

Appropriatezza diagnostica e terapeutica, le differenze contano!

Non è un caso che ci siano voluti ben due decenni dopo l'introduzione delle Note Cuf, poi Aifa, affinché le istituzioni preposte affrontassero il capitolo della diagnostica. Questa materia è particolarmente delicata perché ha a che fare con la gestione dell'incertezza e non si può irrigidire in criteri e schemi predefiniti che si scontrano con il carattere interattivo e variabile del processo diagnostico differenziale

Giuseppe Belleri

Medicina Generale, Flero (BS)

Il dibattito pubblico attorno all'ormai famosa lista degli accertamenti sottoposti ai criteri di appropriatezza diagnostica si è subito cristallizzato in due opposte fazioni: da un lato il ministro della Salute Beatrice Lorenzin si prodiga per accreditare la tesi secondo la quale *"non si taglia proprio niente"* e che tutto resta come prima mentre, dall'altro i suoi oppositori gridano allo scandalo perché, con il pretesto dell'appropriatezza, *"si ridurranno le prestazioni e si costringerà il cittadino a pagarsi le indagini diagnostiche negate dai medici, facendo un regalo alla sanità privata"*.

L'era dell'appropriatezza è iniziata una ventina di anni fa con l'introduzione delle Note Cuf sui farmaci, poi ribattezzate Note Aifa per l'appropriatezza terapeutica. Il fenomeno rientra nella più generale tendenza a normare e regolamentare comportamenti che ricadono nella sfera dell'iniziativa pubblica, riducendo i margini di discrezionalità e di autonomia decisionale degli attori professionali, secondo l'idealtipo dell'apparato burocratico di stampo

weberiano. Ci sono però voluti ben due decenni perché si affrontasse anche il capitolo della diagnostica, preceduti da alcuni tentativi di introdurre vincoli regolatori sugli esami, non a caso abortiti per le obiettive difficoltà della materia.

Infatti una differenza metodologica di fondo contraddistingue l'iniziativa degli anni novanta sui farmaci da quella odierna sugli accertamenti diagnostici: la terapia appropriata presuppone un dato certo e una solida base di partenza, ovvero la diagnosi dalla quale discende logicamente la cura, secondo lo schema categoriale se...allora (se un assistito è affetto da diabete di tipo II ed obesità allora la terapia di prima scelta è la metformina); non esiste invece un unico esame appropriato a priori per ogni situazione o sintomo perché i test e gli esami clinici hanno la funzione di aiutare il medico ad orientarsi rispetto ad una gamma di ipotesi diagnostiche differenziali, tra le quali solo al termine dell'iter clinico emergerà quella corretta, talvolta dopo un processo conoscitivo per "prove ed errori".

► I test di laboratorio

I test di laboratorio, ad esempio, servono per selezionare le ipotesi generate e quindi è impossibile definire a priori quale sarà quello appropriato, ovvero l'esame che confermerà l'ipotesi diagnostica corretta. Le strategie cognitive, il metodo e le regole del gioco del processo diagnostico non sono le stesse della decisione terapeutica. Inoltre le variabili in gioco nella prescrizione di un'indagine clinica sono più numerose e complesse. Una discussione ponderata e appropriata sull'appropriatezza diagnostica dovrebbe considerare che a monte della prescrizione di un test interagiscono numerosi fattori su diversi piani, ovvero:

- Il giudizio del medico, che sconta margini di rischio/incertezza decisionale più o meno ampi, insiti in ogni processo clinico (falsi positivi, falsi negativi, ecc.).
- Una certa sopravvalutazione delle potenzialità della tecnologia diagnostica nel ridurre tale incertezza, in particolare riguardo all'ipotesi di una patologia rara (prevalenza, probabilità pre e post-test ecc.).

- L'induzione della prescrizione da parte dell'assistito, specie se esente e/o troppo preoccupato per il proprio stato di salute, alimentate dall'ipertrofia delle attese verso la tecnologia biomedica.
- La diffusione di linee guida, protocolli, percorsi diagnostico-terapeutici ecc. e di ogni altro documento di supporto informativo e di aiuto alla decisione appropriata.
- Il suggerimento dell'esame da parte di uno specialista in regime libero-professionale, non tenuto a rispettare i criteri di appropriatezza vigenti nel pubblico e quindi propenso ad abbondare in test clinici.
- Il livello di offerta e di disponibilità della tecnologia medica, che di per sé induce la propria domanda.
- Il rischio medico-legale e l'atteggiamento difensivo verso ipotetiche denunce e contenziosi giudiziari.
- Un certo clima sociale di allarme, alimentato da un'informazione a due facce: da un parte l'esaltazione acritica delle novità tecnologiche e dall'altra la caccia a notizie di presunta malpratica.
- L'indeterminatezza del concetto di appropriatezza, che oscilla tra la dimensione regolatoria collettiva e la relazione clinica individuale e la rigidità dei criteri prescritti che non tengono della varietà, unicità e complessità degli assistiti in carne ed ossa della pratica clinica.

Appiattare questa complessità con criteri schematici e soprattutto con il condizionamento delle sanzioni economiche non è la strada più indicata per risolvere il problema, che va affrontato prioritariamente sul piano culturale e, se mai, adottando logiche incentivanti piuttosto che punitive, ed interventi generalizzati a monte della singola richiesta di indagini diagnostiche. Con l'entrata in vigore dei criteri di appropriatezza la situa-

zione si complicherà sul piano cognitivo per tutti i decisori, con inediti problemi di interpretazione e di applicazione pratica ai casi concreti, ma non solo; la spada di Damocle delle sanzioni economiche previste dalla legge accentuerà la diffidenza degli assistiti verso i medici e avrà un impatto negativo anche sulle relazioni tra i professionisti, per il rischio di generare un deleterio rimpallo della responsabilità della prescrizione tra i professionisti che si alternano alla gestione dei casi, come accaduto per anni con le Note Cuf sui farmaci.

► Un'informazione corretta

Un'informazione corretta sul decreto appropriatezza dovrebbe contrastare il luogo comune in base al quale si farebbero *"pesare i tagli sui malati che si dovranno pagare gli esami"*. Il rischio esiste, ma perlomeno per gli esami di laboratorio di uso comune appare poco probabile, a parte le limitazioni e i vincoli temporali per l'analisi dei lipidi. I medici potranno continuare a prescrivere gli esami appropriati per le patologie ad alta prevalenza, specie quelle croniche. Due le categorie individuate per classificare gli accertamenti inseriti nella lista ministeriale: condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza. La maggioranza dei 143 esami di laboratorio, ad esempio, rientra nella prima categoria mentre solo in 8 casi il test è soggetto a generiche indicazioni di appropriatezza (alfa amilasi, le 3 fosfatasi, lipasi, potassio, proteine, sodio).

I criteri prescrittivi dei più comuni test clinici, previsti dalla bozza ministeriale, sono a dir poco scontati e generici (transaminasi in caso di sospetta patologia epatica, amilasi nella diagnostica delle ghiandole salivari e pancreatiche, ecc). Le superflue

condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza degli esami di laboratorio sono la dimostrazione delle insormontabili difficoltà metodologiche incontrate dai consulenti ministeriali per definire a priori criteri non banali e validi per ogni situazione.

► Esami di imaging

D'altra parte esistono dati statistici che attestano livelli di richieste di indagini diagnostiche eccedenti rispetto alle medie degli altri paesi, come le richieste di esami di imaging (TAC e soprattutto RMN). Nel caso della diagnostica per immagini invece prevalgono condizioni di erogabilità più dettagliate, "intrusive" e di applicazione problematica alla gamma di casi concreti bisognosi di approfondimento diagnostico. Un esempio per tutti, la RMN della colonna, prescrivibile in caso di *"dolore rachideo in assenza di coesistenti sindromi gravi di tipo neurologico o sistemico, resistente alla terapia, della durata di almeno 4 settimane, traumi recenti e fratture da compressione"*.

La materia "appropriatezza diagnostica" è molto delicata perché ha a che fare con la gestione dell'incertezza e non si può irrigidire in criteri e schemi predefiniti che si scontrano con il carattere interattivo e variabile del processo diagnostico differenziale. I consulenti ministeriali non hanno affrontato il loro compito nel modo più appropriato; ora il ministero paga il fio di una manovra impopolare e probabilmente economicamente inefficace, che invece piace a chi preferisce imbastire una campagna propagandistica ed ideologica a prescindere dal merito di complesse questioni metodologiche e pratiche.

Il testo completo dell'articolo è consultabile su <http://curprim.blogspot.it/>