

# Inappropriatezza, il fronte si allarga alla diagnostica

**Giuseppe Belleri**

Medico di medicina generale  
Flero (BS)

*Per i medici di famiglia, in primis per quelli della Lombardia, dopo la stagione dei controlli sulla farmaceutica, a base di verifiche delle medie di spesa e accuse di inappropriatezza, pare proprio arrivato il turno degli accertamenti sulle prescrizioni diagnostiche*

Quasi come un temporale a ciel sereno è arrivato un altro monito per i Mmg lombardi: secondo il direttore Generale della Sanità della Regione, questi sarebbero rei di inappropriatezza prescrittiva e quindi primi responsabili dei presunti sprechi nella diagnostica.

La tirata d'orecchi dell'assessorato lombardo prelude forse a una nuova offensiva sul versante della diagnostica, con la richieste di rifondere i danni erariali per TAC, RMN, ecc. inappropriate, come accade con FANS e statine? Difficile fare previsioni. Per ora c'è da registrare la pronta reazione del sindacato Fimmg che nero su bianco ha respinto le accuse rivolte al "solito" Mmg sottolineando il proprio dissenso: *"verso ogni iniziativa tendente a trasformare la tutela della salute da valore da difendere e gestire in termini di qualità e compatibilità economica, in una semplice variabile finanziaria"* e denunciando che il Mmg *"si vede così stretto tra la medicina difensiva degli esami e delle tecnologie, consigliati dai più svariati specialisti delle strutture pubbliche e private (...) e una nuova, quella che vedrà il medico penalizzato come responsabile di una spesa impropria, imposta dall'incapacità programmatica di un sistema che vive in perenne emergenza"*.

Non sarà però agevole per la parte pubblica dimostrare quanto imputa ai Mmg per le ben note difficoltà nel definire a priori e in modo oggettivo i criteri di appropriatezza per ogni singola prestazione diagnostica. Oltre all'estrema eterogeneità delle tec-

niche diagnostiche e della varietà delle indicazioni cliniche, si deve tener conto anche della disomogenea distribuzione delle strutture erogatrici sul territorio e delle varietà di norme regionali. Problemi metodologici e pratici che hanno impedito fino ad ora l'elaborazione di note della diagnostica valide su tutto il territorio nazionale, nonostante l'esistenza di una commissione *ad hoc*. Ma sono gli aspetti pratici a porre i maggiori ostacoli. Un noto aforisma, attribuito a un luminare belga della radiologia, vale più di tante disquisizioni: *"Mettete un ecografo nel deserto e dopo un mese avrete una lista d'attesa"*. Non è un caso che la diagnostica per immagini rappresenti un tipico esempio di quella sorta di legge ferrea descritta dagli economisti sanitari, vale a dire l'induzione della domanda da parte dell'offerta.

### La rete prescrittiva

Nel settore diagnostico alle spalle del Mmg si celano, restando spesso occultati, un congruo numero di "primi prescrittori" che hanno per così dire ispirato la ricetta materialmente compilata dal generalista. Questo dato di fatto ha ricevuto una sorta di *imprimatur* ufficiale quando, alcuni anni or sono, fu abbandonata definitivamente dalla stessa parte pubblica l'ipotesi di fare del Mmg l'unico prescrittore per conto del Ssn e venne contestualmente distribuito a tutti i medici del Ssn, dipendenti o convenzionati, il nuovo ricettario a lettura ottica. Nello stesso senso vanno svariate delibe-

re regionali e articoli delle convenzioni nazionali che obbligano gli specialisti ambulatoriali e i medici dipendenti a prescrivere sul ricettario personale del Ssn le indagini necessarie ad approfondire il quesito clinico posto dal medico di famiglia.

I pesanti giudizi espressi dall'assessorato lombardo circa l'appropriatezza delle prescrizioni diagnostiche presuppongono un Mmg autonomo nelle decisioni che tutto controlla e dispone, sia a livello territoriale sia ospedaliero. Tuttavia accanto alle norme e agli atti formali c'è anche un livello informale e sfuggente che può rendere conto di quanto effettivamente le prescrizioni diagnostiche siano attribuibili alla penna del Mmg e non invece indotte da altri componenti la complessa rete dei servizi sanitari.

Vi è un preciso indicatore che permette di ricostruire trama e connessioni della rete assistenziale e, indirettamente, i diversi percorsi degli assistiti per accedere alle prestazioni diagnostiche. Mi riferisco alla visita specialistica intesa come tracciante delle interazioni tra la MG e il II livello, che mostrano come il primo non sia affatto autosufficiente e unico decisore di prestazioni diagnostiche. La consulenza infatti spesso esita in accertamenti clinici, decisi in prima istanza dallo specialista, ma suggeriti al Mmg. In realtà un'apposita casella della ricetta (la S di "suggerito") dovrebbe contrassegnare gli accertamenti indotti, ma non sempre viene biffata dai software gestionali né rilevata dai sistemi di elaborazione statistica delle ricette.

## ■ Quattro percorsi

Da diverse ricerche svolte in questi anni è possibile tratteggiare quattro diversi percorsi "standard", che legano primo e secondo livello, seguiti dagli assistiti per accedere alla diagnostica ambulatoriale:

**1.** La tradizionale consultazione ambulatoriale: l'assistito si rivolge al Mmg e riceve una prescrizione terapeutica o, in caso di incertezza diagnostica, la richiesta di ulteriori accertamenti clinici e/o di consulenza specialistica. Su 100 prescrizioni di visita specialistica redatte dal Mmg nella sua attività circa i 2/3 sono di questo tipo. A sua volta lo specialista pubblico, dotato di ricettario del Ssn, dovrebbe in teoria richiedere autonomamente tutte le indagini necessarie ad approfondire il quadro clinico. Le rilevazioni statistiche di questo dato sono imprecise e soggette a vari bias (i dati parlano di un 5% circa di tutte le prescrizioni del Mmg), ma una stima teorica porta a percentuali almeno doppie, con punte massime nella diagnostica per immagine di costo elevato. Infatti non sempre lo specialista si avvale del proprio ricettario, ma delega la "trascrizione" dell'esame al Mmg che quindi se ne fa impropriamente carico, sia sul versante economico, sia amministrativo.

**2.** Un percorso semplificato, rispetto al precedente, prevede sempre il contatto tra l'assistito e il proprio curante, ma semplicemente per ottenere "l'impegnativa" necessaria per accedere alla visita specialistica (controlli oculistici, ginecologici e in misura minore di altre specialità). Questa tipologia di richieste, indotte direttamente dagli assistiti al proprio curante, rappresenta circa il 10-15% delle richieste di consulenza. In genere il Mmg delega allo specialista la gestione della patologia come, per esempio, nel caso tipico del glaucoma e in analogia a quanto accade con i farmaci soggetti a nota Aifa e Piano Terapeutico.

**3.** L'assistito può rivolgersi direttamente a uno specialista privato, bypassando sia la medicina di famiglia sia la specialistica pubblica a favore

del rapporto libero-professionale. In questi casi, difficili da quantificare, il Mmg non può certo esimersi dal "trascrivere" gli accertamenti consigliati dal collega - ciò accade anche nelle due precedenti situazioni - pena l'eventualità di innescare un conflitto con l'assistito o, peggio ancora, di assumersi il rischio medico-legale del diniego della prescrizione.

**4.** Gli assistiti affetti da particolari patologie, come diabetici complicati, emopatici, ecc. possono accedere direttamente ai servizi specialistici che li hanno in carico o previa attivazione del passaggio in cura. Anche l'accesso al PS può comportare una consulenza specialistica che, a sua volta, esita spesso in accertamenti diagnostici da svolgersi in un secondo tempo in sede extra-ospedaliera a cura del Mmg. In queste due ultime situazioni può quindi capitare al Mmg di trascrivere gli esami suggeriti senza aver avuto nemmeno richiesto la consulenza di II livello.

Solo alcune porzioni di questi percorsi sono sotto il diretto controllo e la responsabilità diretta del Mmg. Infatti ogni percorso è associato a diverse modalità di richiesta di prestazioni diagnostiche per l'intervento, diretto o indiretto, di vari decisori che si influenzano reciprocamente e sono co-implicati nella prescrizione. Come ha rilevato l'epidemiologo Francesco Taroni, la rete assistenziale è così complessa che *"nessuno dei numerosi attori può esercitare la funzione di comando e controllo e, parallelamente, non esiste un unico soggetto cui imputare responsabilità complessive"*, al contrario di quanto presuppone invece l'assessorato lombardo additando semplicisticamente il Mmg come unico responsabile della diagnostica e delle prescrizioni inappropriate.

Bibliografia disponibile online  
[www.passonieditore.it](http://www.passonieditore.it) - [www.aimef.org](http://www.aimef.org)

### BIBLIOGRAFIA

- Astori P et al. "Vorrei fare tutti gli esami". *Ricerca & Pratica* 2003; 19: 230-234.
- Baronchelli M, Belleri G, Bettini GL, Loglio A, Tabaglio E. Prescrizioni indotte dalla medicina di secondo livello. *Occhio Clinico*, 2005; 8: 27-28.
- Baronchelli M et al. Una ricerca osservazionale sulle prescrizioni suggerite in medicina generale: il caso della Asl di Brescia. *Politiche Sanitarie* Vol. 7 n. 4 ottobre-dicembre 2006.
- Baronchelli M et al. Cosa pretende l'assistito dal medico? Ricerca sugli accertamenti diagnostici indotti dalla richiesta degli assistiti. *Occhio Clinico* 2007; 4: 25.
- Grilli R, Taroni F. *Governo clinico, Il pensiero scientifico*, Roma, 2004.
- Longo F, Vendramini E. *Il budget e la medicina generale*. McGraw-Hill, Bologna, 2001.
- Tedeschi P, Tozzi V. *Il governo della domanda*. McGraw-Hill, Bologna, 2004.