

L'APPROPRIATEZZA IN SANITÀ: LA CHIMERA DI UN SISTEMA INAPPROPRIATO.

a cura di Paola Gnerre, Andrea Rossi, Carlo Palermo, Domenico Montemurro, Chiara Rivetti

Il decreto appropriatezza: le criticità

L'attuale problematica sull'appropriatezza prescrittiva e l'apparato sanzionatorio correlato previsto per i medici "inappropriati", che ha scatenato una vivace reazione tra opinionisti, medici, Associazioni dei Cittadini e Società Scientifiche si fonda a nostro parere su un errore strutturale.

Il decreto come tutti ben sanno contiene le condizioni di erogabilità a carico del SSN di 203 prestazioni che se non prescritte secondo le indicazioni ministeriali configurano un caso di inappropriatezza con possibile sanzione al medico prescrivente. Il mondo medico ne denuncia la limitazione alla libertà e all'indipendenza professionale insite nell'atto medico e garantiti dal Codice Deontologico, il mondo Giuridico paventa un "limite al diritto di cura" e quindi lo etichetta come possibile atto anticostituzionale. La domanda che tutti si pongono e pongono è se questo decreto di "spending review" sanitario poteva essere evitato, o se in realtà le proteste sono del tutto ingiustificate perché l'obiettivo è contrastare gli sprechi. Sforzandoci per un momento di pensare che il fine di razionalizzare e contenere la spesa sanitaria giustifichi i mezzi dell'apparato sanzionatorio, risulta comunque discutibile l'aggiunta di ulteriori indicazioni di erogabilità dei LEA, e l'utilizzo come riferimento di appropriatezza di un documento, il DM del 22 Luglio 1996 decisamente datato. Non ultimo un evidente errore semantico: in medicina è il termine "indicazione" che definisce l'opportuna necessità di effettuare un esame in una data situazione clinica e non il termine "appropriatezza" (nel testo verrà ancora citato), tipico invece del mondo amministrativo.

L'Italia, a quanto riportato dal Ministero della Salute, è al secondo posto per numero di esami TAC e RM per mille abitanti l'anno (score 83.3) superata solo dalla Germania (score 95.2) e in netto squilibrio rispetto alla media europea (score 46.5). Sempre l'Italia ha il bollino nero del numero di risonanze magnetiche pro capite, ben 24,6 macchine/ milione d'abitante, seguita solo da Grecia e Finlandia.

Quindi c'è sicuramente bisogno di appropriatezza, ma analizzando nel dettaglio questo decreto emergono importanti incongruenze.

Ad esempio la Risonanza Magnetica (RM) della Colonna Cervicale, Toracica e Lombosacrale, ha come uniche indicazioni di erogabilità le "...condizione di dolore rachideo in assenza di coesistenti sindromi gravi di tipo neurologico o sistemico, resistente alla terapia, della durata di almeno 4 settimane, traumatismo acuto o complicanze post chirurgiche, traumi recenti e fratture da compressione. In caso di negatività l'esame non deve essere ripetuto prima di 12 mesi". Si potrebbe quindi erroneamente dedurre che in caso di dolore rachideo con sindromi gravi di tipo neurologico o sistemico o nel sospetto clinico di patologie ad insorgenza progressiva quali sindromi neurologiche cervico-brachiali o lombosacrali in assenza di dolore rachideo, conseguenti a ernia discale e sindrome del canale stretto l'esame non possa essere erogato a carico del SSN e che il paziente debba pagare integralmente la prestazione strumentale. Altro esempio sono le indicazioni per l'esecuzione della risonanza magnetica muscolo-scheletrica del ginocchio, del femore, dell'articolazione coxo-femorale, delle parti molli e del distretto vascolare: questi esami possono essere prescritti in corso di patologia oncologica o nel suo sospetto, nel traumatismo acuto o nelle complicanze post chirurgiche. Esistono tuttavia condizioni frequenti quali la necrosi della testa del femore la cui diagnosi è confermata esclusivamente con la RM del femore. E' noto inoltre come la gran parte delle lesioni meniscali del ginocchio siano degenerative e progressive, senza che necessariamente si siano verificati traumi acuti.

Tra le prestazioni oggetto di controllo e limitazione vi sono ben 35 interventi odontoiatrici. Quindi le cure odontoiatriche, che fin ad oggi credevamo tutti essere una spesa *out-of pocket* per la maggior parte dei pazienti, ovvero un ambito dove l'attività privata prevale, scopriamo con stupore che dovrebbero incidere pesantemente sul bilancio del SSN. In realtà la spesa degli italiani per le cure odontoiatriche è per il 95% privata, e su una spesa totale di 11-12 miliardi euro/ annui, solo 600 milioni sono a carico del SSN.

Poco, dunque: ma poca è la spesa e limitato è il servizio. Infatti le cure odontoiatriche sono parzialmente escluse dai LEA, il che significa che il Servizio Sanitario Nazionale eroga soltanto alcune prestazioni, con variabilità regionali. Per i servizi erogabili, il paziente deve pagare il ticket, che però non comprende i costi degli impianti, delle protesi mobili e fisse e dei relativi materiali: tutte spese che saranno a carico del

cittadino. Per alcune categorie di pazienti le prestazioni sono invece gratuite (minori di 14 anni, pazienti in condizioni di vulnerabilità sociale o sanitaria).

Lo stesso Ministero della salute è consapevole della limitata tutela della salute dentale ai suoi cittadini: sul sito ministeriale si legge testualmente che *“l’assistenza odontoiatrica rappresenta il settore in cui il SSN ha tradizionalmente presentato un impegno limitato malgrado le molteplici implicazioni di carattere sanitario e sociale, dal punto di vista dei servizi offerti, dei potenziali miglioramenti della qualità della vita e della sostenibilità economica per i singoli e per la collettività”*.

La quantità di prestazioni odontoiatriche erogate nel settore pubblico vede l’Italia tra i più livelli più bassi in Europa: 0,6 visite per abitante per anno, a fronte di 1,8 visite in Belgio, 1,4 in Germania e 2,1 in Olanda. Le difficoltà economiche hanno acuito ulteriormente la situazione portando molti italiani a rinunciare alle cure odontoiatriche. L’ANDI (Associazione Nazionale Dentisti Italiani) ci segnala che nel 2013, 6.300.000 italiani hanno rinunciato a prestazioni odontoiatriche per ragioni economiche e rispetto al periodo precedente alla crisi si registrano oltre un milione di visite in meno a pagamento in un anno. Con il DM , le cure odontoiatriche saranno erogabili solo ai minori di 14 anni e/o ai pazienti in condizioni di vulnerabilità sociale e/o sanitaria. Questo significa niente più prestazioni pagando il ticket per il normale cittadino.

Limitando le cure mutuabili, una parte dei pazienti forse si rivolgerà al privato ma i più andranno ad aumentare le fila di chi decide di non curarsi: di fatto se non c’è una copertura pubblica, gli italiani rinunceranno alle cure perché il costo del privato è per molti troppo elevato .

Altra area colpita dal DM sull’appropriatezza è quella che riguarda i test genetici. Si stima che nei paesi più sviluppati il 50% della mortalità infantile nel primo anni di età, il 28% di quella tra 1 e 4 anni, l’11% di quella dopo i 4 anni sia dovuta a cause genetiche. E’ necessario stabilire criteri per ridurre l’inappropriatezza prescrittiva in questo campo dove l’offerta di costosi pacchetti di test è talvolta causa di spreco di risorse, ma non attraverso interventi sanzionatori che limitino la prescrivibilità ma favorendo la formazione e l’integrazione delle competenze dei vari specialisti. La carenza numerica e organizzativa dei Centri di Genetica Medica inoltre implicherà che riservando la prescrivibilità di alcuni test ai soli genetisti si causerà inevitabilmente un allungamento dei tempi d’ attesa. Entrando nel merito della questione e facendo un esempio concreto l’introduzione del Decreto farà sì che la tipizzazione HLA per la ricerca dell’allele HLA B27 nel sospetto clinico di Spondiloartrite anchilosante, di Artrite Giovanile, di Artrite in corso di malattie croniche intestinali, di Artrite Psoriasica, la ricerca HLA-DRB1 nell’accertamento della natura genetica dell’Artrite Reumatoide e la ricerca HLADQ2 per il rischio di celiachia (allegato 2 colonna “D”immunogenetica) potrà essere prescritta, a seguito di indagini biochimiche, ematologiche e morfologiche e di valutazioni specialistiche, solo dai genetisti. Di fatto quindi reumatologi, gastro-enterologi, internisti e immunologici potranno porre le indicazioni ma non effettuare la prescrizione nonostante abbiano tutte le competenze necessarie per richiederli in maniera appropriata.

Il decreto appropriatezza: le soluzioni

La strada per migliorare l’appropriatezza prescrittiva non è questa. L’errore strutturale nasce infatti dalla convinzione di noi operatori sanitari che l’appropriatezza prescrittiva potrebbe essere agevolmente raggiunta attraverso la semplice realizzazione dell’appropriatezza organizzativa intesa come introduzione del fascicolo sanitario elettronico, le modifiche sulla gestione della spesa sanitaria, la creazione di un progetto nazionale di *Health Technology Assessment*, l’attivazione dei percorsi diagnostici-terapeutici e la valutazione delle performance sanitarie attraverso l’analisi di indicatori di efficienza del sistema. Continua a non esserci l’integrazione ospedale e territorio e nulla è fatto perché ci si possa realmente integrare e manca la spinta propulsiva alla formazione degli operatori. Se il cambiamento demografico ha determinato la nascita del paziente “cronico” complesso e pluri-patologico e quindi ha modificato la tipologia di paziente da curare, se il cambiamento culturale della popolazione ha profondamente modificato il rapporto medico/paziente e se la congiuntura economica negativa ha imposto tagli lineari al sistema sanitario, *l’organizzazione sanitaria non è cambiata*. Noi continuiamo a lavorare con un sistema vecchio di oltre 50 anni che ha portato il medico ad essere un individuo stressato e il paziente/cittadino ad essere un individuo guardingo e sospettoso. Da qui nasce la medicina difensiva, l’overdiagnosi e l’inappropriatezza. Ma come è possibile contrastarle?

Semplicemente ristrutturando il sistema. E' il sistema che deve essere modificato. Il Governo non dovrebbe sanzionare i medici ma le varie unità sanitarie che non favoriscono la ristrutturazione e non si fanno garanti dell'efficienza del Sistema. Sanzionare i medici perché ritenuti inappropriati è come sgridare un bambino senza spiegargliene la ragione. Il bambino continuerà a sbagliare e il medico continuerà ad essere inappropriato. Formazione, riorganizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali nell'ottica della continuità di cura sono le chiavi di svolta per consentire realmente la sostenibilità del nostro sistema sanitario. Se tutto ciò realmente si verificasse allora sicuramente nessuno obietterebbe al sanzionamento di quel medico che nonostante abbia gli strumenti per essere appropriato rifiuta di utilizzarli.