

L'APPROPRIATEZZA

Bari - 6 luglio 2007

ABSTRACT

L'Appropriatezza clinica - dott. Gabriele Miolli

La spesa Sanitaria rappresenta, insieme a quella pensionistica la voce più importante del capitolo economico dei Paesi Industrializzati. Esse sono direttamente e significativamente influenzate dal processo di allungamento della vita ed invecchiamento della popolazione ed hanno indotto i Paesi Industrializzati ad introdurre dei processi di riforma per garantire adeguate prestazioni del sistema di Welfare.

Il costante incremento della spesa sanitaria, dunque, ha indotto un "politica del contenimento", intesa in una riduzione dei costi inutili, inappropriati, individuando una serie di percorsi virtuosi tesi ad ottimizzare l'intervento medico.

Si è iniziato a parlare, anche nel nostro Paese di *appropriatezza*, ma solo da poco tempo.

Appropriatezza è un termine astratto del linguaggio comune che denota la relazione esistente fra due cose diverse. Se apriamo infatti un dizionario troviamo che l'aggettivo appropriato corrisponde ad altri termini come adeguato o conveniente. Una cosa, quindi, non può essere appropriata in senso assoluto, ma può soltanto essere appropriata o adeguata o conveniente rispetto a un'altra cosa e, in modo particolare, rispetto al raggiungimento di un determinato fine.

Alla voce appropriatezza, dunque, il dizionario Devoto Oli, non riporta alcun termine, mentre è presente il termine "appropriato".

Negli ultimi anni il termine appropriatezza ha cominciato ad essere usato, quindi, anche in medicina soprattutto per indicare quanto alcune procedure mediche specifiche, come l'esecuzione di una coronarografia o una endoscopia, oppure un ricovero o un intervento, fossero indicati per quel paziente e per la sua condizione clinica. Nel significato corrente, pertanto, l'appropriatezza di un procedimento clinico viene valutata in relazione ai costi e all'efficacia di quella procedura ed ai bisogni della popolazione.

Una valutazione completa dell'appropriatezza clinica, tuttavia, deve considerare diversi aspetti dell'attività medica, si potrà parlare, quindi, di **appropriatezza clinica o specifica**, intesa come utilizzo di una prestazione efficace ed indicata per il bisogno; **appropriatezza organizzativa**, intesa come utilizzo del miglior contesto per erogare la prestazione più efficace, più sicura, più gradita, meno costosa. Diversa è da considerarsi **l'appropriatezza scientifica**: essa rappresenta le conoscenze scientifiche sulle quali il medico basa le sue decisioni. Se, infine, consideriamo la medicina come attività relazionale tra persone si potrà anche parlare di una **appropriatezza deontologica, etica** o economica.

Per questo, un'idea di cura appropriata, univoca ed estrinseca all'ambito sanitario è quanto mai inappropriata a valutare l'attività del medico.

Definizione di Appropriatezza

*Una prestazione viene definita appropriata quando viene erogata al **paziente giusto** (in considerazione della situazione clinica), al **momento giusto**, nella **giusta quantità**, al **livello organizzativo ottimale**.*

Appropriatezza clinica o **specifico** (diagnostica, terapeutica, ecc.), esprime la misura in cui un particolare intervento è sia efficace sia indicato per la persona che lo riceve. Perché un intervento sia appropriato è necessario che i benefici attesi siano superiori ai possibili effetti negativi e ai disagi derivabili dal suo impegno. Occorrerebbe, inoltre, tenere conto anche dei costi e considerare

più appropriato un intervento meno efficace di un altro se la differenza di efficacia è piccola e l'intervento più efficace costa molto di più.

Una prestazione definita appropriata può, poi, essere effettuata ed anche interpretata, in modo più o meno corretto. L'appropriatezza specifica è quindi un concetto fondamentale della qualità professionale e viene talvolta indicata col termine *pertinenza*.

Appropriatezza organizzativa o generica, ad es. appropriatezza delle giornate di degenza o dei livelli di effettuazione delle prestazioni (ad es. al domicilio, in ambulatorio, in day-hospital, in ricovero). Una prestazione che può essere più o meno appropriata dal punto di vista dell'appropriatezza clinica o specifica, viene erogato al livello più gradito all'utente e/o meno costoso.

È stato ampiamente documentato che una quota non trascurabile di ricoveri ospedalieri ordinari sono sostituibili da trattamenti in day hospital.

L'**Appropriatezza scientifica** rappresenta il grado di conoscenze scientifiche sulle quali il medico basa le proprie decisioni. La ricerca scientifica avanza con rapidità e molte nozioni teoriche e tecniche di semeiologica ormai invecchiano e vengono abbandonate; l'aggiornamento delle conoscenze, supportato dalla esperienza professionale, rappresenta, quindi, una buona pratica clinica. Appare fin troppo chiaro che così come non sarebbe concepibile oggi affrontare la terapia di un paziente con ulcera peptica utilizzando concetti di dieci o quindici fa, allo stesso modo non è possibile pensare soltanto alle tecniche radiologiche che erano in uso nello stesso periodo.

Infine occorre considerare un altro fondamentale aspetto dell'atto medico costituito dall'aspetto umano del rapporto medico-malato. (**Appropriatezza Deontologica o Etica**)

Spesso, infatti, l'evoluzione tecnologica della medicina può mettere in ombra questo aspetto dell'atto medico, spingendo a favorire l'efficienza tecnico-scientifica a discapito della relazione umana con il paziente. In questo modo si corre il rischio, specialmente negli ambienti specialistici nei quali si ricorre molto frequentemente alle tecnologie più elaborate, di realizzare una medicina fredda, molto attenta all'accuratezza diagnostica e alla validità delle prescrizioni terapeutiche, ma indifferente al modo in cui il paziente vive ed affronta la sua malattia.

Fino a qualche decennio fa l'azione del clinico, dunque, non poneva il problema dell'appropriatezza in modo così pressante come avviene oggi: l'operato del medico appariva unitario e gli strumenti utilizzabili nella pratica medica erano pochi e la valutazione dell'agire medico era semplice. In pratica la buona condotta medica era ben tracciata e per il medico era semplice seguirla.

Oggi la pratica clinica è diventata molto più complessa, comprende fini diversi e deve tener conto di numerosi elementi eterogenei.

Un altro elemento dell'appropriatezza clinica è rappresentato, infine, dalla valutazione attenta, che il medico deve sempre fare, per il bene del paziente.

Perseguire il ripristino della salute è sicuramente un atto fondamentale della pratica medica, ma va perseguito tenendo conto in quale misura le varie scelte influenzeranno la vita del paziente e quale sarà poi la qualità della vita che gli si prospetta.

Così, mentre spetterà ai politici e agli amministratori preoccuparsi di ridurre la spesa sanitaria in relazione alle esigenze globali della società, il clinico dovrà preoccuparsi prima di tutto del proprio malato e, pur tenendo ovviamente in considerazione le esigenze sociali e la necessità di non favorire gli sprechi, deve tendere a far sì che il paziente che gli si è affidato riceva la migliore terapia di cui necessita.

Il termine **appropriatezza**, quindi, **non serve per valutare l'attività medica**, e, come si è visto, questa parola non ha un solo significato e una sola dimensione: il concetto di appropriatezza, infatti, ha significati diversi e l'appropriatezza clinica non può essere facilmente definita.

Oggi il medico è un professionista con un “ruolo composito”, non solo medico ma anche organizzativo e di responsabilità nella gestione delle risorse comunitarie.

In questa prospettiva non vanno dimenticate le caratteristiche proprie dell’attività del medico, in particolare *l’autonomia clinica e la personalizzazione delle prestazioni*, basate sulle conoscenze scientifiche e sull’esperienza professionale del clinico, che spingono il medico a non essere facilmente assoggettabile a specifiche direttive organizzative, ma anzi a chiedere le risorse necessarie per garantire il miglior intervento possibile.

E’ proprio la personalizzazione delle prestazioni che costituisce la maggiore difficoltà nel tentativo di standardizzare iter diagnostici e terapeutici.

Uno degli strumenti più significativi ai fini del tentativo di migliorare la qualità dell’assistenza sanitaria consiste nella produzione di *linee-guida*.

Le linee-guida sono *indicazioni di comportamento pratico rivolte ai medici per aiutarli ad adottare le decisioni più appropriate nelle varie situazioni cliniche*. Esse sono basate su una sintesi sistematica delle evidenze scientifiche disponibili, integrate dalla interpretazione di esperti della professione medica e, talvolta, di altre figure professionali pertinenti (epidemiologi, economisti, ecc....). L’obiettivo è quello di raggiungere un consenso entro la professione medica su quali siano le condizioni cliniche in cui una specifica procedura diagnostico-terapeutica debba essere o meno utilizzata. A questo proposito, anche nel nostro Paese sono stati prodotti, da alcuni anni, studi e progetti a livello nazionale e regionale: il programma *Oncologia Femminile (Oncofem)* su scala interregionale, lo studio multicentrico a livello ospedaliero su “*embolia polmonare*”, lo studio multicentrico sulla “*gestione del trauma cranico*” realizzato in Lombardia. (1)

Negli Stati Uniti si stima che oltre 400 linee-guida siano attualmente operative con il consenso di oltre 40 organizzazioni mediche e sanitarie. Lì è stato inoltre concepito ed attivato il *Programma sull’appropriatezza clinica*, uno sforzo collaborativo inteso a sviluppare, perfezionare, implementare e mantenere una “biblioteca” aggiornata di linee-guida pratiche, al fine di migliorare la qualità dell’assistenza sanitaria erogata (1).

Lo sviluppo di linee-guida è nato dunque da valutazioni sull’uso delle risorse e sulla utilizzazione dei servizi e si correla con valutazioni di appropriatezza degli interventi e delle cure.

Le linee-guida per la pratica clinica possono diventare determinanti nella definizione di “*politiche assistenziali*”, in quanto sono basate sulla *definizione/ esplicitazione di regole da seguire e di modifiche di comportamento da ottenere a livello di singolo medico o altro operatore sanitario o istituzione sanitaria*. (1).

La *produzione* delle linee-guida deve avvenire attraverso un procedimento visibile dall’esterno e basato su espliciti criteri interpretativi delle evidenze scientifiche, affinché esse diventino potenziale oggetto di discussione e di verifica all’interno ed all’esterno della comunità dei medici.

Notevole attenzione deve inoltre essere rivolta all’*implementazione* delle linee-guida e alla loro *applicazione* nella pratica reale nonché alla *valutazione* scientifica del loro impatto sul comportamento professionale, sugli esiti per i pazienti e sui costi delle scelte assistenziali negli ospedali.

Pertanto, per essere realmente utili, nel quadro del miglioramento della *performance* generale *le linee-guida devono essere collegate ed integrate con programmi di miglioramento continuo della qualità a livello di procedure cliniche, di organizzazione e di gestione dei servizi*.

La relazione avviene quindi tra le linee guida, intese nel senso della analisi delle decisioni e della predisposizione di indicazioni per aiutare il medico a fare la “cosa giusta”, e i metodi di Miglioramento continuo della qualità (C.Q.I.) che intendono analizzare e ridisegnare i processi così

che “la cosa giusta sia fatta nel modo giusto”. Tuttavia il suddetto collegamento è ancora un problema di difficile soluzione nella maggioranza dei sistemi sanitari dei paesi occidentali. (1).

(1).

G. Ottone

D.E.A. Medicina Osservazione, Azienda Ospedaliera S. Giovanni Battista, Torino I.R.Fo.Ge.Me.O., Istituto di Ricerca e Formazione per la Gestione Medico Ospedaliera Torino