorizzare l'efficacia del coordinamento.

### Conclusioni

Lo sviluppo e la diffusione di questi modelli interroga il medico sui confini della propria missione professionale. Sono responsabile solo dei miei pazienti o ho una responsabilità sociale allargata perché devo preoccuparmi che il sistema della cura della patologia di cui mi occupo funzioni nel mio territorio?

Ad esempio, in un territorio con 100.000 abitanti i diabetici sono oggi circa 5500. La missione del primario di medicina dell'ospedale di riferimento si "limita" a organizzare il reparto che segue 1000 dei 5500 pazienti? Oppure la sua missione consiste nel disegnare i diversi PDTA per stadio di patologia, a impostare il sistema di reclutamento, a formare la filiera professionale dispersa e diffusa e ad operare come supervisore che tutto funzioni a dovere, cioè che tutti i 5500 diabetici siano reclutati, inseriti nel PDTA appropriato e siano complianti alle terapie. Questo ci interroga sui confini della nostra competenza e responsabilità professionale. In una società delle reti diffuse, dai confini organizzativi aperti, proporsi un orizzonte ampio, significa godere del privilegio di poter essere leader di riferimento della propria disciplina di area vasta, ricercato in quanto capace di organizzare le interdipendenze di rete, portando valore ai nodi del sistema, ai pazienti e molto probabilmente alla propria crescita professionale. L'orizzonte ampio, usa come metrica di lavoro la prevalenza delle patologie in un territorio e il tasso di reclutamento complessivo prodotto dal sistema. In alternativa ci si può ancora illudere che la produttività di un sistema sia la sommatoria di tante produttività individuali, separate, quindi limitarsi ai propri pazienti. È un po' come rimanere affezionati a usare una vecchia enciclopedia cartacea nell'epoca di Google. ●

# Choosing Wisely e assistenza alla persona con diabete

**Umberto Valentini**

*Direttore U.O. Diabetologia,  
Dipartimento di Medicina  
ASST.Spedali Civili di Brescia*

Da tempo è stato evidenziato che molti esami e molti trattamenti chirurgici e farmacologici largamente diffusi non apportano benefici per i pazienti e anzi rischiano di essere dannosi: il **sovra utilizzo di esami diagnostici e trattamenti** si dimostra un fenomeno sempre più diffuso e importante.

La stima dell'OMS, secondo la quale una percentuale della spesa sanitaria compresa tra il 20% e il 40% rappresenterebbe uno spreco causato da un utilizzo inefficiente delle risorse (WHO 2010), appare molto verosimile anche per l'Italia.

## Il progetto di Slow Medicine in Italia

Se la riduzione di prestazioni inappropriate, che rappresentano uno spreco di risorse e non offrono benefici tangibili ai pazienti ma piuttosto maggiori rischi, costituisce sempre un preciso imperativo etico, tanto più pressante appare in questo momento



di crisi economica che in Italia mette a rischio la sostenibilità del servizio sanitario nazionale e la tutela della salute, e accentua in maniera allarmante le disuguaglianze tra i cittadini *Slow Medicine* ha pertanto lanciato in Italia nel dicembre 2012 il progetto “FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO”, nella convinzione che, come è avvenuto negli Stati Uniti, la spinta all’utilizzo appropriato e senza sprechi delle risorse disponibili non possa che partire da una precisa assunzione di responsabilità da parte dei professionisti della salute e in primo luogo da parte dei medici, in alleanza con pazienti e cittadini. Il progetto “FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO” rappresenta una scommessa, del tutto in linea con la dimostrazione di *John Øvretveit* di qualche anno fa secondo la quale nel sistema sanitario la qualità non aumenta i costi ma anzi li riduce: la scommessa che attraverso il coinvolgimento dei professionisti sia possibile anche in Italia migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi sanitari attraverso la riduzione di pratiche (esami diagnostici e trattamenti) che, secondo le conoscenze scientifiche disponibili, non apportano benefici significativi ai pazienti ai quali sono generalmente prescritte, ma possono, al contrario, esporli a rischi. Attraverso il progetto, ci si può attendere di ridurre gli alti costi del servizio sanitario non attraverso tagli lineari, che ne mettono a serio rischio la sopravvivenza e accentuano ulteriormente le disuguaglianze tra i cittadini, ma intervenendo sulle cause più eclatanti di spreco nello stesso interesse dei pazienti. Il progetto lanciato da *Slow Medicine* segue quella che era stata la proposta di *Howard Brody* nel 2010 sul *New Engl and Journal of Medicine* e che ha preso forma negli USA con *Choosing Wisely*. L’individuazione da parte dei professionisti di una lista di esami diagnostici e trattamenti dei quali non è dimostrato il beneficio per molti pazienti e che a volte possono procurare più danno che beneficio, oltre a rappresentare un concreto passo verso un utilizzo più appropriato delle risorse, lancia all’opinione pubblica il forte messaggio



*An initiative of the ABIM Foundation*

che in sanità a volte è meglio fare meno, e che non sempre il medico che prescrive più esami e prestazioni è il medico più competente.

### **I cinque test diagnostici**

Nel dettaglio, ogni società scientifica/ associazione di professionisti che aderisce al progetto individua una lista di cinque test diagnostici o trattamenti, ovviamente a partire da quelli già indicati negli USA, che in Italia:

- ✓ sono effettuati molto comunemente;
- ✓ non apportano benefici significativi, secondo prove scientifiche di efficacia, alle principali categorie di pazienti ai quali vengono generalmente prescritti;
- ✓ possono al contrario esporre i pazienti a rischi.

Non è stato volutamente incluso tra i criteri di scelta quello dell’alto costo, perché il progetto non fosse considerato come un “razionamento” di risorse.

In accordo con *Brody*, *Slow Medicine* suggerisce ad ogni società scientifica/ associazione di professionisti di costituire per questo obiettivo un gruppo di studio di alto livello che includa “professionisti con competenze specifiche in epidemiologia clinica, biostatistica, politica sanitaria e medicina basata sulle prove scientifiche (EBM)”.

Una volta raggiunto l’accordo sulla lista di cinque test diagnostici o trattamenti, ogni società scientifica /associazione di professionisti mette a punto un piano di implementazione e di formazione dei propri

membri, per dissuaderli dall'utilizzo di quel test o trattamento per determinate categorie di pazienti.

Slow Medicine favorisce gli scambi di informazioni tra le diverse società scientifiche/associazioni di professionisti e tra queste e associazioni di cittadini; inoltre provvede a diffondere presso l'opinione pubblica sia il progetto statunitense e le pratiche già individuate da *Choosing Wisely*, con le relative indicazioni pratiche mirate ai cittadini, sia puntuali informazioni sull'evoluzione del progetto in Italia e sulle società scientifiche e associazioni aderenti al progetto.

La **Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, FMOMCeO**, ha ufficialmente aderito al progetto in data 20 febbraio 2013 ed ha concesso il proprio patrocinio all'iniziativa, indicando i suoi rappresentanti nella gestione del progetto.

Il progetto, a differenza di *Choosing Wisely*, intende coinvolgere non solo i medici ma anche gli altri professionisti della salute, in una comune assunzione di responsabilità: caratteristica del progetto italiano è la visione sistemica, che privilegia la collaborazione e l'approccio multidisciplinare e multi professionale. È inoltre prevista la partecipazione attiva dei cittadini e dei pazienti.

### **“FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO” nella cura della persona con diabete**

Perché diabete e *Choosing Wisely*?

La malattia diabetica:

- ✓ è considerata dall'OMS una vera e propria pandemia: la prevalenza è in rapido aumento (in Italia il 3% nel 2000, nel 2015 circa l'8%) e oggi, a livello mondiale, abbiamo raggiunto più di 600 milioni di persone con diabete, numero previsto per il 2025;
- ✓ il 25% delle persone ricoverate in Lombardia, sono persone con diabete;
- ✓ ha elevati costi sanitari diretti e indiretti: i costi diretti costituiscono il 15% del totale e determinano rischi di

sostenibilità per l'intero sistema sanitario;

- ✓ è eterogenea per presentazione e complessità: tipo 1, tipo 2, pazienti complicati, pazienti in cui la malattia non è stabile, non evolutiva;
- ✓ è necessaria l'integrazione con altri professionisti: MMG, nefrologo, cardiologo...
- ✓ vi sono molte raccomandazioni, spesso interpretabili in modo diverso;
- ✓ la cura del diabete, negli ultimi anni si è arricchita di nuovi farmaci e nuove tecnologie che permettono di raggiungere e mantenere nel tempo un buon controllo metabolico e quindi prevenire o rallentare le complicanze croniche: quindi molte opportunità terapeutiche.

**Il rischio di inapproprietezza diventa quindi molto elevato.** Ecco quindi che l'**Associazione Medici Diabetologi**, società scientifica a cui aderiscono circa 2000 diabetologi italiani, nel 2014 ha aderito alla campagna *Choosing Wisely* formando un gruppo di lavoro chiamato "Diabetologia Misurata"; con la collaborazione di *Slow Medicine* il gruppo ha identificato 5 pratiche inappropriate secondo il seguente percorso:

- a) ogni componente ha identificato 5 pratiche inappropriate;
- b) sono state scelte 15 proposte di pratiche inappropriate;
- c) con il metodo della scelta pesata ogni componente ha attribuito ad ogni pratica un punteggio da 1 a 15 indicandone anche rilevanza e applicabilità clinica;
- d) i contributi sono stati discussi;
- e) sono state selezionate le 5 pratiche che hanno ricevuto un maggior punteggio.

Al termine del percorso è stata stilata una graduatoria che ha permesso di identificare le cinque pratiche a maggior rischio di inapproprietezza:

1. **Utilizzare la terapia insulinica al bisogno** (la cosiddetta *sliding scale*), per il trattamento della persona con diabete ricoverata, cioè iniettare insulina ad intervalli fissi (ogni 4-6 ore) solo se la glicemia supera una soglia prefissata e

tuttora diffuso, ma è da considerarsi un metodo inadeguato e inefficace. Questo approccio non affronta il problema dell'insulinizzazione basale, non previene l'iperglicemia intervenendo solo dopo quando si è manifestata e comporta un elevato rischio di ipoglicemia successiva. È un metodo inadeguato e inefficace in quanto si attua solo dopo l'iperglicemia, con il rischio di provocare, a sua volta, una ipoglicemia.

2. **Prescrivere di routine l'auto-misurazione domiciliare quotidiana della glicemia nelle persone con diabete tipo 2, quando non sono in cura con farmaci che causano ipoglicemia;** in chi non fa uso di insulina o alcuni farmaci per bocca che possono causare l'ipoglicemia, una volta ottenuto il buon controllo glicemico, se non intervengono fattori esterni come malattie acute o la somministrazione di farmaci iperglicemizzanti, l'auto-misurazione quotidiana non è necessaria, anzi, può essere fonte di ansia per la persona e i familiari. Inoltre è da ricordare che la spesa per l'autocontrollo ha superato quella dei farmaci per la cura del diabete, quindi vi è un potenziale recupero di risorse non indifferente.
3. **Effettuare screening indiscriminato delle complicanze croniche del diabetico** (per la retinopatia, la polineuropatia e l'arteriopatia periferica), con modalità e tempi diversi da quelli indicati dalle linee guida nazionali. Nel diabete tipo 1 il *Fundus Oculi* può essere richiesto dopo 5 anni dalla diagnosi; nel diabete Tipo 2, se negativo alla diagnosi, una volta ogni 2 anni. Non eseguire per lo screening della polineuropatia un esame elettrofisiologico. Non eseguire, in assenza di dati obiettivi o di sintomi lo screening dell'arteriopatia.
4. **Trattare in modo indiscriminato con farmaci antiaggreganti piastrinici** le persone con diabete; l'utilizzo di questi farmaci va riservato a chi sia a elevato rischio cardiovascolare o abbia già avuto

un precedente evento cardiovascolare o con arteriopatia ostruttiva. La terapia antiaggregante non è raccomandata nei diabetici a rischio cardiovascolare basso o moderato.

5. **Seguire di routine il dosaggio del C-peptide nel sangue;** è inutile per la formulazione della diagnosi e diventa necessario solo in casi limitati e rari come per esempio nella valutazione di ipoglicemie dovute a scopi di autolesionismo.

**Abolire queste 5 pratiche cliniche, considerando il numero dei pazienti e i costi, potrebbe permettere il recupero di risorse significative da utilizzare per la cura "appropriata" della malattia diabetica. ●**



#### Lettere consigliate

Fisher ES, Bynum JP, Skinner JS. Slowing the growth of health care costs — lessons from regional variation. *N Engl J Med* 2009;360:849-52.

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

Brody H. Medicine's ethical responsibility for health care reform: the Top Five list. *N Engl J Med*. 2010;362(4):283-285.

Good Stewardship Working Group. The "top 5" lists in primary care: meeting the responsibility of professionalism. *ArchIntern Med*. 2011;171(15):1385-1390.

Kale MS, Bishop TF, Federman AD, Keyhani S. "Top 5" lists top \$5 billion. *ArchInternMed*. 2011;171(20):1856-1858.

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

Dirindin N, Langiano T. Scegliere con saggezza fa bene alla salute *La Voce.info* 11/12/2012.

Spinsanti S, La qualità nei servizi sociali e sanitari: tra management ed etica, da: J.Ovvretveit, *La qualità nel servizio sanitario*, EdiSES Napoli 1996.

Øvretveit J. Does improving quality save money? A review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers. London: the Health Foundation. 2009.

Hurley R. Can doctors reduce harmful medical overuse worldwide? *BMJ* 2014;349:g4289.

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

# Vita quotidiana e spunti estivi



**Gigi Veronesi**

Cari Colleghi

La quotidiana vita dell'Ordine viene, ormai sempre più spesso, resa frizzante dalle trovate di Enti a noi continui che, spinti da un'incomprensibile smania di rinnovamento, stanno trasformando, con la metodicità dei tarli nel legno, tutto ciò che di buono c'era stato lasciato in eredità.

Il Codice Deontologico, la libertà di terapia, i rapporti con il malato e forse presto anche il malato stesso, sempre più cittadino, fruitore di prestazioni o soggetto reclutato per terapie. **Ultima, ma solo in termini cronologici, è la modifica dell'articolo 56, che dopo il 54, pietra dello scandalo dell'Antitrust, che determinò la denuncia alla Fnomceo per limiti alla concorrenza, oggi viene "opportunosamente" rivisto, pensato ed alla luce di una matura e roduta indipendenza di giudizio, riproposto con la possibilità di pubblicità comparativa.**

Immediatamente siamo, però, stati informati che l'articolo così come riportato a lato, è stato oggetto di profonde e combattute modifiche, perché nato molto più nebuloso e libertino in genesi. Mi domando chi lo

## ART: 56

### Publicità informativa sanitaria

La pubblicità informativa sanitaria del medico e delle strutture sanitarie pubbliche o private, nel perseguire il fine di una scelta libera e consapevole dei servizi professionali, ha per oggetto esclusivamente i titoli professionali e le specializzazioni, l'attività professionale, le caratteristiche del servizio offerto e l'onorario relativo alle prestazioni.

La pubblicità informativa sanitaria, con qualunque mezzo diffusa, rispetta nelle forme e nei contenuti i principi propri della professione medica, dovendo sempre essere veritiera, corretta e funzionale all'oggetto dell'informazione, mai equivoca, ingannevole e denigratoria.

**È consentita la pubblicità sanitaria comparativa delle prestazioni mediche e odontoiatriche solo in presenza di indicatori clinici misurabili, certi e condivisi dalla comunità scientifica che ne consentano confronto non ingannevole.**

Il medico non diffonde notizie su avanzamenti nella ricerca biomedica e su innovazioni in campo sanitario on ancora validate e accreditate dal punto di vista scientifico, in particolare se tali da alimentare attese infondate e speranze illusorie.

Spetta all'Ordine professionale competente per territorio la potestà di verificare la rispondenza della pubblicità informativa sanitaria alle regole deontologiche del presente Codice e prendere i necessari provvedimenti.

avesse generato, visto che è stato preso in mano dalla consulta Deontologica e passato poi al Comitato Centrale. Per i meno addentro alle gerarchie ordinistiche, sono entrambi rami della Federazione medica e per lo più costituiti dalle stesse persone, le stesse che due anni fa avevano creato la stesura del nuovo Codice. E già oggi necessita rinnovamento? [Siamo nell'era del ritocchino e del Botox e quindi perché non esercitare la moderna medicina potenziativa anche sul nostro Codice](#), sperando poi di non cadere negli effetti

deleterii che alcune *pin up* hanno dovuto sopportare e trovarci con un manuale delle giovani marmotte al posto del sacro scritto.

Quest'ultimo "ritocchino" che ad una lettura non esperta potrebbe passare come qualcosa di non del tutto insensato, ricordando che negli USA la cosa avviene già da molti anni, in realtà cela un problema di dimensioni apocalittiche per chi opera e lavora per la tutela dell'attività medica come ordinista in Italia.

Gli "indicatori clinici misurabili" riportati nell'articolo, come verranno misurati?

Dove troveremo il metro per poter prendere i "necessari provvedimenti"?

A Sèvres? A chi l'incombenza di depositare tale "metro" nella storica sede in Francia? [Prepariamoci a diatribe legali dove l'eterogeneità di giudizio, degli oltre cento Ordini dei medici e odontoiatri provinciali, aprirà un fianco scoperto a critiche di incompetenza attuativa sulle misure di valutazione.](#)

Spunterà sicuramente qualche illuminato dell'ultima ora, sostenendo che giustizia è fatta, che finalmente si prende atto di leggi che calate dall'Europa sono state finalmente recepite anche in Italia.

Risposta: a parte l'aderenza dell'Europa alle realtà degli Stati Membri, *Brexit docet*, ma dove e quando l'Europa avrebbe aperto alla libertà pubblicitaria in ambito professionale? La legge quadro o legge "cornice" prevedeva che ogni Stato Membro attuasse regole, in

capo agli Ordini professionali, che garantendo la tutela della dignità professionale, "dipingessero" una propria tela normativa, perimetrata da quella "cornice" che richiedeva la sola rimozione di regole che vietavano tout court la pubblicità. Niente più!

Personalmente mi chiamo fuori, dopo anni di lotte per far capire che la pubblicità non solo non serve, ma genera attriti fra medici e pazienti, sprofonda la figura del medico in una *Geenna* commerciale pericolosa e foriera di contenziosi, utile solo a chi scarso in meriti e scienza debba trovare nel commerciale il richiamo ai clienti. Sono cresciuto nell'Ordine dei medici e degli odontoiatri degli anni sani, sono convinto della necessaria indipendenza ordinistica, ritengo che la tutela del cittadino paziente non possa prescindere dalla presenza di Ordini professionali forti, indipendenti e governati da medici sotto il controllo del solo Ministero competente. Anelo ad un cambio di passo, e di figure se necessario, che liberi la Federazione dalla schiavitù di lobby, politici e magistrati riconquistando quella centralità che spetta ad un Ente che da ausiliario del Ministero, diviene oggi, grazie al ddl Lorenzin, sussidiario dello stesso.

*Faccio pubblicamente le congratulazioni al Presidente nazionale CAO, Renzo, che in linea con il personale pensiero ha abbandonato ufficialmente il tavolo di consultazione tecnica con i delegati del Ministero, chiedendone uno privilegiato con il solo Ministro della Salute.*

*Basta perdere tempo con tecnici incompetenti e partigiani, basta subire ingerenze da esterni alla professione che tutelano gli interessi del commercio e delle società di capitali dimenticando il vero ruolo del medico nella società, basta mercanti nel Tempio! ●*

# Associazione "Ospedali In Burkina"

**Gualtiero Danieli**  
chirurgo

Povert , analfabetismo, assistenza sanitaria precaria sono ancora oggi le condizioni in cui vivono i 2/3 della popolazione mondiale.

**Possiamo continuare in un colpevole disinteresse?**   vero che ciascuno di noi non potr  che portare un insignificante aiuto, sproporzionato al bisogno, ed io confesso di aver condiviso questo pensiero, ma...tutto cambia quando laggi  ci vai e vivi tutti i giorni accanto a loro, partecipando alle loro sofferenze.

**Ti colpisce il coraggio, la dignit  con la quale affrontano le difficolt .** Non c'  mai disperazione anche quando i genitori ti portano in Ospedale un bambino e non hanno i soldi per pagarsi le cure o l'intervento (in Burkina come in quasi tutta l'Africa non c'  assistenza sanitaria). Con molta dignit  non ti chiedono nulla ma il loro sorriso di riconoscenza, appena capiscono che li aiuterai, ti ripaga di tutti i tuoi sacrifici. Da 10 anni sono impegnato in Burkina-Faso con **l'Associazione "OSPEDALI IN BURKINA"**.

**Quando ho iniziato non potevo immaginare come sarebbe cambiata la mia vita, non potevo immaginare che quella povera gente, in maggioranza analfabeta, mi avrebbe dato molto di pi  di quello che io davo loro: ad esempio**



mi avrebbero fatto riscoprire quali sono i veri valori della vita: il rispetto, la famiglia, la solidariet . Infatti pi  le avversit  del vivere si fanno pressanti, pi  le persone si stringono insieme per portare avanti un'esistenza dura con grande dignit . Al contrario nella nostra societ  cosiddetta evoluta, dove si vive nelle comodit , questi valori sono spesso dimenticati ed ecco prevalere l'individualismo che porta all'isolamento ed a considerare il mondo degli altri, con cui relazionarci, una costante provocazione alla lotta

piuttosto che alla condivisione. L'attività dell'Associazione predilige l'ambito sanitario e l'aiuto alle famiglie in difficoltà. In prima persona sono riuscito a coinvolgere un buon numero di colleghi, sia in campo nazionale ma anche dalla Francia, con i quali ho potuto realizzare un valido aiuto per due Ospedali Pubblici del Burkina-Faso: *Koupèla* e *Tenkodogo*. Tengo a precisare che il nostro lavoro viene prestato in uno spirito totalmente di volontariato, non solo ma tutti utilizzano parte dei loro giorni di ferie per donare un aiuto a chi ancora oggi non può accedere ad un servizio sanitario dignitoso. Le *equipes* di medici che si alternano durante il corso dell'anno si fermano due settimane; svolgono attività diverse a seconda delle loro competenze. I malati che vengono alla nostra osservazione sono numerosi essendo l'Ospedale di *Koupèla* l'unica struttura presente in una vasta zona che comprende almeno 500.000 abitanti. Le missioni, della durata di 15 giorni, sono circa una decina all'anno, le più numerose sono quelle di Chirurgia Generale, Ortopedico-Traumatologica, Ostetrico-Ginecologica, Urologica, Plastico-Ricostruttiva. Ogni missione riesce ad eseguire più di una trentina di interventi chirurgici nello spirito di una sempre più efficace collaborazione con i medici locali, che sono al nostro fianco anche in sala operatoria. Grazie alla organizzazione di corsi di formazione ed alle attrezzature fornite dalla nostra Associazione, la qualità dell'assistenza sanitaria è in continuo miglioramento. Quanto realizzato in questi anni ha ampiamente superato i miei sogni più ambiziosi. L'Ospedale di *Koupèla* era una struttura fatiscente. Per più di 6 mesi all'anno rimaneva senza acqua, vi lascio immaginare i disagi ed i rischi di infezione. La realizzazione di un pozzo fu per noi una priorità. Motivo d'orgoglio è stato soprattutto la realizzazione del Reparto di Radiologia ed Ecografia. Nei primi anni di collaborazione, a causa della mancanza



di un servizio di Radiologia, abbiamo purtroppo assistito troppo spesso al trasferimento di politraumatizzati della strada in Ospedali della Capitale, che dista 150 Km. I rischi per il ferito erano rilevanti, problema di grande importanza per il numero elevato di incidenti stradali essendo *Koupèla* il crocevia di strade molto trafficate dirette in Togo, Ghana, Benin e Niger. Incidenti peraltro favoriti dalle pessime condizioni delle vie di comunicazione e dei mezzi di trasporto. Ma il risultato di gran lunga più importante è il clima di fiducia e amicizia che si è instaurato tra i volontari ed il personale locale, che ci ha permesso di superare quel clima di diffidenza che può ostacolare ogni tentativo di cambiamento di comportamenti sul lavoro pericolosi per la salute dei malati.

Ad esempio la pulizia, l'ordine e l'organizzazione lasciano spesso a desiderare negli Ospedali Africani. Quando arrivai all'Ospedale di *Koupèla* pensando ad un'eventuale collaborazione mi trovai due lettini di medicazione davanti alla sala operatoria; ci passavano anche ferite infette e le garze intrise di sangue e pus erano tranquillamente gettate per terra. Come potete immaginare ne fui profondamente colpito e scoraggiato, poi mi son detto che quello era il loro



**mondo, dovevo accettarlo.** Dovevo comprendere, lasciare il mio punto di vista per mettermi dalla loro parte. E con coraggio cominciai quella collaborazione che mi ha permesso di migliorare il loro modo di lavorare e di migliorare la qualità delle prestazioni. Mi ha permesso di poterli correggere senza pregiudizi per avere finalmente un Ospedale migliore.

L'impegno mio e di tutti i volontari dell'Associazione è ampiamente gratificato dal sorriso dei bambini operati e dall'infinita riconoscenza dei malati, ma a volte ti domandi se ne è valsa la pena.

**Sei consapevole che ciò che si realizza è infinitamente limitato rispetto all'immensità dei bisogni e che la strada davvero efficace deve passare attraverso iniziative Governative/Istituzionali che partono dall'istruzione per raggiungere tutti i settori di sviluppo.** La realtà è che le vie Ufficiali sono lente, forse ostacolate... Nel frattempo è difficile stare a guardare, i percorsi ufficiali progrediranno con i loro tempi, intanto noi avremo fatto una parte del lavoro utile alla formazione del personale ed alla cura della salute dei malati di *Koupèla*.

### MICHEL KABORÉ: 9 ANNI

Lasciatemi ora parlare di uno dei pazienti che più mi ha colpito: si tratta di Michel Kaboré di 9 anni. Michel

si era ustionato a causa di un incendio appiccato alla sua capanna mentre dormiva. Dopo alcuni mesi le ustioni sul corpo e gli arti erano completamente guarite, ma non quella che interessava tutto il cuoio capelluto, che era totalmente interessato da un tessuto di granulazione senza alcuna tendenza alla riepitelizzazione. Per tre lunghi anni a nulla servirono le cure ed interventi di chirurgia plastica. Tutti i giorni si presentava per le medicazioni, due grandi occhi tristi, non una parola. Una spina nel cuore per tutti noi. Ma alla fine la guarigione è arrivata, un miracolo che ci ricompensava dei nostri sforzi. Ora ha 12 anni, frequenta la scuola, gioca a pallone ma soprattutto sorride. Mi trovo spesso a pensare che sarei pronto a ripercorrere i tre anni di impegno e sacrifici per ottenere la guarigione di Michel, anche se fosse il solo risultato.

Se tanto è stato fatto ancora di più rimane da fare. Molto dipende da noi ma anche da parte loro non è facile seguirci. Ogni progetto parte solo quando abbiamo verificato che, dopo un nostro primo intervento, potrà continuare anche senza di noi. Abbiamo costruito ed allestito il reparto di radiologia, inaugurato con un nostro tecnico ed un medico radiologo, ora funziona con personale locale. Abbiamo ampiamente ristrutturato ed attrezzato il reparto maternità ed abbiamo costruito il reparto di chirurgia dove vengono ospedalizzati i nostri operati, ma che viene comunque utilizzato tutto l'anno. L'Associazione è comunque sempre presente per aiutare l'Ospedale nella sua crescita e soprattutto per pensare nuovi interventi e nuove strategie. **È un invito a chi volesse mettersi in gioco!!! ●**

# Camper Emergenza

**Giovanni Damiani**

Presidente di Camper Emergenza



## L'INIZIO

Nel 1992 è morto mio fratello Alberto in un incidente stradale. Alberto aveva 18 anni. I nostri genitori, Romano e Maria

Rosa Damiani, hanno trovato nella fede cristiana la forza di reagire pensando che la perdita del loro Alberto facesse parte di un disegno voluto da Dio. Questo non ha ovviamente tolto l'immenso dolore, ma ha dato loro la forza di sopportarlo. Hanno iniziato così il loro impegno di volontariato, unendo le forze e mettendole a disposizione degli ultimi. La loro prima esperienza è stata quella di raccogliere cibo e vestiario da spedire come aiuto umanitario per i poveri della Croazia. In seguito è stata offerta la possibilità di accompagnare nel 1994 padre Fiorenzo Reati. Il viaggio avventuroso è avvenuto con un furgone tra mille difficoltà: attraverso l'Europa raggiungono San Pietroburgo. Negli anni seguenti hanno provveduto, coinvolgendo un folto gruppo di volontari, a inviare numerosi Tir di aiuti umanitari per i poveri della grande città. Durante le riunioni che si tenevano nelle varie parrocchie, organizzate dalla Caritas per parlare di queste esperienze, dal coro usciva

una voce che li faceva riflettere: si pensa sempre ai poveri lontani dimenticando molto spesso quelli che vivono accanto a noi. È così che decidono di mettersi al servizio dei fratelli emarginati e in grave stato di disagio presenti nella nostra città. I primi contatti con questi nostri fratelli più sfortunati iniziano nel 1997 e avvengono in zona stazione, nel piazzale FF.SS, nelle sale d'attesa viaggiatori, sulle carrozze ferme al binario 7, luoghi che per l'occasione diventano rifugio-dormitorio per i senzatetto. L'incontro con queste persone emarginate è l'espressione di una testimonianza di fratellanza con piccoli segni di amore: con una parola di conforto e di amicizia era possibile aiutarli a risolvere, almeno in parte, alcuni problemi di quotidiana sopravvivenza. Da questi incontri emergeva come prima necessità la richiesta di cibo, qualcosa da mangiare, da bere, possibilmente caldo, seguiva poi la richiesta di vestiario in genere, soprattutto coperte per le notti fredde e ghiacciate - avendo a disposizione molti di loro solo dei cartoni -, richieste di un lavoro, di una casa e di varie informazioni. Hanno subito iniziato a presentarsi con delle borse piene di

cibo, offrendo panini imbottiti, frutta, dolci e qualche bevanda; inoltre grazie al magazzino-deposito si era in grado di fornire vestiario in genere e coperte.

### IL CAMPER

Nel 1999, con l'aiuto di tanti amici, sono riusciti a mettere insieme il necessario per

poter acquistare un camper (divenuto Camper Emergenza) da utilizzare tutte le sere per assistere persone emarginate presenti nelle strade: tossicodipendenti, clochard, extracomunitari. Poi si avvicinano al camper, sempre più numerosi, anziani stretti fra la morsa di una pensione minima e il caro-vita, e concittadini rimasti senza lavoro per la grave crisi economica presente nel nostro paese, e che faticano ad arrivare alla fine del mese.

### I SERVIZI DI CAMPER EMERGENZA

• **Servizio di strada:** da Settembre a Luglio, il camper esce tutte le sere, dal lunedì al venerdì, in due punti prestabiliti

della città, aree attrezzate messe a disposizione dal Comune di Brescia, per accogliere le persone bisognose. I volontari offrono gratuitamente a queste persone una borsa alimentare, bevande e coperte per il freddo, ma in particolare offrono una relazione, la disponibilità all'ascolto a chi vive una vita di disperazione e solitudine.

• **Unità medica di strada:** è nata nel 2001 dalla constatazione che i senza-fissa-dimora, una volta risolto il problema del cibo e del freddo, spesso richiedevano anche aiuti di tipo medico-sanitario. Grazie alla disponibilità, dapprima della Croce Bianca di Brescia e ora del S.A.R.C. (Soccorso Ambulanza Roncadelle Castelmella) che mette a disposizione un'ambulanza e due volontari (autista e infermiere), e grazie alla disponibilità di un gruppo di medici,

questo progetto ha potuto nascere e nel corso del tempo svilupparsi. Inizialmente l'uscita dell'ambulanza era settimanale e ora, dopo che si è riusciti ad ampliare il numero dei medici e dei volontari dell'ambulanza, si offrono due uscite settimanali, martedì e giovedì, in modo da garantire una maggior continuità nel servizio agli ammalati con un'attività di primo livello. La spesa per l'acquisto di farmaci e del materiale sanitario è a carico dell'associazione Camper Emergenza.

• **Servizio di odontoiatria:** è partito da Ottobre 2013 utilizzando dei locali messi a disposizione dalla Congrega in Rua Confettora, dove medici di S. Angela-Cooperativa Sociale Onlus Ecodental, offrono a prezzi calmierati cure dentistiche alle famiglie meno abbienti. Due dentisti di questa cooperativa si sono resi disponibili ad offrire gratuitamente, un giorno alla settimana, cure per le persone inviate da Camper Emergenza.

• **Servizio pranzo domenicale:** offerto a oltre 300 persone, familiarmente accolte in una sala concessa dalla congregazione delle suore Ancelle della Carità, con pasti caldi cucinati dall'Associazione "Cucina e Amicizia".

*Purtroppo mio padre Romano, instancabile organizzatore ed anima del camper, ci ha lasciato dopo breve malattia giovedì 5 Settembre 2013, creando un vuoto incolmabile. La sua missione di carità continua nel suo ricordo e nome. ●*



#### ASSOCIAZIONE CAMPER EMERGENZA

Sede Villaggio Sereno  
Traversa seconda, 23 - 25121 Brescia  
Tel. 3381939313  
camperemergenza@tiscali.it  
info@camperemergenza.org  
www.camperemergenza.org

LIBRI

## Quando il respiro si fa aria

Paul Kalanithi

**Recensione a cura di  
Gianpaolo Balestrieri**

La passione per la letteratura, non tanto come esperienza estetica, ma come strumento che avvicina al significato dell'esistenza, ai suoi contenuti morali. Un precoce interesse per le neuroscienze, frontiera avanzata della ricerca sul rapporto tra "il linguaggio della vita, per come la viviamo, la passione, la fame, l'amore, e il linguaggio dei neuroni". Un progetto di formazione e ricerca ambizioso che il giovane Paul Kalanithi, padre medico di origine indiana, persegue con un brillante curriculum accademico: letteratura inglese e biologia a Stanford, maestri come il filosofo Richard Rorty, una tesi su Walt Whitman, master di storia e filosofia della scienza a Cambridge. Ma poi una sorta di illuminazione: la strada della medicina come via per "trovare le risposte che non erano nei libri... cercare una risposta all'interrogativo su cosa desse significato alla vita umana, anche di fronte alla morte e al decadimento".  
Facoltà di Medicina a Yale,

la scelta della neurochirurgia come specialità ardua, scomoda che pone "un confronto più che mai stimolante e diretto con il significato, l'identità e la morte". La durezza del tirocinio, senza limiti di orario, al limite della resistenza fisica e psichica, la relazione con pazienti critici, con cui condividere decisioni difficili, estreme, la ricerca nel campo delle neuroscienze in un laboratorio d'avanguardia. Kalanithi trentacinquenne è all'ultimo anno del tirocinio, con importanti sviluppi di carriera a portata di mano per un neurochirurgo-ricercatore già affermato. La diagnosi di neoplasia polmonare avanzata con metastasi ossee (in un non fumatore!) rovescia ogni prospettiva. Il racconto della malattia è la parte più coinvolgente del testo. Lo *shock*, la depressione, la rabbia, l'accettazione, il rapporto positivo con l'oncologa Emma, i cambiamenti rapidi e continui di priorità, le conseguenti scelte di vita. Infine il ritorno alla letteratura, da Montaigne a Tolstoj, da



Robert Frost a T.S. Eliot e molti altri, "cercando un vocabolario che desse un senso alla morte". L'autore descrive con lucida capacità di autoanalisi la vicenda della malattia, l'alternarsi di speranza e crisi, il rapporto intenso con la moglie Lucy medico internista, la nascita della figlia Cady che porta felicità e visione di futuro. Una vita vissuta fino alla fine con una determinazione non ostentata. Il capitolo ultimo, toccante e sobrio, è della moglie, un omaggio al suo compagno "fragile ma mai debole" che ha affrontato la malattia non con spavalderia ma con "grazia e autenticità". Ogni storia di malattia e di fine è diversa dalle altre, irripetibile. Tuttavia, in un tempo in cui si torna a parlare di "Ars moriendi", la testimonianza di Paul Kalanithi è un esempio di coraggio e di rigore.

Quando il respiro si fa aria  
Paul Kalanithi  
Mondadori Milano 2016  
Pp. 150  
Euro 18.00

# Vaccinazioni: scelta di civiltà

**Prof. Francesco Castelli**

*Per il Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Brescia*

La recente decisione del TAR della Sicilia avverso il Ministero della Salute per un supposto nesso di causalità tra vaccinazione tetravalente (difterite, tetano, pertosse, epatite B) e antipolio pone ancora all'attenzione dell'opinione pubblica la ricorrente discrepanza tra scienza basata sull'evidenza e decisioni delle giustizie (che nel caso specifico appaiono tuttavia più legate a vizi di forma procedurali - il Ministero della Salute non avrebbe impugnato l'avversa sentenza del 2014 da parte del tribunale civile che lo condannava al pagamento di 250.000 euro - che alla sostanza dell'evento).

La vaccinazione - che seppur eccezionalmente e limitatamente a pochi specifici vaccini può causare la malattia che intende prevenire o possibili complicanze - è con ogni probabilità la tecnica preventiva che ha contribuito a salvare più vite umane del XX secolo, sollevando l'umanità dai ben più devastanti effetti in termini di mortalità e morbilità delle malattie infettive. Malattie infettive che, lo ricordiamo, non sono scomparse nelle società occidentali ma - per la gran parte di loro - solo tenute sotto controllo da una adeguata copertura vaccinale specifica.

**Questo Ordine, nel rispetto delle decisioni del TAR della Sicilia, intende ribadire con fermezza la assoluta solidità dei dati scientifici che provano:**

- a) l'utilità delle vaccinazioni in termini di salute pubblica;
- b) la necessità di perseguire elevati tassi di copertura vaccinale per impedire il ritorno di malattie oggi controllate solo grazie alla pratica vaccinale;
- c) l'assenza di nesso causale tra vaccinazioni ed autismo, come anche recentemente ribadito dalla Organizzazione Mondiale della Sanità. A tal proposito vale la pena ricordare il famoso caso del Dott. Wakefield, autore dell'articolo pseudoscientifico - poi ritrattato - che suggeriva l'esistenza di nesso causale tra vaccinazione antimorbillosa e autismo e che è costato all'autore la radiazione dall'albo dei medici inglesi quando la sua natura fraudolenta è stata resa evidente.

**In data 8 luglio 2016 la FnomCeo ha approvato un documento sui vaccini in cui prende una netta posizione sul tema segnalando il pericolo di una regressione delle coperture vaccinali e sottolineando l'obbligo deontologico dei medici di collaborare all'attuazione dei provvedimenti di sanità pubblica.**

# Dottor Aldo Pagni

Aldo Pagni è nato a Genova il 30 marzo 1933, mamma genovese e padre di Empoli. Si trasferì ad Empoli già durante il primo anno di vita. In Liguria ha trascorso, dopo la laurea, gli anni del servizio militare. Ha studiato Medicina e Chirurgia all'Università degli Studi di Pisa dove il 19 luglio 1958 si è laureato e poi specializzato in Medicina Interna. È stato Assistente universitario presso la Clinica Medica dal 1959 al 1965. Da sempre iscritto all'Ordine della Provincia di Firenze. Il 29 settembre del 1962 si è sposato a Taranto con Mariapia Albano Pagni: hanno avuto due figlie Ilaria e Valentina. Ha esercitato la professione di medico di famiglia per 40 anni. Dal 1970 al 2000 è stato Consigliere dell'Ordine dei medici di Firenze, dove ha ricoperto la carica di vice presidente e, dal 1996 al 2000, presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici-chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO). Nel 1980, come responsabile del Centro Studi della Fimmg, ha collaborato al progetto Cnr di una cartella clinica informatizzata per problemi. Nel 1982 ha fondato la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), che ha presieduto fino al 1997. È stato Direttore scientifico della Scuola Europea di medicina generale (Semg), fondata nel 1985. Membro della Commissione Unica del Farmaco (CUF), di numerose altre commissioni ministeriali (Aids, Oncologia, Comitato Nazionale di Bioetica) e della prima Commissione per l'Educazione Medica Continua (ECM) promossa dal Ministro della Sanità Umberto Veronesi. Per alcuni anni è stato membro del Consiglio Superiore di Sanità (CSS), componente della Commissione per la formazione del Medico della Commissione Europea a Bruxelles ed esperto del programma CEE "Europa contro il Cancro". Ha partecipato a numerose Commissioni Ministeriali (Programmazione del Piano Sanitario Nazionale, Tirocinio in Medicina Generale etc.) ed è stato membro del Comitato Nazionale di Bioetica e del Consiglio

Superiore di Sanità. È autore di numerosi articoli e pubblicazioni, ed è stato direttore del giornale della FNOMCeO, Il Medico d'Italia prima e la Professione poi, e del mensile Federazione Medica, periodico di formazione e aggiornamento dei Medici italiani.

Questa breve biografia non rende giustizia all'uomo e al medico che Aldo Pagni ha rappresentato.

Ho avuto il piacere di conoscerlo e di condividere con lui con Cricelli e Sanesi la gestione della Società Italiana di Medicina Generale della quale Aldo è stato presidente dalla fondazione fino al 1998 anno in cui divenne Presidente della Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici. Ricordo con nostalgia le interminabili discussioni sul ruolo sulle funzioni e i compiti avrebbe dovuto assumersi il Medico di Medicina Generale nel passaggio dal sistema delle Mutue al Servizio Sanitario Nazionale. Scienza, filosofia, etica, organizzazione erano i temi su cui si dibatteva nel tentativo di plasmare la nuova figura professionale del Medico di Medicina Generale. Aldo decise di riassumere nel logo della SIMG le prerogative del buon Medico di famiglia usando i termini greci di Logos, Filia e Techne Il medico deve essere una persona di elevata cultura umana e professionale che stabilisce una relazione empatica basata sulla fiducia che esercita l'arte medica con gesti e capacità pratiche ed adoperando tutte le tecnologie al servizio delle persone che a lui si affidano. Aldo inoltre sosteneva fortemente il concetto di autonomia e indipendenza professionale e di dignità e decoro del medico. Per 15 anni il discorso di apertura del Congresso Nazionale della SIMG era per migliaia di Medici di Medicina Generale il miglior viatico per conoscere e praticare una delle più impegnative attività professionali. Aldo attingendo alla letteratura, alla filosofia e alla sociologia stava dando definendo le basi solide del Medico di Medicina Generale del tempo moderni e stava elaborando i confini di una disciplina del tutto nuova nel nostro paese che ancora oggi, a distanza di oltre trenta anni, sono ancora confusi. Di questo lo ringraziamo e per questo lo ricorderemo sempre.

*Ovidio Brignoli*

# Dottor Domenico Contri (21 maggio 2016)

Il Dr. Contri è stato per molti anni radiologo agli Spedali Civili e poi, come primario, all'Ospedale Sant'Orsola Fatebenfratelli. L'ho conosciuto nel 1993 come primario di mia moglie, poi come marito di Laura, poi come medico cattolico, poi come fondatore e membro attivo dell'Associazione dei Volontari Ospedalieri (AVO) a Brescia, poi come benefattore, poi come amico ed infine come paziente dopo che un'emorragia cerebrale grave aveva complicato il trattamento di un infarto miocardico.

Domenico era una persona buona, educata, tenace e amante della professione medica che ha onorato con la sua dedizione, intelligenza ed onestà. È stato un esempio per tutti noi medici di come la professione si possa e si debba esercitare in modo virtuoso e senza la ricerca di sensazionalismi, come oggi spesso accade. Domenico ha convissuto molti anni con la sua malattia e Laura, sua moglie, con lui. Domenico e Laura sono l'esempio di una storia d'amore straordinaria. Insieme nella buona e nella cattiva sorte. Laura - e con lei molti di noi - si è spesso interrogata se fosse giusto continuare i trattamenti o se questi prolungassero solo la sofferenza di Domenico. Da donna di fede si è affidata alla Provvidenza di Dio ed è andata avanti. Mi ha sempre detto: "Domenico capisce" e io le ho creduto. Perché nella mia vita di medico ho imparato che l'amore profondo crea una comunicazione speciale che non sempre è accessibile ad altri, ma che è reale. Mi ha sempre detto: "Domenico non soffre" e io le ho creduto. Perché l'amore è la medicina più grande.

Grazie Domenico per questa bella storia di uomo, medico e marito.

*Nicola Latronico*

# Dottor Ezio Ferretti (1927 - 2016)

Con un velo di tristezza mi accingo a scrivere due parole in ricordo del dr. Ezio Ferretti, valente medico, virtuoso e carissimo amico. Ci siamo conosciuti da ragazzi nel collegio Bagatta di Desenzano. Compagni di scuola, da subito amici, di una amicizia virtuosa, perché Ezio era buono, gentile, corretto, generoso. Ho sempre apprezzato la sua superiorità intellettuale e la sua tenacia. Il suo ordine mentale gli permetteva di separare le ore di svago dalle ore di studio, alle quali dava sempre la priorità. Primeggiava in tutte le materie. Le nostre vite sono procedute parallele dal ginnasio al liceo, all'università di Pavia. Sempre presente alle lezioni, puntuale, attento.

Fu il primo fra noi a laurearsi il 31 luglio 1952. Ci ritrovammo per fortunata coincidenza assistenti volontari in II medicina al Civile. Nel 1962 vinse la condotta di Rodengo Saiano. Allora il condotto aveva l'obbligo di residenza e di reperibilità 24 ore su 24 anche nei giorni festivi. Aveva molti incarichi, dall'assistenza ai poveri alla medicina scolastica e fingeva da pronto soccorso. Per la sua abilità professionale e l'empatia che stabiliva con i pazienti, fu subito apprezzato e benvenuto. Promosse l'insediamento dell'A.V.I.S e prestò il suo contributo anche dopo il pensionamento. Ci siamo rivisti alla cerimonia del 60esimo di laurea nel 2013. Se ne è andato silenziosamente, consapevole che la morte è l'inizio della vita eterna nella gloria di Dio Padre. Ti sono riconoscente dell'ultima lezione. addio Ezio

*Carlo Lazzaroni*



**Lettera firmata,  
tratta dal Giornale Di Brescia  
di Giovedì 16 giugno 2016**

Mi sento di dover esprimere, quale suo ex mutuato, un pensiero per il dottor Ezio Ferretti, scomparso qualche settimana fa ed ex medico condotto di Rodengo Saiano. Egli ha rappresentato una pagina di storia importante per questo bel paese.

Una pagina di storia che parte dal 1962 quando da giovane medico diventa il medico condotto del paese. Alloggia nell'unico albergo del paese e inizia la sua attività inserendo e facendo applicare, con il massimo scrupolo e attenzione, le formule di igiene sanitaria dell'epoca per la tutela della salute di tutta la popolazione locale. Quale Ufficiale sanitario verificava con scrupolo gli ambienti pubblici come le scuole, il municipio e tutte quelle abitazioni che erano al limite dell'abitabilità, consigliando e facendo applicare i rimedi necessari. Il dottor Ferretti, come tanti altri suoi colleghi di quei tempi, erano soggetti

disponibili giorno e notte, tutti i giorni della settimana ed erano medici per tutte le età, dai neonati ai bisnonni. Dal giorno della sua scomparsa, per tante persone, è occasione per far correre i ricordi dei fatti vissuti personalmente con lui. Tanta gente, appena ha occasione, ti racconta la propria storia vissuta con lui, perché la ritiene importante, unica e che dimostra la sua abilità. Storie di vita medica quotidiana. Tanti casi risolti per la sua attenzione, per la sua caparbia, per la sua esperienza, per la sua disponibilità. Casi che sembravano impossibili, casi che solo specialisti affermati potevano risolvere e che invece con la sua dedizione e conoscenze si risolvevano.

Aveva quella capacità di inviarti da uno specialista solamente se era necessario veramente e quando questo avveniva ti seguiva in tutto fino alla guarigione.

Ogni giovedì suo giorno libero, era dedicato ai suoi mutuati ricoverati in ospedale. Si interessava ampiamente dei loro mali e poi spiegava a fondo il processo che sarebbe stato seguito dalla struttura, per risolverlo.

Era difficile ingannarlo, non esistevano false malattie e i giorni di riposo che ti assegnava, erano solo quelli necessari per poi ritornare abili al lavoro.

Anche ora che era pensionato, era un piacere incontrarlo per le vie del paese, a piedi o in bicicletta, solo o con la moglie, con il suo immancabile Giornale di Brescia sotto il braccio.

Aveva sempre una buona parola per tutti e si interessava sempre sullo stato di salute tuo o del tuo parente di cui aveva sentito dire che non stava troppo bene. È proprio un dispiacere non poter più incontrare la sua chioma e i suoi baffi bianchi, come il suo caratteristico camice da dottore, ma tutto questo è storia. La storia che inesorabilmente passa, la storia che scivola sul nostro territorio, la storia della nostra gente, ma è anche la storia che solo i grandi personaggi sono riusciti a marcare con la loro presenza e che per tanto tempo saranno ricordati, portati ad esempio e fissati nel cuore della gente comune.

# Dottor Piero Paroli

È morto il Dott. Piero Paroli del cui ricordo desidero farne partecipi colleghi pazienti e amici. Vorrei che rimanesse viva la sua dedizione disinteressata per tutte le persone che ha aiutato e soccorso nei tanti anni di professione.

*La moglie Ida Cherubini e i figli*

## **L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Brescia**

*ricorda con rimpianto i Colleghi deceduti recentemente*

*Dott. Domenico Contri*

*Dott.ssa Giuseppa Cosentino*

*Dott. Ezio Ferretti*

*Dott. Piero Paroli*

*Dott. Mario Rondina*

*Dott.ssa Orietta Scattolin*

*ed esprime ai loro familiari le più sentite condoglianze.*



seguici online

**ORDINEMEDICI.BRESCIA.IT**



*Per suggerimenti, commenti e lettere:*

***[bresciamedica@ordinemedici.brescia.it](mailto:bresciamedica@ordinemedici.brescia.it)***



**BUONE  
VACANZE!**