**COMUNICATO STAMPA**

**BOZZA DM APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA: POCHE LUCI, TANTE OMBRE**

**ALL’ENORME POLVERONE MEDIATICO DELLE ULTIME SETTIMANE SEGUE UN DOCUMENTO DOVE NON EMERGE UNA CHIARA DEFINIZIONE DELLE PRIORITÀ, LATITA IL COINVOLGIMENTO DELLE CATEGORIE PROFESSIONALI E NON VIENE ESPLICITATA UNA METODOLOGIA RIGOROSA PER RICERCARE, VALUTARE, SELEZIONARE E SINTETIZZARE LE EVIDENZE A SUPPORTO DEI CRITERI DI APPROPRIATEZZA**

**6 agosto 2015 - Fondazione GIMBE, Bologna**

La ricerca sui servizi sanitari dimostra che, per essere implementato con successo, qualunque standard di appropriatezza professionale deve essere dotato di tre “fattori prognostici favorevoli”: essere *evidence-based*, condiviso con i professionisti e adattato al contesto locale.

«Anche tenendo conto che l’adattamento locale (regionale) avverrà in una fase successiva – afferma Nino Cartabellotta, Presidente della Fondazione GIMBE – la bozza del DM sull’appropriatezza al momento non presenta comunque i primi due requisiti. In particolare, non risultano adeguate modalità di coinvolgimento dei professionisti, né viene reso esplicito il metodo utilizzato per ricercare, valutare, selezionare e sintetizzare le evidenze a supporto dei criteri di appropriatezza».

Le prestazioni identificate sono in totale 180 di cui 35 odontoiatriche, 53 di genetica, 9 relative a TAC e RM (degli arti e della colonna), 2 di dialisi e 4 di medicina nucleare. La somma delle prestazioni di allergologia e di laboratorio (non differenziate) dovrebbe essere pari a 77.

* **Prestazioni odontoiatriche**. La bozza di DM si limita a specificare per ciascuna prestazione i soggetti beneficiari (minori fino a 14 anni, vulnerabili per motivi sanitari e per motivi sociali), lasciando alle Regioni il compito di fissare le soglie di reddito o di ISEE che definiscono la vulnerabilità sociale. In altri termini, non si intravede alcuna azione per arginare l’inappropriatezza prescrittiva.
* **Prestazioni di genetica**. È l’unico caso in cui viene citato il coinvolgimento di una società scientifica, ovvero la Società Italiana di Genetica Umana (SIGU), seppur indirettamente tramite “*rilevanti esponenti*”. Assolutamente condivisibile il principio che “*saranno riservate alla diagnosi di specifiche malattie* […] *non sarà più possibile prescriverle per una generica mappatura del genoma o a fini di ricerca*”.
* **Prestazioni di allergologia**. “*Alcuni test allergologici e le immunizzazioni (cosiddetti vaccini) siano prescritti solo a seguito di visita specialistica allergologica*”. La reale efficacia delle immunizzazioni (vaccini) è ampiamente oggetto di dibattito in letteratura e, per definizione, non è possibile definire l’appropriatezza di un intervento sanitario la cui efficacia non è ancora stata dimostrata.
* **Colesterolo e trigliceridi**. Si prevede che “*in assenza di qualsiasi fattori di rischio (familiarità, ipertensione, obesità, diabete, cardiopatie, iperlipemie, etc) colesterolo e trigliceridi siano ripetuti ogni 5 anni*”, non tenendo conto che:
  + colesterolo e trigliceridi pari non sono: infatti, non esistono evidenze che giustifichino il dosaggio dei trigliceridi (oltre al colesterolo totale e HDL) nei soggetti senza fattori di rischio;
  + considerata l’assenza di evidenze per definire il timing ottimale, il “taglio burocratico” dei 5 anni potrebbe essere eccessivo per alcune categorie di soggetti (es. valori ripetutamente normali) e restrittivo per altri (es. valori costantemente ai limiti superiori);
  + i fattori di rischio elencati non coincidono con quelli previsti dalla carta del rischio cardiovascolare nell’ambito del Progetto Cuore dell’Istituto Superiore di Sanità: in particolare viene clamorosamente ignorato il fumo di sigaretta.
* **TAC e RM**. Rispetto al metodo utilizzato viene fatto riferimento a un “*livello di appropriatezza valutata in base alla documentazione scientifica internazionale* […] *con score di appropriatezza da 0 a 10*”. Risulta incomprensibile l’utilizzo di uno score non validato invece del metodo RAND (score 1-9) utilizzato da oltre 20 anni dalle società scientifiche, inclusa l’American College of Radiology, i cui criteri di appropriatezza vengono utilizzati in tutto il mondo. Sul metodo per individuare le prestazioni inappropriate viene riportato che “*hanno contribuito esponenti di rilievo della disciplina (già nel 2008 ha lavorato un gruppo di esperti con il coordinamento del Prof Simonetti)*”.
* **Dialisi**. Le parole “*Le condizioni di erogabilità sono riservate alle metodiche dialitiche di base (domiciliari e ad assistenza limitata) che risultano appropriate solo per pazienti che non presentano complicanze da intolleranza al trattamento e/o che non necessitano di correzione metabolica intensa*” sono molto oscure e danno luogo a contraddizioni. In particolare:
  + se è ovvio che la dialisi domiciliare può essere prescritta ai pazienti senza comorbidità, è difficile che i pazienti dializzati a domicilio non abbiamo comorbidità;
  + in assenza di servizi in grado di rispondere in modo efficace e tempestivo a eventuali complicanze, nessun nefrologo prescriverà mai una dialisi domiciliare;
  + la correzione metabolica intensa non esiste, tranne nei pazienti in rianimazione.
* **Medicina nucleare**. Impossibile esprimere qualunque giudizio visto che il testo riporta semplicemente che “*Si tratta di 4 prestazioni di interesse assolutamente specialistico […] legate a patologie gravi di tipo neoplastico*”.

«Infine – conclude il Presidente – rimangono impliciti i criteri seguiti per definire le priorità. Infatti, eccezion fatta per le 9 prestazioni TAC/RM, tutta la diagnostica strumentale (doppler, gastroscopie, colonscopie, ecografia addome e pelvi, ecocardiografia, etc.) è stata “graziata” in maniera incomprensibile, tenendo conto della lunghezza delle liste di attesa e dell’alto rischio d’inappropriatezza prescrittiva».

**Fondazione GIMBE**  
Via Amendola 2 - 40121 Bologna

Tel. 051 5883920 - Fax 051 4075774

E-mail: [ufficio.stampa@gimbe.org](mailto:ufficio.stampa@gimbe.org)