

Il governo torna alla carica sulle prescrizioni inappropriate

In questi ultimi mesi il ministro della Salute si è speso per assicurare sull'eventuale introduzione della responsabilità patrimoniale per i medici (dipendenti e convenzionati), rei di prescrizioni diagnostiche inappropriate, poi la recente svolta: "Le sanzioni per i medici che non prescrivono come devono sono previste e riguarderanno il salario accessorio". Queste dichiarazioni, sommate all'approvazione a fine luglio del maxi emendamento sugli Enti Locali, da parte del Senato, e i provvedimenti resi noti dal Commissario alla *spending review*, preannunciano tempi difficili per i camici bianchi, soprattutto per i medici di medicina generale

Giuseppe Belleri
Medicina Generale, Flero (BS)

Verso la fine di aprile la proposta di introdurre la responsabilità patrimoniale per i medici (dipendenti e convenzionati) rei di prescrizioni diagnostiche inappropriate aveva provocato lo sconcerto della categoria e delle organizzazioni degli assistiti. Secondo l'emendamento elaborato dalla Conferenza delle Regioni entro 30 giorni dall'entrata in vigore le Regioni dovevano stabilire le indicazioni prioritarie e le condizioni di erogabilità delle prestazioni di assistenza specialistica (ecografie, TAC, risonanze, esami ematici ecc.). In caso di violazione dei protocolli di appropriatezza era prevista una riduzione del trattamento economico accessorio, nel caso di dipendenza, o degli incentivi economici per i medici convenzionati. A seguito delle proteste, la proposta di far pagare ai medici gli esami diagnostici prescritti in modo inappropriato era stata criticata pubblicamente e di fatto accantonata dallo stesso ministro della Salute, con una dichiarazione che aveva tran-

quillizzato tutti. Invece, in pieno clima vacanziero, con un clamoroso voltafaccia, rispunta in un'intervista domenicale a *La Repubblica* del responsabile per la *spending review*, l'economista Itzhak Yoram Gutgeld e viene subito inserita con un colpo di mano parlamentare nel maxi emendamento del governo al disegno di legge enti locali approvato dal Senato. A ciò si aggiunge la recente dichiarazione di Beatrice Lorenzin: "Le sanzioni per i medici che non prescrivono come devono sono previste e riguarderanno il salario accessorio".

► L'eterno ritorno

Quest'ennesima iniziativa di promozione per legge dell'appropriatezza diagnostica è criticabile per due ordini di motivazioni generali. Prima di tutto perché in caso di sintomi specifici non si possono applicare criteri di appropriatezza pre-definiti in astratto che, è bene ricordarlo, sono per definizione codificati partendo

da popolazioni selezionate e disturbi specifici. In secondo luogo la parte pubblica, con questa proposta, applica al delicato settore delle prestazioni diagnostiche la logica punitiva ispiratrice delle Note Cuf (poi Aifa) per i farmaci a carico del Ssn: chi sbaglia paga!

Come ho sottolineato in un precedente articolo (*M.D.* 2015; 4:14), a suo tempo una delibera regionale lombarda di analogo contenuto - l'obbligo della diagnosi per le richieste di indagini cliniche - fu 'contestata' dai sindacati con argomentazioni valide anche per questa tematica affine. In entrambi i casi vale la distinzione tra conoscenza a priori o ex-ante (implicita nelle linee guida e nei protocolli di appropriatezza) e quella invece che si concretizza via via nel corso del processo clinico. Va da sé che questo approccio è tipicamente a posteriori, o ex-post, e si realizza sia nella fase diagnostica sia in quella terapeutica, in un processo interattivo, di aggiustamento progressivo tra rappresentazione

della realtà ed esiti degli interventi diagnostico-terapeutici. La dialettica tra conoscenze a priori (linee guida, criteri, percorsi diagnostici, ecc.) e a posteriori vale in particolare per le indagini diagnostiche prescritte per la valutazione di un rischio biologico e per l'inquadramento diagnostico dei disturbi aspecifici, osservati in Medicina Generale.

La logica a priori irrigidisce il processo conoscitivo-terapeutico in schemi fissi e teoricamente adatti a tutte le situazioni, trascurando sia i casi particolari, sia la multiforme casistica di disturbi aspecifici di presentazioni atipiche, di sintomi strani e bizzarri, che non superano la soglia diagnostica e restano sospesi come in una sorta di limbo clinico.

Per le caratteristiche epidemiologiche della MG, non è sempre possibile abbinare alla prescrizione di un esame una chiara diagnosi o ipotesi diagnostica e di riflesso individuare alcuni accertamenti appropriati, predefiniti in modo rigoroso e univoco. Si tratta della parte tacita e non codificabile della professione medica, inerente alla peculiarità della disciplina; il medico di medicina generale deve affrontare quotidianamente sintomi bizzarri, vaghi, aspecifici, indefiniti, al confine tra fisiologia e patologia, soma e psiche, funzionale e organico, che raramente arrivano all'attenzione della medicina di secondo livello, difficili da schematizzare e ricondurre a modelli standardizzati di comportamento e decisioni appropriate.

► I sintomi medici inspiegabili

Esiste una categoria di assistiti che esemplifica in modo peculiare queste difficoltà pratiche e costituisce nel contempo una delle maggiori sfide diagnostiche per il medico di

famiglia: gli assistiti che presentano i cosiddetti MUS (*Medical Unexplained Symptom*), acronimo inglese che sta a indicare i sintomi medici inspiegabili. Le statistiche dicono che questi disturbi rappresentano il 15-30% delle consultazioni ambulatoriali e restano inspiegabili anche dopo accertamenti diagnostici e consulenze specialistiche ripetute. Il guaio è che l'etichetta di MUS è attribuita dopo che sono stati portati a termine uno o più tentativi per trovare una spiegazione diagnostica sulla base di indagini cliniche.

È quindi logicamente impossibile stabilire a priori se un assistito è portatore di uno di questi sintomi e, d'altra parte, la fenomenologia clinica dei MUS è così variabile e multiforme che è praticamente impossibile stabilire, sempre a priori, quali siano gli accertamenti appropriati per ogni singolo caso. In queste situazioni, a quale *pool* di criteri di appropriatezza diagnostica si dovrà fare riferimento per prescrivere accertamenti in modo corretto, onde evitare di pagare di persona per esami inappropriati? Il compito è praticamente impossibile dal punto di vista metodologico e pratico.

► Un proposito velleitario

L'annunciata manovra governativa è un proposito velleitario e controproducente e le ricadute saranno tutte sugli assistiti, costretti a fare la spola tra un ambulatorio e l'altro, da uno specialista all'altro per fare gli esami, per poi finire in un centro privato dove mettendo mano al portafoglio si può fare di tutto e di più. Ecco quindi il primo vero provvedimento di privatizzazione (mascherata) della sanità, camuffata da promozione dell'appropriatezza. A parte l'intrinseca difficoltà di stabili-

re quali sono gli esami giusti in ogni situazione e di applicare i relativi protocolli, questa norma sarà la pietra tombale per la più grande rivoluzione e semplificazione burocratica, a costo zero per il sistema e gli ammalati, ma purtroppo ancora lettera morta in molti contesti: vale a dire l'obbligo per lo specialista, a norma di convenzione e delibere regionali, di prescrivere ulteriori accertamenti per rispondere al quesito clinico del Mmg utilizzando il ricettario regionale a disposizione di tutti i professionisti del Ssn, senza costringere gli assistiti a un'inutile andirivieni tra ospedale e studio del medico di famiglia.

► Un danno per i pazienti

Questa semplice regola di buon senso, assieme all'obbligo di certificazione di malattia Inps alla dimissione, dopo il ricovero ospedaliero, rappresentano due caposaldi per migliorare e semplificare la vita dei pazienti e del sistema nel suo complesso. Ma proprio per questo sarà la prima vittima degli effetti perversi delle norme proposte per contenere le prescrizioni inappropriate/difensive elaborate dal consigliere economico governativo, che paradossalmente proclama di voler migliorare il livello di efficienza delle strutture e soprattutto dei servizi per gli assistiti. Infine i medici saranno indotti a prescrivere sul ricettario personale gli esami a rischio di inappropriatezza, onde evitare di dover pagare personalmente, mentre gli assistiti si dovranno rivolgere alle strutture private.

Il testo completo dell'articolo è consultabile su <http://blog.libero.it/cureprimarie/>