

INDICAZIONI, percorsi assistenziali e appropriatezza in CARDiologia ambulatoriale

Progetto INDICARD-out

E. Orsini, E. Antoncetti, V. Carbone, A. Dato, I. Monducci, S. Nistri, V.M. Parato, M. Verza

PERCHÉ INDICARD-out? I MOTIVI ALLA BASE DI UN PROGETTO DI RICERCA

Il progresso della cardiologia moderna è associato e in larga misura attribuibile alla disponibilità di tecnologie diagnostiche e terapeutiche sempre più complesse e costose. Tutto ciò contribuisce ad aumentare in misura vertiginosa la spesa sanitaria per la gestione delle malattie cardiovascolari. In un contesto di risorse definite, qual è la Sanità Pubblica, l'aumento indiscriminato del ricorso alle prestazioni può compromettere la possibilità di fornire l'assistenza sanitaria in tempi adeguati e secondo criteri scientificamente e socialmente accettabili.

L'attesa per accedere alle cure è un fenomeno tanto invisibile all'opinione pubblica quanto ineluttabile. Secondo i politici e gli amministratori delle aziende sanitarie, la lunghezza delle liste di attesa va considerata una misura diretta dell'entità del bisogno di una prestazione sanitaria. La diretta conseguenza di questa considerazione, tanto erronea quanto foriera di inefficienza organizzativa, è che per affrontare il problema delle liste di attesa gli sforzi debbano indirizzarsi prevalentemente o addirittura esclusivamente nel potenziamento dell'offerta. Il "governo dell'offerta" ha sempre ispirato e continua a ispirare anche oggi gli interventi di politica sanitaria. Esso si basa sull'assunto, già espresso, che essere in lista di attesa per una prestazione sanitaria è un indice dei bisogni di quella stessa prestazione. Se è vero che la lista di attesa è generalmente indice di un bisogno, è assolutamente erroneo che vi sia una relazione diretta fra lunghezza delle liste di attesa ed entità dei bisogni. Precedenti studi che si sono occupati di *appropriatezza* sia in cardiologia sia in altre discipline hanno infatti dimostrato tassi preoccupanti di inappropriata assoluta e relativa e un'alta percentuale di inutilità di molti esami diagnostici. In altre parole, è stimabile che una percentuale variabile fra il 30% e il 50% dei soggetti a cui è stato prescritto un esame diagnostico stia attendendo per una prestazione inappropriata o inutile. È chiaro che la semplice eliminazione di questa quota di esami potrebbe ridurre automaticamente la domanda di prestazioni, le liste di attesa e i costi, secondo criteri scientificamente e socialmente ineccepibili. Il potenziamento isolato dell'offerta di prestazioni, senza controllo di appropriatezza, è misura del tutto insufficiente nella programmazione sanitaria. Il controllo dell'appropriatezza prescrittiva rappresenta invece uno strumento indispensabile per stratificare l'accesso alle prestazioni sanitarie secondo criteri di priorità clinica e per perseguire un modello di gestione sanitaria basato sul "governo della domanda".

Nonostante ciò, a tutt'oggi non sono state ancora intraprese serie politiche di controllo e verifica dell'appropriatezza e di intervento sulla domanda di prestazioni. Un programma di questo genere dovrebbe prevedere rilevazioni periodiche di appropriatezza nelle principali discipline, indirizzate al controllo degli esami diagnostici e degli interventi terapeutici, seguite da eventi formativi coinvolgenti gli operatori sanitari e da successive verifiche di risultato "sul territorio". È chiaro che un programma così articolato può essere sostenuto soltanto mediante la stretta collaborazione e il lavoro congiunto delle Aziende Sanitarie e delle Società Scientifiche di settore. In caso di risultati persistentemente negativi anche dopo opportuni interventi formativi sugli operatori sanitari, i provvedimenti potrebbero prevedere, oltre a richiami e sanzioni individuali, restrizioni prescrittive nei confronti di esami di II e III livello "critici", da limitare agli specialisti di settore. È quanto avviene correntemente nella prescrizione farmaceutica di alcuni particolari farmaci considerati di esclusiva pertinenza specialistica.

Oltre al tema specifico dell'appropriatezza prescrittiva, un secondo punto qualificante di ogni Società Scientifica è la conoscenza delle *indicazioni* e dei *percorsi assistenziali* relativi alle procedure diagnostiche e terapeutiche di specifica pertinenza. In ambito cardiologico, e della cardiologia del territorio in particolare, molto resta ancora da conoscere riguardo le indicazioni alle prestazioni e riguardo la prevalenza e la distribuzione geografica delle diverse patologie nella pratica clinica. La conoscenza e il periodico monitoraggio di tali informazioni sono indispensabili per una programmazione sanitaria e una distribuzione delle risorse efficienti. La conoscenza dei percorsi assistenziali specifici per le differenti patologie cardiologiche (provenienza delle indicazioni e gestione del paziente) è di importanza cruciale in cardiologia ambulatoriale. È infatti osservazione nota, ma mai sufficientemente documentata, che spesso il cardiologo ha il ruolo di semplice esecutore di esami richiesti da altri e il cui risultato sarà gestito da altri. Questo aspetto del tutto peculiare della gestione di alcune cardiopatie è particolarmente preoccupante soprattutto nei confronti di patologie croniche come lo scompenso cardiaco e l'ipertensione arteriosa, il cui trattamento è in larga misura affidato al territorio.

Un terzo elemento qualificante per una Società Scientifica è la conoscenza del *profilo generale di rischio* dei pazienti gestiti e dei *risultati raggiunti in relazione alle misure di prevenzione primaria e secondaria e alle terapie farmacologiche adottate*. Questo terzo elemento è particolarmente critico in quanto alcuni obiettivi terapeutici universalmente associati a profili di rischio differenti (pressione arteriosa, LDL-C), possono essere considerati veri e propri marcatori di qualità per la classe medica chiamata a perseguirli. Il mancato raggiungimento di tali obiettivi imporrebbe anche in questo caso interventi formativi sugli operatori sanitari e successive verifiche di risultato. È verosimile che l'organizzazione di questi interventi troverebbe nell'industria farmaceutica un partner particolarmente disponibile.

TIPOLOGIA DELLO STUDIO INDICARD-out

INDICARD-out è uno studio prospettico, osservazionale, multicentrico condotto da cardiologi ARCA ed esteso a tutte le regioni italiane.

Scopo dello studio è valutare le indicazioni, i percorsi diagnostico-terapeutici, l'appropriatezza delle prescrizioni e l'utilità di esecuzione degli esami cardiologici di I livello (ECG e visita cardiologica) e di II livello (ecocardiogramma, ECG da sforzo, ECG dinamico, ecografia vascolare) in cardiologia ambulatoriale.

Il progetto è suddiviso in due sezioni: INDICARD-out 1 e INDICARD-out 2: INDICARD-out 1 si propone di valutare le indicazioni, i percorsi assistenziali e l'utilità degli esami cardiologici di I livello (ECG e visita cardiologica); INDICARD-out 2 si propone di valutare le indicazioni, i percorsi assistenziali e l'appropriatezza degli esami cardiologici di II livello (ecocardiogramma, ECG da sforzo, ECG dinamico ed ecografia vascolare).

BACKGROUND E SCOPI DELLO STUDIO INDICARD-out

Lo studio INDICARD-out è stato progettato dal Centro Studi ARCA per dare risposte oggettive e organiche alle tre problematiche generali illustrate in precedenza: appropriatezza degli esami diagnostici cardiologici, indicazioni e percorsi assistenziali in cardiologia ambulatoriale, profili di rischio e target terapeutici.

Il tema dell'appropriatezza delle indicazioni agli interventi diagnostici e terapeutici ha ricevuto interesse crescente in sanità pubblica, da parte sia degli operatori sanitari sia degli organismi regolatori. Tuttavia, gli studi di verifica dell'appropriatezza nella pratica clinica sono molto scarsi e generalmente relativi alle procedure invasive e ai ricoveri ospedalieri. Solo recentemente sono stati pubblicati i risultati di alcuni studi di valutazione dell'appropriatezza dei principali test cardiologici non invasivi.¹⁻⁶ I risultati di questi studi abbastanza concordemente evidenziano una preoccupante inappropriata delle indicazioni e un alto tasso di inutilità dei principali esami cardiologici. Gli studi sopra citati hanno tuttavia alcune limitazioni, in primo luogo rappresentate dal numero limitato di pazienti reclutati e dalle caratteristiche di selezione delle popolazioni studiate,

provenienti prevalentemente da casistiche ospedaliere: non è noto in quale misura tali risultati siano realmente rappresentativi della cardiologia ambulatoriale italiana.

Nessun dato è presente in letteratura sulle indicazioni e sui reali percorsi assistenziali in cardiologia ambulatoriale né sui profili di rischio e gli obiettivi terapeutici raggiunti in popolazioni ambulatoriali non selezionate. Nessuna di queste informazioni è soprattutto nota riguardo le prestazioni cardiologiche di I livello (ECG e visita cardiologica), che rappresentano la principale causa di assorbimento di risorse per il cardiologo ambulatoriale.

L'obiettivo che il Centro Studi si propone è ottenere un'ampia adesione allo studio INDICARD-*out* da parte di un numero consistente di ricercatori distribuiti in tutte le regioni italiane. Se questo obiettivo verrà raggiunto, allora ARCA avrà a disposizione uno strumento informativo indispensabile nel confronto con le altre Società Scientifiche e con gli Organismi Regolatori.

BIBLIOGRAFIA

1. Lorenzoni R, Baldini P, Bernardi D, et al.; a nome del Gruppo di Valutazione dell'Appropriatezza ANMCO-Toscana. La valutazione dell'appropriatezza dei test cardiologici non invasivi. *Ital Heart J Suppl* 2002;3:607-612
2. Lattanzi F, Magnani M, Cortigiani L, et al.; a nome del Gruppo di Valutazione dell'Appropriatezza ANMCO-Toscana. La valutazione dell'appropriatezza della prescrizione dell'ecocardiogramma. *Ital Heart J Suppl* 2002;3:613-618
3. Ebert AG, Magnani M, Galli M, et al.; a nome del Gruppo di Valutazione dell'Appropriatezza ANMCO-Toscana. La valutazione dell'appropriatezza della prescrizione dell'elettrocardiogramma dinamico secondo Holter. *Ital Heart J Suppl* 2002;3:619-623
4. Orsini E, Mazzuoli F, Odoguardi L, et al.; a nome del Gruppo di Valutazione dell'Appropriatezza ANMCO-Toscana. La valutazione dell'appropriatezza della prescrizione del test da sforzo. *Ital Heart J Suppl* 2002;3:624-629
5. Orsini E, Lorenzoni R, Becherini F, et al. L'appropriatezza dei test cardiologici non invasivi. Studio osservazionale sull'appropriatezza della prescrizione del test da sforzo, dell'ecocardiogramma, dell'ECG dinamico e dell'ecografia vascolare. *G Ital Cardiol* 2007;8:359-366
6. Mantero A, Gentile F, Alberti A, et al. Progetto "Appropriatezza ECO Milano". Valutazione basale dell'appropriatezza delle indicazioni, della modalità delle prescrizioni, e dell'utilità clinica dell'esame ecocardiografico bidimensionale color-Doppler all'interno delle aziende ospedaliere e sul territorio. *G Ital Cardiol* 2008;9:844-852