

Appropriatezza e priorità cliniche in tempo di pandemia

Appropriateness and clinical priorities in times of pandemics

Riassunto

La pandemia da COVID-19, oltre al pesante fardello di malati e di morti dovuti all'infezione, determina anche un importante impatto indiretto sulla salute delle persone a causa della generale riduzione dei servizi e delle prestazioni sanitarie. Le conseguenze sugli esiti delle cure di questo fenomeno sono in fase di valutazione, ma stanno emergendo dati preoccupanti, specie in ambito cardiovascolare e oncologico. Inoltre, sono ovunque presenti lunghe liste d'attesa, conseguenti al grande numero di prestazioni ambulatoriali e di interventi di elezione che sono stati differiti.

Per far fronte a questa situazione è necessario intraprendere con urgenza le iniziative utili a limitare le prestazioni che la letteratura internazionale ha ripetutamente classificato di basso o nullo valore clinico, per riconvertire le risorse sanitarie verso interventi di provata efficacia da gestire secondo criteri di priorità clinica.

L'applicazione congiunta delle raccomandazioni di Choosing Wisely Italy e dei Raggruppamenti di Attesa Omogenea (RAO), due strumenti messi a punto in Italia con la collaborazione dei professionisti sanitari, può aiutare i clinici e gli amministratori a gestire le prestazioni sanitarie secondo criteri di appropriatezza e di rispetto delle priorità cliniche, nonché di equità di accesso alle cure, in un momento particolarmente difficile per i cittadini e per i pazienti del nostro Paese.

Parole chiave: Priorità clinica, Covid-19, Choosing Wisely

Abstract

The COVID-19 pandemic, in addition to the heavy burden among infected people, has an important indirect impact on people's health due to partially or completely disrupted health services. The conse-

quences of this phenomenon are being evaluated, but worrying outcomes data are emerging, especially for cardiovascular emergencies and cancer treatments. Moreover, rising waiting lists result from a large number of scheduled people that were deferred, and waiting times also are growing up.

In order to cope with this situation, initiatives to limit the interventions that international literature has considered of low-value or without clinical value are required and urgent, in order to convert health resources towards interventions of proven efficacy, which will have to be managed according to clinical priority criteria.

The joint application of Choosing Wisely Italy recommendations and clinical priority access criteria as Homogeneous Waiting Groups (HWGs), two tools developed in Italy with the involvement of health professionals, can help clinicians and administrators to manage health services according to appropriateness and clinical priority criteria, also promoting equitable access to health care, in a particularly difficult period for citizen and for the people's health of our country.

Keywords: Clinical priority, Covid-19, Choosing Wisely

■ L'impatto della pandemia sull'utilizzazione dei servizi sanitari

Dallo scorso mese di febbraio, quando sono stati segnalati i primi casi di infezione da Covid-19, l'intero sistema delle cure è stato oggetto di una straordinaria riconversione dei servizi che non ha precedenti nella storia del nostro Paese.

Fin dai primi momenti della pandemia, al fine di reperire personale, strutture e attrezzature per far fronte all'enorme ondata di pazienti affetti da Co-

SANDRA VERNERO*
ANTONIO BONALDI**
GIULIANO MARIOTTI[†]

*medico, presidente di Slow Medicine, coordinatrice di Choosing Wisely Italy. Aosta
**medico, past president di Slow medicine. Bergamo
[†]medico, direttore UOC Servizio specialistica ambulatoriale, APSS. Trento

Per corrispondenza:
s.vernero@slowmedicine.it

vid, molti servizi sanitari sono stati tempestivamente ridimensionati, sospesi o completamente riorganizzati. Nello stesso tempo, per il timore di contrarre l'infezione recandosi in ospedale o per le restrizioni della mobilità individuale, tantissime persone hanno sospeso o ritardato l'accesso alle cure di cui avevano bisogno. Tutto ciò ha comportato una forte riduzione delle prestazioni sanitarie con conseguenze sulla salute della popolazione che si stanno rivelando sempre più gravi.

In merito all'utilizzazione dei servizi sanitari in tema di pandemia da Covid-19, l'Institute for Evidence-Based Healthcare (Bond University, Australia) ha recentemente pubblicato una revisione sistematica degli studi intrapresi in ambito internazionale per valutare la tipologia e l'estensione delle variazioni di utilizzo dei servizi sanitari in corso di epidemia e durante un analogo periodo pre-pandemico¹. La revisione ha considerato i dati relativi a 81 studi provenienti da 20 Paesi tra cui l'Italia, per un totale di quasi 20 milioni di prestazioni, e ha messo in luce una riduzione complessiva del 37% delle prestazioni, più alta per le visite ambulatoriali (42%) e inferiore per i ricoveri (28%), la diagnostica (31%) e i trattamenti terapeutici (30%). Per quanto riguarda il grado di severità, molti studi hanno riportato maggiori riduzioni delle prestazioni tra i pazienti con patologie più leggere o meno severe.

Per quanto riguarda l'Italia, sette regioni (Piemonte, Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Puglia e Sicilia) hanno avviato un sistema di rilevazione di alcuni indicatori relativi agli accessi in Pronto Soccorso e alle dimissioni ospedaliere, basato sui sistemi informativi regionali². I dati hanno evidenziato una consistente riduzione complessiva degli accessi al Pronto Soccorso, soprattutto per quanto riguarda i codici bianchi e verdi. L'incremento dei codici rossi, ove presente, è invece attribuibile ai casi di infezione da Covid-19, mentre gli accessi per sindrome coronarica acuta si sono ridotti di oltre il 40%. I ricoveri ospedalieri sono diminuiti ovunque, in particolare quelli per patologie ischemiche di cuore, per malattie cerebrovascolari e per l'esecuzione di interventi di chirurgia elettiva, la cui riduzione si è spinta fino all'80%.

■ Le conseguenze della riduzione dei servizi sulla salute

Le conseguenze sugli esiti delle cure e sulla mortalità attribuibili alla riduzione nell'accesso ai servizi sanitari e ai ritardi con cui si cominciano le cure non è un fenomeno facilmente quantificabile a causa delle numerose variabili implicate nella sua valutazione. In questi giorni, comunque, esso sta destando un crescente interesse da parte dei ricercatori. Giungono, infatti, sempre più numerose le segnalazioni dei disagi, delle sofferenze e degli eventi avversi attribuibili ai ritardi, agli ostacoli e ai differimenti di prestazioni essenziali, come per esempio: i servizi per le vaccinazioni, gli screening oncologici, i servizi di salute mentale, gli interventi di chirurgia elettiva come la protesi d'anca o la cataratta.

Particolarmente critici inoltre sono considerati l'ambito cardiovascolare e quello oncologico.

Per quanto riguarda le malattie cardiovascolari, per esempio, è stata registrata una riduzione del 42% degli accessi in Pronto Soccorso per gli infarti più lievi e del 23% per le forme più gravi³. Mentre, un altro studio ha rilevato un eccesso di mortalità del 35% per eventi cardiovascolari acuti avvenuti al proprio domicilio⁴. "Per quanto riguarda le malattie cardiovascolari, la Società Italiana di Cardiologia (SIC), a seguito di uno studio nazionale condotto in 54 ospedali, riferisce che durante il periodo pandemico si è registrata una riduzione dei ricoveri per infarto del miocardio pari al 48,4%. La riduzione ha riguardato soprattutto gli infarti meno gravi (65,4%) rispetto a quelli più gravi (26,5%) per i quali la mortalità è passata dal 4,1 al 13,7%⁵. Si è registrato inoltre un aumento consistente del tempo trascorso tra l'insorgenza dei sintomi e l'intervento di rivascolarizzazione". Dati allarmanti che dimostrano come le difficoltà di accedere in ospedale tendano a far sottovalutare i primi sintomi di un'ischemia con pericolose ripercussioni sulla mortalità.

In campo oncologico, una recente revisione sistematica ha cercato di valutare gli effetti sugli esiti delle cure conseguenti all'allungamento dei tempi di attesa necessari per accedere alle cure. A questo fine sono stati presi in considerazione 34 studi, relativi a pazienti di tutte le età affetti da sette tipi diversi di cancro. Tenendo conto dei principali fattori prognostici, gli autori hanno calcolato che per ogni quattro settimane di tempo intercorso tra la diagnosi e la cura, si verificava un aumento della mortalità generale pari al 6-8% per gli interventi chirurgici, 9-23% per la radioterapia e 1-28% per la chemioterapia⁶.

Altri studi, infine, hanno messo in luce che la riduzione dei servizi sanitari si accompagna ad un aumento delle disuguaglianze di salute tra ricchi e poveri, dato che le conseguenze peggiori dovute alla contrazione dei servizi gravano inevitabilmente sulle fasce di popolazione più svantaggiate. I malati di mente, le persone in stato di indigenza e gli immigrati sono infatti le persone più vulnerabili alle malattie e alle loro conseguenze. Evidentemente, venendo meno l'assistenza pubblica proprio nel momento di maggior bisogno, tali soggetti risultano i più penalizzati anche perché non hanno alcuna possibilità di accedere a servizi alternativi, men che meno a quelli garantiti dalla sanità privata^{7,8}.

Va ricordato, però, che non tutti gli effetti della diminuzione delle prestazioni hanno una valenza negativa per la salute. È stato ampiamente dimostrato, infatti, che l'intero ambito della medicina è pervaso da prestazioni inutili o eseguite in modo non appropriato e vi sono prove consistenti che da un eccesso di prestazioni sanitarie possano conseguire gravi effetti dannosi per la salute⁹.

Chiaramente il modo per porre rimedio e questo fenomeno non è certo quello di procedere ad una riduzione generalizzata e incontrollata delle prestazioni sanitarie come sta avvenendo in questi giorni. Tuttavia, questa crisi può rappresentare un'ottima occasione per stabi-

lire le priorità cliniche verso le quali orientare le risorse e per eliminare o quantomeno ridurre il numero di esami e trattamenti non necessari e ad elevato rischio di inappropriata che costituiscono tuttora una quota rilevante della pratica medica corrente.

■ Le azioni da adottare

Il sovrautilizzo di esami e di trattamenti sanitari è stato ben descritto da molti documenti, tra i quali ricordiamo il lavoro di Donald Berwick¹⁰ e il rapporto dell'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico)¹¹, da cui emerge che almeno il 20% delle spese sanitarie sono sperperate e che i costi attribuiti alle prestazioni non necessarie (test diagnostici, procedure mediche e chirurgiche, farmaci) costituiscono una delle principali fonti di spreco.

Ridurre il sovra utilizzo di prestazioni non è certo un problema nuovo per chi si occupa di sanità e nemmeno un compito facile da realizzare tenuto conto dei molteplici fattori che lo alimentano, tuttavia l'attuale periodo di crisi che vede moltissime persone costrette a procrastinare interventi sanitari essenziali potrebbe rappresentare l'occasione ideale per prenderne consapevolezza e per cercare di orientare le risorse sanitarie (personale, strutture, attrezzature) verso interventi di riconosciuta efficacia.

Va inoltre tenuto conto del fatto che in era COVID le conseguenze di esami e trattamenti non necessari non sono limitate al paziente ma si ripercuotono anche sugli operatori sanitari: medici, infermieri, tecnici di radiologia e di laboratorio, OSS, portantini, tutti esposti al rischio di infezione¹².

Parimenti, date le lunghe liste d'attesa conseguenti al grande numero di prestazioni ambulatoriali e di interventi di elezione che sono stati differiti nel corso della pandemia, appare opportuno in questo momento utilizzare criteri di priorità clinica per regolarne i tempi di effettuazione.

A questi fini può essere utile richiamare l'attenzione su alcuni progetti già in essere, perché da essi si possono facilmente desumere alcuni suggerimenti capaci di guidare gli amministratori e i professionisti verso la tempestiva adozione di qualche concreta iniziativa.

Choosing Wisely: si tratta di una delle principali iniziative promosse in ambito internazionale per migliorare l'appropriatezza delle cure. È stata lanciata negli USA nel 2010 e ora è diffusa in 25 Paesi. Choosing Wisely Italy, è coordinato in Italia da Slow Medicine. Al progetto hanno aderito 48 Società scientifiche nazionali che hanno individuato 260 pratiche mediche e chirurgiche comunemente impiegate nella pratica clinica ma molto spesso prescritte in modo inappropriato. Tra esse ricordiamo gli esami preoperatori, la risonanza magnetica del ginocchio, l'endoscopia digestiva, gli esami diagnostici per il mal di schiena, ecc.¹³.

Choosing Wisely Canada: ha definito raccomandazioni su quasi 400 pratiche sanitarie di scarso valore clinico;

in occasione della pandemia, per affrontare il problema della scarsità di risorse, un gruppo di esperti ha fornito alcune idee di immediata applicazione: semplificare il percorso perioperatorio, ridurre le richieste inappropriate dei test di laboratorio e di diagnostica per immagine, ridurre le misure di sostegno di fine vita eccessivamente aggressive, rivedere le modalità di utilizzo del sangue e degli emoderivati¹⁴.

Evidence-Based Interventions - Engagement document: l'Academy of Royal Colleges ha recentemente individuato 31 pratiche mediche e chirurgiche di cui spesso si abusa, che dovrebbero essere impiegate solo nel rispetto di specifici criteri clinici, dettagliatamente descritti nel documento. Tali pratiche includono: la chirurgia per l'ernia inguinale, la sinusite, le adenoidi e la calcolosi della cistifellea, l'endoscopia digestiva, i test diagnostici per il mal di schiena o per il dolore alle ginocchia, gli esami preoperatori, il PSA, ecc.¹⁵.

Raggruppamenti di Attesa Omogenea (RAO): si tratta di uno strumento per il governo delle liste di attesa che permette di attribuire tempi di attesa differenziati (previsti dal campo priorità della ricetta del SSN) ad oltre 100 prestazioni specialistiche ambulatoriali, avvalendosi di criteri di priorità clinica espliciti e condivisi tra specialisti e medici di famiglia. Il metodo nasce alla fine degli anni '90 con l'idea di favorire il dialogo fra medici prescrittori e medici specialisti¹⁶, si è poi spontaneamente diffuso in diverse aziende sanitarie¹⁷ ed è stato recentemente citato fra gli strumenti per la valutazione della performance delle cure primarie da un panel di esperti dell'UE¹⁸.

Negli ultimi anni, grazie all'intervento di Agenas, con il coinvolgimento di circa 90 società scientifiche, Istituto Superiore di Sanità, Ministero della Salute e Cittadinanzattiva, il metodo RAO si è consolidato, ed è stato inserito nel Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nel febbraio 2019¹⁹.

L'applicazione congiunta delle **raccomandazioni di Choosing Wisely Italy** e dei **Raggruppamenti di Attesa Omogenea (RAO)** tramite l'alleanza fra medici delle cure primarie e medici specialisti e in accordo con pazienti e cittadini può aiutare i clinici e gli amministratori a gestire le cure secondo criteri di appropriatezza e di rispetto delle priorità cliniche.

■ Conclusioni

Come abbiamo visto, la drastica riduzione delle prestazioni sanitarie correnti conseguente alla pandemia da Covid-19 sta mettendo a rischio la salute di moltissime persone. In un periodo di crisi del sistema delle cure come quello che stiamo vivendo, non è più tollerabile che il servizio pubblico (ma anche quello privato) continui a sprecare risorse effettuando prestazioni non necessarie e perfino dannose, mentre molte persone soffrono e rischiano di morire per non poter accedere alle prestazioni efficaci di cui hanno davvero bisogno. Amministratori e professionisti sanitari devono ricono-

scere la gravità della situazione che stiamo vivendo e prendere atto che in assenza di interventi correttivi sta venendo meno la capacità del Servizio sanitario di garantire cure efficaci e sicure per tutti.

Per far fronte a questa situazione è necessario intraprendere con urgenza le iniziative utili a riconvertire le risorse sanitarie verso interventi di riconosciuta efficacia, azzerando o comunque limitando le prestazioni che la letteratura internazionale ha ripetutamente classificato di basso o nullo valore clinico, e attribuendo la priorità a quelle necessarie e non procrastinabili. Anche i cittadini devono prendere parte a queste decisioni, affinché non rinuncino alle cure di cui hanno bisogno ma nello stesso tempo siano adeguatamente informati dei rischi associati alle cure non necessarie.

A questo proposito raccomandazioni, idee, indicazioni e proposte per facilitare il compito di migliorare la qualità e la sicurezza delle cure non mancano, attendono solo di essere prese in considerazione e finalmente trasformate in azioni, attraverso il contributo di coloro che hanno a cuore la salute per tutti.

Ora è giunto il tempo di agire.

Bibliografia

1. Moynihan R, Sanders S, Michaleff ZA, et al. Impact of COVID-19 pandemic on utilisation of healthcare services: a systematic review. *BMJ Open* 2021;11:e045343.
2. Gruppo di lavoro "Mimico-19": Monitoraggio dell'impatto indiretto di Covid-19 su altri percorsi assistenziali. E&P, Preprint 2020.
3. Mafham MM, Spata E, Goldacre R, et al. COVID-19 pandemic and admission rates for and management of acute coronary syndromes in England. *Lancet* 2020; 396:381-89.
4. Wu J et al: Place and causes of acute cardiovascular mortality during the COVID-19 pandemic. *Heart* doi:10.1136/heartjnl-2020-317912.
5. Salvatore De Rosa et al: Reduction of hospitalizations for myocardial infarction in Italy in the COVID-19 era. *European Heart Journal* (2020) 0, 1–2088.
6. Hanna TP, King WD, Thibodeau S, et al: Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2020;371:m4087.
7. Marra M, Costa G: Unhealth Inequalities Impact Assessment (HIIA) della pandemia di COVID-19 e delle politiche di distanziamento sociale. E&P preprint 2020.
8. M. Aragona et al: Negative impacts of COVID-19 lockdown on mental health service access and follow-up adherence for immigrants and individuals in socio-economic difficulties. *Public Health* 186 (2020) 52-56. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.06.055>.
9. Morgan DJ, et al: 2019 update on medical overuse: a review. *JAMA Intern Med* 2019;179:1568-74.
10. Berwick DM, Hackbarth AD: Eliminating waste in US health care. *JAMA* 2012;307:1513-6. doi: 10.1001/jama.2012.362 pmid: 22419800.
11. OECD. Tackling wasteful spending on health. 2017. doi: 10.1787/9789264266414-en.
12. Cho H. G. et al: Choosing Wisely in the COVID-19 Era: Preventing Harm to Healthcare Workers. *Journal of Hospital Medicine* 2020; 15: 360-362.
13. Choosing Wisely Italy: <https://choosingwiselyitaly.org>
14. Choosing Wisely Canada. Not Necessary: Policy Ideas for Limiting Low-Value Care in Canada. Toronto, ON: 2020.
15. Accademy of Medical Royal Colleges: Evidence Based Intervention. 13 July 2020.
16. Mariotti G: Tempi d'attesa e priorità in sanità. Milano - Franco Angeli, 1999.
17. Fattore G, Mariotti G, Rebba V: Review of waiting times policies, Country case studies: Chapter 9. Italy, in Siciliani L, Borowitz M and Moran V (eds.), *Waiting Times Policies in the Health Sector: What Works?* OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 2013. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en>.
18. European Union, Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH): Opinion on Tools and Methodologies for Assessing the Performance of Primary Care, 18 December 2017. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/8dc37e69-0af3-11e8-966a-01aa75ed71a1/language-en>.
19. Ministero della Salute: Piano Nazionale di Governo delle Liste di attesa 2019-2021. Febbraio 2019. http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2824.