

Inerzia terapeutica, un fenomeno assai frequente

Viene definito inerzia terapeutica l'atteggiamento del medico che, pur nella consapevolezza che il paziente non raggiunge gli obiettivi del trattamento, non adatta gli interventi atti a risolvere il problema

Giuseppe Maso
*insegnamento di Medicina di Famiglia
 Università di Udine
 Articolo redatto per MD
 e per Italian Journal of Primary Care (IJPC)*

Inerzia terapeutica può essere anche la non applicazione di terapie, metodologie e tecnologie nella pratica quotidiana per un'insufficiente conoscenza del problema che queste dovrebbero risolvere e inerzia terapeutica è anche la non risoluzione di problemi per la mancanza di conoscenza di nuove terapie, metodologie o tecnologie (tabella 1). Il fenomeno è più frequente di quanto si pensi e riguarda, in modi differenti, tutti i livelli di cura. Le cause sono molteplici e anche queste influiscono sul fenomeno in maniera diversa a seconda dei livelli di cura. È ovvio che la prima causa di inerzia riguarda l'aspetto relativo alla scarsa conoscenza delle novità, siano esse terapeutiche o diagnostiche, e che sia riconducibile all'accelerazione che l'introduzione di nuove molecole e tecniche ha subito nelle ultime decadi. Le conoscenze mediche cambiano velocissimamente, forse in modo difficilmente sostenibile da qualsiasi professionista e sicuramente in ma-

niera insostenibile da un medico che debba dedicare la maggior parte delle risorse intellettuali ad attività di tipo burocratico-amministrativo.

Le nuove terapie, le nuove indagini diagnostiche e le nuove tecnologie sono frutto di ricerca di base, di ricerca clinica, di trial, di evidenze e di consensus. Le nuove conoscenze si trasformano in linee guida che si traducono in informazione diffusa e in applicazione sul campo (figura 1). Ma l'informazione e la sua ricezione possono essere soggette a notevoli ritardi o ad errori. L'errore nel normale iter informativo e l'errore nella percezione delle informazioni sono la causa del tipo 3 di inerzia terapeutica, probabilmente la più frequente.

Nella filiera informativa che va dai risultati di una ricerca alla loro applicazione nella pratica quotidiana possono intervenire diversi eventi ritardanti che riconoscono alcune cause:

- a)** l'organizzazione del sistema di erogazione delle cure,
 - b)** i congressi medici riservati a specialisti,
 - c)** le linee guida non divulgate,
 - d)** l'informazione farmaceutica riservata a specialisti,
 - e)** società scientifiche poco interdisciplinari,
 - f)** ridondanza di informazioni.
- a)** I Sistemi Sanitari non sono tutti eguali, si differenziano per la modalità di accesso ai vari livelli di cura, per la suddivisione dei compiti fra professionisti, discipline e specialità per la presenza o meno di una medicina

Tabella 1

Tipi di inerzia terapeutica

Tipo 1	Medico consapevole del problema e della terapia ma che non attua interventi necessari
Tipo 2	Medico inconsapevole del problema e delle novità terapeutiche
Tipo 3	Medico consapevole del problema ma inconsapevole delle novità terapeutiche

Figura 1

Dalla conoscenza all'applicazione

```

    graph LR
      A[Ricerca] --> B[Linee guida]
      B --> C[Diffusione]
      C --> D[Applicazione]
  
```

generale *gate-keeper*. Se il Sistema si basa principalmente su divisione di compiti, e quindi su specialità, le informazioni circa l'applicazione di nuove terapie e metodiche ristagnano a lungo entro i limiti delle specialità stesse e solo dopo un certo lasso di tempo ne permeano i confini interessando le altre discipline. In questo caso si possono verificare due cause importanti d'inerzia, una che riguarda lo specialista che non è a conoscenza di terapie e metodiche che esulano dal suo campo di intervento (per esempio, il cardiologo che non sa applicare una terapia corretta per il diabete in una patologia vascolare complicanza della malattia) e una che riguarda chi esercita una specialità differente e che ancora non è venuto a conoscenza di quanto viene suggerito dalle linee guida della prima specialità (per esempio, il medico generale che non prescrive il dosaggio del pro-BNP per valutare uno scompenso cardiaco). Più sono le specialità più i campi di azione di queste si restringono e più possono esserci fenomeni di inerzia di tipo 2 e 3.

b) La maggior parte dei congressi medici sono rivolti a specialisti e sono rivolti solo a questi anche quando le patologie che vengono prese in considerazione sono ad altissima prevalenza ed incidenza. Se vogliamo fare un esempio, le nuove acquisizioni su ipertensione, scompenso cardiaco o terapia del diabete sono appannaggio praticamente esclusivo dei congressi di cardiologia e diabetologia. Questo comporta inevitabilmente un ritardo nell'acqui-

sizione delle novità da parte di molti medici che hanno a che fare con queste patologie quotidianamente.

c) Le linee guida per la gestione delle malattie più frequenti sono prodotte da società scientifiche a livello mondiale, continentale e nazionale. Eppure si nota un *gap* fra la loro produzione e la loro divulgazione. Spesso i medici pratici ne vengono a conoscenza quando ormai è già stata prodotta l'edizione successiva.

d) L'industria farmaceutica preferisce spesso rivolgersi allo specialista e in ogni caso quest'ultimo viene informato per primo sulle novità terapeutiche. Raramente viene presentato ad un medico generale un farmaco di pertinenza ginecologica, dermatologica, reumatologica, ecc.

e) Le società scientifiche specialistiche sono poco aperte alle altre discipline. Si verifica talvolta una conoscenza iniziatica che purtroppo non fa gli interessi della comunità

ma sembra perseguire quelli di una specialità. Si verifica un fenomeno particolare che potremmo definire il paradosso dell'inversione dell'informazione. La quantità di informazione per livelli di cura è inversamente proporzionale alla quantità di pazienti trattati (*figura 2*).

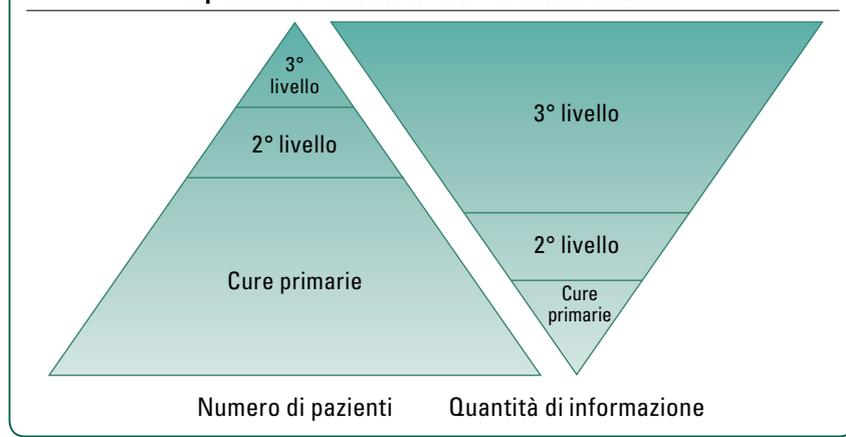
f) Un accumularsi di informazioni ridondanti in un campo o per una tipologia di molecole, così come un eccesso di informazioni su procedure burocratiche, economiche, gestionali o organizzative impedisce di fatto l'acquisizione di informazioni di tipo terapeutico e metodologico (questo è quanto avviene per la medicina generale italiana).

L'inerzia terapeutica di tipo 1 dipende da altre cause:

- a)** capacità di prendere decisioni,
- b)** mancanza di strumenti elettronici adeguati,
- c)** dimenticanza,
- d)** *burn out*,
- e)** previsione di risposta negativa da parte del paziente o rifiuto del paziente
- f)** impossibilità di incrementare il numero di farmaci,
- g)** vantaggio considerato poco rilevante o considerato poco rilevante considerate le condizioni del paziente.

Figura 2

Il paradosso dell'inversione dell'informazione



a) Una delle cause più frequenti, e sottovalutata, di inerzia terapeutica, pur nella consapevolezza dell'esistenza di un problema e delle risorse per risolverlo, è la mancanza di propensione a prendere decisioni. Questa incapacità dipende da una serie di fattori come il carattere personale e la formazione ma anche dall'esperienza e dalla disponibilità. Un ruolo non indifferente è da attribuire al riconoscimento della disciplina medica nell'ambito professionale, dal contesto sociale ma anche dalle norme e dalla disponibilità di tempo. La formazione ha un ruolo fondamentale, purtroppo le nostre università forniscono un'enorme quantità di nozioni teoriche ma non dedicano il giusto spazio all'insegnamento dei *clinical skills* e saper prendere decisioni è una abilità che va insegnata. Anche il timore di critiche, l'atteggiamento difensivo e i non definiti ambiti d'azione delle discipline sono responsabili di inerzia terapeutica.

b) In uno squallido continuo di nuove conoscenze e in un costante mutare di norme prescrittive è ormai indispensabile un supporto informatico aggiornato. Supporto reso ancor più necessario in caso di comorbidità e assunzione di un rilevante numero di farmaci. Interazioni e nuove formulazioni richiedono un costante aggiornamento.

c) La dimenticanza è una delle cause da prendere in considerazione specialmente tra coloro che praticano discipline che si interessano di un vasto campo di patologie come la medicina interna e la medicina generale. Per la medicina generale gioca un ruolo importante anche il tempo da dedicare ad ogni singolo paziente ed il tempo a disposizione per prendere decisioni.

d) Il *burn out* è invece responsabile della maggioranza dei casi di delega. La decisione di non assumere responsabilità delegando il problema ad altri

innesca spesso una spirale di consulenze che, oltre ad essere la causa di un ritardo, possono essere causa di inerzia di tipo 2 e 3 che sono maggiormente a carico delle sub-specialità.

e) Le caratteristiche del paziente e anche il tipo di rapporto che con questo ha il medico possono essere causa di inerzia. Il *feeling* tra i due e il rapporto di fiducia sono fondamentali. Talvolta il medico non prescrive nuove terapie perché percepisce (qualche volta erroneamente) che queste non sarebbero ben accettate o sarebbero rifiutate. Specialmente in medicina generale (ma non solo) è manifesta da parte dei pazienti la volontà di accettare nuove terapie solo dopo aver sentito un secondo parere.

f) Il numero di farmaci assunti da un paziente, soprattutto se questo è anziano o ha qualche deficit cognitivo, è un fattore che influenza le decisioni e può spingere il medico a rinunciare al beneficio dell'introduzione di nuove terapie.

g) L'età, il tipo di patologia, la spietatezza di vita, le condizioni familiari e cognitive possono far pensare al medico che non valga la pena di introdurre nuovi farmaci. Qualche volta la decisione può essere giusta ma talvolta può risultare errata e condizionare in maniera negativa la qualità di vita del paziente.

► Come limitare il fenomeno

1. Liberare al massimo i medici da incombenze non cliniche in modo che possano dedicarsi al massimo all'acquisizione delle nuove conoscenze.

2. Ampliare il campo d'azione delle discipline. Molte sub-specialità rappresentano soltanto una divisione di compiti di tipo organizzativo del sistema di erogazione delle cure. Questa suddivisione comporta, con l'andare del tempo, la creazione di

sacche di professionisti con conoscenze limitate.

3. Fare in modo che le specialità e le varie branche siano più interdisciplinari e che siano aperte alle conoscenze di altri settori della medicina e non solo.

4. Le società scientifiche, le organizzazioni sanitarie e gli ordini professionali dovrebbero divulgare a tutti i settori della medicina le linee guida gestionali e terapeutiche delle patologie a più ampia prevalenza ed incidenza nella popolazione.

5. L'informazione da parte delle industrie farmaceutiche dovrebbe rivolgersi a tutti i settori che trattano le patologie a cui i loro prodotti sono rivolti, senza distinzioni fra livelli di cura.

6. Nella creazione di nuove linee guida dovrebbero essere coinvolti tutti i settori della medicina che se ne fanno carico. Un'iniezione di interdisciplinarietà e transdisciplinarietà non potrà che essere benefica per tutte le specialità e soprattutto per i pazienti.

7. Bisogna applicare criteri EBM per i vari livelli di cura, solo così si potrà decidere chi fa cosa, mettere in atto i principi di efficacia, costo-beneficio, equità e sussidiarietà. Solo così si darà autorevolezza e riconoscimento ad ogni disciplina e solo così le discipline saranno riconosciute per quello che valgono. Solo così ogni disciplina sarà responsabile (abile a rispondere) delle proprie scelte.

8. Tutti i medici dovrebbero avere la possibilità di accedere ad un sistema informatico come aiuto terapeutico. Ogni sistema informatico dovrebbe essere libero, indipendente e aggiornato con linee guida internazionali e nazionali.

9. La formazione dei medici deve prevedere tra i *clinical skills* la capacità di prendere decisioni in autonomia.

10. L'interesse del paziente deve venire sempre prima degli interessi dei sistemi sanitari e dei professionisti.