

Appropriatezza in ecocardiografia. Il cardiologo italiano tra Dr. Jekyll e Mr. Hyde

Fabio Lattanzi

U.O. Malattie Cardiovascolari 2, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Pisa

(G Ital Cardiol 2008; 9 (12): 853-856)

© 2008 AIM Publishing Srl

Le opinioni espresse in questo articolo non riflettono necessariamente quelle dell'Editor del Giornale Italiano di Cardiologia.

Per la corrispondenza:

Dr. Fabio Lattanzi

U.O. Malattie
Cardiovascolari 2
Azienda Ospedaliero-
Universitaria Pisana
Ospedale S. Chiara
Via Roma, 67
56127 Pisa
E-mail:
fabio.latt@libero.it

Appropriatezza in cardiologia: un'esigenza imperativa

Le tecniche di diagnosi per immagine, sempre più accurate e disponibili, hanno senza dubbio contribuito in maniera sostanziale ai progressi nel trattamento e nella gestione delle patologie cardiovascolari, testimoniati dal miglioramento della sopravvivenza dei pazienti. È anche vero, però, che tali prestazioni diagnostiche, sia basali che da stress, sono aumentate ad un ritmo straordinario negli ultimi anni (circa il 10% per anno nell'ultimo decennio negli Stati Uniti)¹. Le motivazioni di questa crescita sono certamente molteplici e possono essere riconosciute negli avanzamenti tecnologici delle strumentazioni, nella maggior disponibilità di competenze e maggior accessibilità ai laboratori, nel ricorso sempre più frequente alla medicina difensiva da parte dei medici, nell'aumento della richiesta da parte degli utenti stessi, sensibilizzati da diversi canali di informazione. In un sistema sanitario con risorse e competenze infinite, un ricorso allargato alle metodiche diagnostiche potrebbe essere tollerato, nell'ottica del miglior trattamento e della soddisfazione dell'utente. La realtà universale non è però questa e la diffusione eccessiva ed incontrollata delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche porta intrinsecamente a costi prima o poi insostenibili e ad un inaccettabile allungamento delle liste d'attesa. Conseguentemente, gli amministratori responsabili della salute del cittadino e del rimborso delle prestazioni mediche stanno avviando programmi di contenimento delle indagini diagnostiche evitabili. Ad esempio, il Congresso statunitense ha deliberato nel 2007 una consistente riduzione del rimborso per alcune metodiche diagnostiche,

nell'ambito del sistema di assistenza pubblica Medicare. In Italia quasi tutte le Aziende Sanitarie stanno attuando una politica rivolta alla riduzione obbligatoria delle liste d'attesa, cercando di mantenere un'equa accessibilità alle metodiche. La comunità medica, ed in particolare quella cardiologica, non è certo insensibile alla problematica, ma è anche consapevole che la riduzione indiscriminata o la regolamentazione troppo integralista dell'offerta non è un buon servizio per l'utenza. Per questo motivo è stato da tempo avviato, ed è tuttora in corso, un dibattito sulla valutazione dell'appropriatezza delle richieste e su eventuali interventi da attuare per limitare il ricorso a prestazioni inappropriate, clinicamente non utili o differibili.

Separare il loglio dal grano

L'appropriatezza in medicina è un concetto tanto facilmente comprensibile quanto difficilmente definibile e misurabile, soprattutto per modalità poco costose e senza effetti biologici negativi (come per l'appunto l'ecocardiografia). Le Società Scientifiche hanno prodotto negli ultimi anni documenti di consenso sull'argomento, che costituiscono un utile strumento di consultazione e di verifica di qualità. Ad esempio, la Fondazione dell'American College of Cardiology (ACCF) ha organizzato una serie di gruppi di studio per la definizione e la valutazione dell'appropriatezza alle indicazioni di varie metodiche diagnostiche cardiologiche, secondo l'articolato metodo della RAND Corporation e dell'Università della California (UCLA) (che, in breve, si basa sulla preliminare revisione delle evidenze scientifiche e su successivi confronti

ripetuti tra esperti)². Dopo la produzione di documenti su metodiche più sofisticate (ed anche più costose e “rischiose”), come la tomografia computerizzata, la risonanza magnetica e la tomografia computerizzata ad emissione di fotone singolo, nel corso del 2007 sono finalmente stati pubblicati i criteri per l’appropriatezza in ecocardiografia transtoracica e transesofagea, condivise da esperti di varie società scientifiche³.

La sensibilità sull’argomento in Italia non è certo inferiore a quella nordamericana. In particolare, l’appropriatezza in ecocardiografia è da tempo oggetto di discussione e di studi di valutazione. La Società Italiana di Ecografia Cardiovascolare ha concretizzato il dibattito scientifico con un documento organico sull’appropriatezza delle richieste di ecografia cardiovascolare nei vari contesti clinici, prodotto da una commissione *ad hoc*. Tale documento è stato, peraltro, recentemente presentato e discusso tramite una campagna educativa rivolta ai medici di medicina generale, con ripetuti appuntamenti regionali, configurando un primo esempio di intervento nazionale su larga scala.

Nell’ambito di questa problematica si pone il contributo di Mantero et al.⁴, relativo al progetto denominato “Appropriatezza ECO Milano”, pubblicato su questo numero del Giornale, che fornisce una fotografia dettagliata della realtà prescrittiva nelle strutture ospedaliere di una grande città. Il lavoro multicentrico analizza le indicazioni ed i risultati di un numero realmente consistente di esami ecocardiografici consecutivi (oltre 4000) eseguiti in 11 Aziende Ospedaliere milanesi. L’analisi dell’appropriatezza delle indicazioni viene eseguita in maniera osservazionale sulla base dei criteri prestabiliti (linee guida americane ACC/AHA/ASE del 2003). I risultati sono in gran parte sovrapponibili a precedenti simili esperienze italiane e non proprio incoraggianti. Infatti, il dato globale che emerge dal lavoro è che, tuttora, a distanza di circa 12 anni da una prima comunicazione multicentrica sull’argomento⁵, esiste una consistente percentuale di inappropriately delle prescrizioni in ecocardiografia (classe IIb-III: 26% per pazienti interni, 47% per pazienti esterni), dimostrando la virtuale assenza di progressi in questo campo. Altri risultati interessanti, benché attesi, riguardano la miglior appropriatezza nelle richieste dei cardiologi, rispetto ad altri specialisti, e di quelle provenienti da operatori ospedalieri, piuttosto che esterni.

Si può argomentare che una certa sovrastima del fenomeno “inappropriatezza” può essere plausibile e giustificabile quando l’analisi è eseguita da operatori coinvolti direttamente ed esclusivamente nell’esecuzione degli esami. È, inoltre, verosimile che in una realtà metropolitana, di una grande città come Milano, il rapporto tra ospedale e territorio e la continuità assistenziale siano difficoltosi, se non impossibili, con conseguenti ricadute negative sull’appropriatezza prescrittiva, specialmente per i pazienti esterni.

Il lavoro di Mantero et al.⁴ è peraltro apprezzabile per aver realizzato il coinvolgimento e la collaborazio-

ne di diversi centri di alta specialità in un progetto condiviso, rivolto al miglioramento qualitativo in cardiologia, di cui questi dati osservazionali costituiscono la parte iniziale.

Infatti, nelle intenzioni espresse dagli Autori, una seconda parte del progetto dovrebbe realizzare un intervento, probabilmente sui medici prescrittori, rivolto al miglioramento dell’appropriatezza prescrittiva in ecocardiografia. I modi ed i tempi con cui tale meritevole intervento verrà messo in atto al momento non sono stati comunicati, ma attendiamo con fiduciosa ed interessata aspettativa i risultati del progetto “Appropriatezza ECO Milano” e i suoi eventuali effetti positivi.

Appunto, gli interventi attuabili concretamente per migliorare l’appropriatezza nella prescrizione rappresentano un’altra intrigante questione, soprattutto per quelle metodiche di imaging che non contemplano il deterrente del possibile rischio biologico per il paziente. Finora sono stati proposti ed aneddoticamente testati alcuni tipi di intervento, come incontri di sensibilizzazione e discussione, condivisione di protocolli tra prescrittori ed operatori, ecc. Per quello che è noto, purtroppo, i risultati non sono stati sostanziali o persistenti. Probabilmente, ma non sicuramente, solo interventi più drastici ed estesi, ad esempio basati sulla compartecipazione alla spesa, sulla limitazione del budget disponibile o sulla reale restrizione alla prescrizione di esami di secondo livello, potrebbero sortire effetti consistenti. Tali interventi non sono, però, esenti da conseguenze negative e, certamente, di difficile attuazione per motivi organizzativi e politici.

In una precedente esperienza toscana⁶, relativa ad una realtà aziendale singola, molto più piccola di quella milanese, è stato effettuato un tentativo di sensibilizzazione sul corretto ricorso alla richiesta di esami diagnostici cardiologici non invasivi, tra cui l’ecocardiografia, mediante riunioni e discussioni con i medici di medicina generale (maggiori prescrittori di richieste inappropriate in quel contesto). I risultati a distanza di questo intervento sono stati deludenti, con il rilievo di percentuali di inappropriatezza prescrittiva ancora elevate e soprattutto immutate.

Un altro recente studio di un gruppo lombardo⁷, relativo all’esperienza di un centro di cura terziario, documenta come i cardiologi, in quella realtà, siano i maggiori prescrittori di esami ecocardiografici, anche per pazienti ambulatoriali. Inoltre, l’aderenza alle linee guida per una corretta prescrizione (cioè l’appropriatezza) è sorprendentemente identica e bassa (54 vs 52%) tra gli specialisti cardiologi ed i medici di medicina generale.

Questi dati dimostrano come la realtà medica, e quella prescrittiva in particolare, sia variegata, anche in medesimi contesti geografici, e che, nonostante la sensibilizzazione sull’argomento, l’appropriatezza ottimale in ecocardiografia sia, al momento, una chimera. Lasciano anche intravedere come nel cardiologo possano coesistere due anime diverse, di prescrittore e di operatore, per le quali il concetto di appropriatezza può ave-

re limiti non identici. Non vi è dubbio che il bisogno di ecocardiografia in molti casi viene alimentato direttamente od indirettamente dallo stesso specialista cardiologo, che poi ne vorrebbe giustamente limitare la prescrizione. Ad esempio, non è raro, in contesti scientifici e non solo, sentire illustrare l'importanza della diagnosi precoce di disfunzione diastolica in pazienti ipertesi o con malattie sistemiche; o di disfunzione sistolica silente in pazienti diabetici. Nelle linee guida sull'ipertensione arteriosa e sullo scompenso, gli stadi iniziali delle patologie vengono identificati come presenza di danno d'organo in assenza di sintomi. La prescrizione di un esame diagnostico specifico, come l'ecocardiografia, anche da parte di specialisti non cardiologi, è spesso l'inevitabile conseguenza.

Sulla scorta di queste considerazioni, unitamente all'esperienza clinica quotidiana, il corretto ecocardiografista, abituato a valutare rigorosamente, e talvolta discutere, l'appropriatezza della richiesta, può percepire un sottile senso di sconfitta e di inadeguatezza rispetto agli attuali bisogni in medicina. E allora, come una graduale trasformazione da Dr. Jekyll a Mr. Hyde, nell'operatore possono emergere dubbi, riflessioni (e comportamenti) politicamente scorretti, ma più pragmatici e, probabilmente, più conformi alle esigenze dell'utenza moderna.

Appropriatezza in ecocardiografia: un'esigenza imperativa?

Per quanto riguarda le tecniche di imaging cardiologico, a differenza dei trattamenti farmacologici od interventistici, non esistono trial che documentino un effetto benefico aggiunto, in termini di sopravvivenza o qualità di vita, della loro applicazione allargata, né tanto meno del loro uso appropriato. Per questo motivo, la valutazione dei livelli generali di appropriatezza è solo parzialmente basata sull'evidenza, bensì in buona parte prodotta dal consenso di esperti. Conseguenza di ciò è che i criteri di appropriatezza non devono e non possono essere considerati raccomandazioni assolute e non possono sostituire il giudizio clinico integrato che, nel singolo paziente, subisce l'influenza di molteplici e complesse interazioni pratiche che ne garantiscono un certo livello di indipendenza dalle raccomandazioni teoriche.

Se le caratteristiche di rischio e di inaccuratezza diagnostica di una metodica sono praticamente assenti, come nell'ecocardiografia basale, i margini di inappropriata si riducono. A possibile dimostrazione di ciò, nel documento di consenso dell'ACCF³, su 59 indicazioni all'ecocardiografia individuate per la gestione del paziente con cardiopatia sospetta o nota, ben il 75% sono considerate appropriate. Le indicazioni inappropriate (14 su 59) riguardano, peraltro, la ripetizione di routine di esami in pazienti già caratterizzati. Quando la stessa organizzazione, con lo stesso metodo di valutazione, ha analizzato le indicazioni all'applicazione di

altre metodiche di imaging, più complesse, come la tomografia computerizzata o la risonanza magnetica cardiaca, ha individuato solo il 33% e il 51%, rispettivamente, di indicazioni appropriate⁸.

Nella pratica, le peculiarità dell'ecocardiografia basale hanno fatto crescere enormemente il "bisogno", talvolta virtuale, ma sempre reale per l'utente, della metodica. Diventa, quindi, difficile, ma forse anche ingiusto, limitare la richiesta di una modalità così "popolare", che nella ragionevole percezione generale offre informazioni utili ed immediate, senza controindicazioni.

L'aumentato ricorso all'ecocardiografia ha come ricaduta obbligatoria l'allungamento delle liste d'attesa per l'esame. Siamo perfettamente consapevoli che questa evenienza non può essere tollerata dagli operatori, dagli amministratori, né tanto meno dagli utenti. Ma se i tentativi di limitare le prescrizioni non appropriate sono problematici, se non impossibili, con il rischio di non incontrare i bisogni dell'utenza e di aumentarne l'insoddisfazione, c'è un'unica altra maniera per non allungare le liste: incrementare l'offerta, o cambiare la tipologia dell'offerta. Questa possibilità, vissuta come un'eventualità drammatica dagli operatori del settore, può essere ragionata, esplorata, superando rifiuti dogmatici e, quindi, governata per renderla sostenibile ed efficace, senza perdita in qualità.

L'aumento dell'offerta (cioè del numero di esami eseguiti) può passare attraverso lo svolgimento di esami brevi e mirati, di primo livello, se possibile integrati nel contesto della valutazione cardiologica basale. Il controllo periodico di un paziente con cardiopatia ischemica cronica od ipertensione arteriosa o scompenso cardiaco cronico (comunque da scoraggiare, ma che nella pratica può rappresentare il 30-50% delle richieste^{5,6}), lo screening basale pre-chirurgia non vascolare, può richiedere un valutazione breve, ed un tempo/esame ridotto rispetto a quello generalmente considerato. Sempre come ipotesi, in maniera dinamica, ma organizzata, esami relativi a patologie più complesse, già note o di nuovo riscontro, che richiedono una indagine più approfondita, potrebbero essere eseguiti, con i tempi necessari, in spazi dedicati nell'ambito delle stesse o differenti sedute. Ulteriori sviluppi nella diagnostica ultrasonografica, come l'informatizzazione completa dei laboratori e l'impiego operativo dei tecnici di ecografia (i cosiddetti "sonographers"), potrà, in futuro, permettere un'ulteriore riduzione del tempo/esame ed una riorganizzazione dell'offerta. Tutto ciò non deve però tradursi in perdita di qualità o dequalificazione delle competenze. Ipotetici nuovi modelli di prestazione non possono comprendere improvvisazione e bassa qualità, ma, viceversa, dovrebbero essere gestiti esclusivamente in laboratori accreditati e da operatori con competenza certificata. In quest'ottica, il ruolo delle scuole di specializzazione prima, e delle Società Scientifiche poi, sarebbe quindi fondamentale ed insostituibile.

Il rischio di un mantenimento delle liste d'attesa nonostante la maggior offerta (maggiore offerta = maggior

richiesta) e dell'aumento dei costi per i rimborsi è ovviamente reale, ma non obbligatorio. A differenza di ciò che succede negli Stati Uniti, dove, dominando il sistema "pay-per-fee", le varie prestazioni sanitarie, inclusa l'ecocardiografia, hanno costi reali ed elevati, in Italia, con un modello sanitario profondamente diverso, i costi delle prestazioni diagnostiche, prevalentemente erogate dal sistema pubblico, sono meno quantificabili, sicuramente più bassi e, spesso, sensibili a diversi fattori logistici e normativi. In situazioni di sofferenza e criticità, esistono margini per discutere ed esplorare nuovi modelli di gestione e di controllo della spesa.

In un'era di pragmatismo e di aumentati bisogni, nonostante le risorse limitate, esiste il continuo rischio di non rispondere in maniera adeguata alle esigenze contemporanee. La domanda di ecocardiografia è elevata, e quasi certamente crescerà ancora. La gestione clinica del paziente richiede dinamicità e flessibilità; mentre la comunità cardiologica discute giustamente sull'appropriatezza delle richieste, altre figure sanitarie si stanno affacciando operativamente all'esecuzione della metodica, come internisti ed anestesisti, anche per rispondere a bisogni non soddisfatti (esami non eseguiti, lunghezza delle liste d'attesa). Si potrà ripresentare, quindi, il problema della qualità degli esami e dei reali rischi connessi a risposte inadeguate. Inoltre, quando altre metodiche di immagine, come la risonanza magnetica, grazie alla spinta dell'innovazione tecnologica, non saranno più elitarie ma diventeranno ampiamente disponibili ed economiche, allora, sia per il rigoroso ecocardiografista Dr. Jekyll che per lo scorretto ecocardiografista Mr. Hyde, non sarà un bel finale.

Lo scenario testé prefigurato è ben lungi dal concretizzarsi e deve essere considerato una provocazione. L'ecocardiografia è e rimarrà una metodica basilare nell'ambito della caratterizzazione delle patologie cardiovascolari. La ricerca ed il mantenimento della qualità, così come dell'appropriatezza delle prestazioni, è un compito prioritario della comunità cardiologica che, comunque vadano le cose, non può che beneficiare dell'attuale discussione e dei futuri contributi sull'argomento. Se permangono bisogni insoddisfatti è, tuttavia, corretto ed utile affrontare la problematica con una visione allargata ed esplorare approcci alternativi.

Bibliografia

1. Bonow RO. Sixth Annual Mario S. Verani, MD Memorial Lecture: Cardiovascular imaging - added value or added cost? *J Nucl Cardiol* 2008; 15: 170-7.
2. Patel MR, Spertus JA, Brindis RG, et al. ACCF proposed method for evaluating the appropriateness of cardiovascular imaging. *J Am Coll Cardiol* 2005; 46: 1606-13.
3. Douglas PS, Khandheria B, Stainback RF, et al. ACCF/AHA/ACEP/ASNC/SCAI/SCCT/SCMR 2007 appropriateness criteria for transthoracic and transesophageal echocardiography: a report of the American College of Cardiology Foundation Quality Strategic Directions Committee Appropriateness Criteria Working Group, American Society of Echocardiography, American College of Emergency Physicians, American Society of Nuclear Cardiology, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Cardiovascular Computed Tomography, and the Society for Cardiovascular Magnetic Resonance endorsed by the American College of Chest Physicians and the Society of Critical Care Medicine. *J Am Coll Cardiol* 2007; 50: 187-204.
4. Mantero A, Gentile F, Alberti A, et al. Progetto "Appropriatezza ECO Milano". La 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: 844-52.
5. Bertoli D, Badano L, Carratino L, et al, a nome del Gruppo Ligure della Società Italiana di Ecografia Cardiovascolare. Modalità di utilizzazione dell'ecocardiogramma in pazienti ambulatoriali. Ruolo del cardiologo per l'appropriatezza della prescrizione. *Cardiologia* 1996; 41: 267-73.
6. 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: 359-66.
7. Barbier P, Alimento M, Berna G. Clinical utility of guideline-based echocardiography: a prospective study of outpatient referral patterns at a tertiary care center. *J Am Soc Echocardiogr* 2008; 21: 1010-5.
8. Hendel RC, Patel MR, Kramer CM, et al. ACCP/ACR/SCCT/SCMR/ASNC/NASCI/SCAI/SIR 2006 appropriateness criteria for cardiac computed tomography and cardiac magnetic resonance imaging: a report of the American College of Cardiology Foundation Quality Strategic Directions Committee Appropriateness Criteria Working Group, American College of Radiology, Society of Cardiovascular Computed Tomography, Society for Cardiovascular Magnetic Resonance, American Society of Nuclear Cardiology, North American Society for Cardiac Imaging, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Interventional Radiology. *J Am Coll Cardiol* 2006; 48: 1475-97.