

# No all'appropriatezza imposta per decreto

L'iniziativa di promozione normativa top-down dell'appropriatezza diagnostica da parte della Conferenza delle Regioni sconcerata e ha il sapore dell'eterno ritorno delle cose uguali

**Giuseppe Belleri**

*Medicina Generale, Flero (BS)*

**H**a provocato lo sconcerto della categoria la proposta della Conferenza delle Regioni sulla responsabilità patrimoniale per i medici (dipendenti e convenzionati) rei di aver prescritto prestazioni diagnostiche in modo "inappropriato", con relativo recupero del danno economico arrecato al Ssn.

L'ennesima iniziativa di promozione normativa *top-down* dell'appropriatezza diagnostica ricorda da vicino la questione dell'obbligo del quesito diagnostico sulle richieste di indagini cliniche, introdotto alla fine del decennio scorso in Lombardia e poi via via in tutte le Regioni. La parte pubblica, con questa proposta, applicherebbe alle prestazioni specialistiche la logica punitiva che a suo tempo ispirò l'introduzione delle Note CUF (poi AIFA) per i farmaci a carico del Ssn: "chi sbaglia paga"! A suo tempo la norma lombarda fu "contestata" con argomentazioni valide anche per questa tematica affine. In entrambi i casi vale il riferimento alla dialettica tra conoscenza a priori o *ex-ante* (implicita nelle linee guida e nei criteri di appropriatezza) e quella invece che si concretizza via via nel corso del processo clinico, fatta di riflessioni nel corso dell'azione, tentativi

ed errori, adattamento progressivo degli strumenti di conoscenza all'evoluzione dell'iter diagnostico, in quella sorta di conversazione riflessiva con la situazione problematica, definita dal cognitivista Schoen negli anni Ottanta. Questo tipo di 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 e adattativo tra rappresentazione della realtà (mediata dagli accertamenti clinici) ed esiti degli interventi diagnostico-terapeutici. La dialettica tra conoscenze a priori (linee guida, criteri, percorsi diagnostici, ecc.) e a posteriori vale specificamente nelle condizioni croniche e progressivamente disfunzionali (scompenso cardiaco, BPCO, diabete mellito, connettiviti, ecc.) per non parlare delle indagini diagnostiche prescritte per la valutazione di un rischio biologico, diagnosi precoce, prevenzione e per la valutazione della variegata fenomenologia dei disturbi aspecifici osservati in MG.

## ► Approccio a priori e diagnosi in MG

L'approccio a priori irrigidisce il processo conoscitivo-terapeutico

in schemi fissi e teoricamente adatti a tutte le situazioni, scotomizzando i casi particolari, ai limiti delle due code gaussiane (tipici di ogni categoria nosologica, specie se cronica) e soprattutto la multiforme casistica di disturbi aspecifici o di sintomi strani e bizzarri, che non superano mai la soglia diagnostica e restano sospesi come in una sorta di limbo clinico.

In MG non è sempre possibile abbinare alla prescrizione una chiara diagnosi o ipotesi diagnostica e di riflesso alcuni accertamenti appropriati, pre-definiti in modo rigoroso e schematico. Si tratta della parte tacita e non codificabile della professione, inerente alla peculiarità della disciplina; il Mmg deve affrontare una gamma di situazioni anomale, sintomi bizzarri, vaghi, aspecifici al confine tra fisiologia e patologia, soma e psiche, funzionale e organico, che di rado arrivano all'attenzione della medicina di II livello, difficili da schematizzare e codificare in modelli standardizzati di comportamento e decisioni cliniche appropriate a priori.

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