

Prescrizioni: i vizi della delibera lombarda

Giuseppe Belleri
Medico di medicina generale
Flero (BS)

Una recente circolare Asl inviata ai medici di famiglia lombardi sull'obbligo di apporre la diagnosi o il quesito diagnostico sulle richieste di prestazioni evidenzia quanto amministratori e decisori pubblici ignorino una parte rilevante dei compiti professionali dei Mmg

Come spesso accade dopo l'introduzione di un provvedimento, che nelle intenzioni avvierebbe una fase di cambiamento (M.D. 2008; 3: 8), con il passare del tempo si evidenziano alcuni effetti collaterali dovuti all'impatto "ecologico" con la complessità del reale. Se poi le nuove norme si applicano con intransigenza burocratica affiorano veri e propri effetti perversi come si palesa dai primi esiti della delibera lombarda, datata 26 novembre 2008, che ha introdotto dal primo gennaio del 2009 (delazionata fino al primo marzo) l'obbligo di apporre la diagnosi o il quesito diagnostico sulle richieste di prestazioni ambulatoriali, sia di laboratorio sia per immagine.

Nelle prime settimane dall'entrata in vigore delle nuove disposizioni i Mmg si sono trovati alle prese con il problema di motivare le numerose richieste di accertamenti e viste specialistiche orfane di un problema codificato o di un chiaro sospetto clinico. A questo proposito i programmi informatici offrono una gamma di diciture, tratte dal sistema ICD9 di codifica delle malattie, che descrivono non tanto le patologie codificate, ma i fattori che influenzano lo stato di salute (codici da V01 a V80) come per esempio: controllo clinico, controllo salute, controllo prevenzione, controllo periodico, screening oncologico, anamnesi personale per..., convalescenza, problemi medici legati agli stili di vita ecc.

In medicina generale (MG) infatti, come del resto dovrebbero sapere tutti coloro che hanno a che fare con le cure primarie, non è sempre possibile abbinare alla prescrizione una chiara ipotesi diagnostica. Si tratta

della parte tacita e non codificabile della professione inerente alla peculiarità stessa della disciplina, composta da una gamma di situazioni, difficile da schematizzare e a cui si è cercato di rispondere con alcune codifiche quali:

- Valutazioni di rischi generici o specifici, come per esempio quello cardio-cerebro-vascolare.

- Esami richiesti in presenza di una familiarità o per una generica forma di "prevenzione" (Pap test, mammografia, ricerca del SOF, test di suscettibilità genetica, ecc.).

- Test ematici di controllo indotti dagli assistiti sani (la richiesta di "fare tutti gli esami" o di generici controlli durante accrescimento, allattamento, menopausa, convalescenza, situazioni stressanti, contraccettivo orale ecc.).

- Sintomi vaghi e aspecifici privi di riscontri clinici obiettivi, che richiedono la prescrizione di accertamenti a 360 gradi per sondare numerose ipotesi diagnostiche (astenia, malessere generale, febbre, ecc.).

- Prescrizioni indotte da professionisti di II e III livello, senza una chiara motivazione clinica o un sospetto diagnostico esplicito.

- Prescrizioni in cui non vi è tecnicamente alcun quesito clinico da porre in quanto la diagnosi è già accertata da tempo (esami di controllo per valutare l'evoluzione, lo stadio funzionale o il compenso di patologia cronica ad elevata prevalenza). Inoltre talvolta l'iter clinico, in caso di sintomi aspecifici, si conclude con una non-diagnosi o un non-problema, oppure con la raccolta di informazioni non dirimenti, configurando la cosiddetta patologia "sotto soglia", fenomeno peculiare dell'area

infettivologica, immuno-reumatologica, psichiatrica e delle forme "psicosomatiche" di confine senza riscontri obiettivi. Si tratta di situazioni in cui prevale l'incertezza e l'indeterminazione diagnostica, ben note a tutti coloro che hanno esperienza, diretta o indiretta, di medicina pratica sul campo.

La fenomenologia della MG

Due esempi, tratti dalla letteratura, possono testimoniare l'entità di questa fenomenologia. Una ricerca condotta nei primi anni del secolo nella Asl di Brescia ha cercato di quantificare una delle più frequenti richieste avanzate dagli assistiti al proprio Mmg, vale a dire il desiderio di "fare tutti gli esami del sangue". Ebbene al termine di sei mesi di rilevazione da parte di una decina di generalisti è emersa una realtà abbastanza sorprendente e inattesa: circa un terzo degli esami bioumorali prescritti dal Mmg nell'attività ambulatoriale è indotto dalla richiesta dell'assistito, ma soprattutto il 50% di tali richieste è avanzato da assistiti del tutto asintomatico e in buone condizioni di salute!

Dopo questa prima ricerca altre indagini hanno esplorato il ruolo degli assistiti nella prescrizione di prestazioni di diagnostica ambulatoriale (radiografie, TAC, ecografie, visite specialistiche ecc.). Da queste osservazioni è emerso che il 12% degli accertamenti prescritti dal Mmg sono "suggeriti" dagli assistiti e tra questi prevalgono proprio gli esami di tipo genericamente "prevenitivo" richiesti da soggetti asintomatici, in particolare rivolti alla salute della donna.

Queste osservazioni descrivono e quantificano la parte "sommersa" dell'iceberg che naviga nel mare delle cure primarie, sovente ignota agli stessi amministratori pubblici, come dimostrano gli esiti imprevisti dell'obbligo di annotare il quesito diagnostico sulle richieste di accertamenti clinici.

■ Rigidità concettuale

Dal primo marzo 2009 in Lombardia saranno bandite tutte le motivazioni che non si riferiscono a una precisa diagnosi. Fin dal mese di febbraio, pertanto, nelle bacheche dei centri di prenotazione delle strutture accreditate campeggiano avvisi per gli assistiti che recitano: *"Non verranno né prenotate né eseguite prestazioni prive di un quesito diagnostico chiaro e specifico"*.

La solerzia delle amministrazioni ospedaliere nell'applicare la delibera regionale si deve al fatto che le ricette prive di tale dicitura non saranno rimborsate dalle Regione. Il medesimo concetto è stato ribadito da una circolare Asl, inviata a tutti i Mmg, in cui è contenuta la seguente ingiunzione: *"Sono proibite, in quanto non identificano la diagnosi, le*

seguinti diciture: accertamenti, controllo, check-up, valutazione, routine, esiti, controllo salute, monitoraggio, follow up, screening, prevenzione, presa in carico /passaggio in cura, valutazione per intervento, peggioramento/aggravamento, esenzione ticket". È proibito l'uso degli acronimi per indicare la diagnosi (salvo casi di uso corrente, per i quali è in corso una indicativa stesura che verrà successivamente comunicata).

■ Diktat da gestione nosocomiale

In buona sostanza una consistente parte dell'attività professionale del Mmg viene scotomizzata dalla burocrazia regionale che invece vorrebbe codificare ogni atto medico nel tentativo di "ospedalizzare" forzatamente il territorio. L'obiettivo di applicare d'autorità alle cure primarie le logiche della gestione nosocomiale emerge anche da alcuni passaggi della preintesa convenzionale, specie quelli relativi ai flussi informativi, come l'obbligo di inserire il codice ICD9 nell'invio telematico delle prescrizioni, che scatterà non appena le Regioni saranno nelle condizioni di aderire al progetto nazionale di "ricetta

elettronica". Il diktat delle Asl lombarde ai Mmg rivela che amministratori e decisori pubblici ignorano in cosa consista una parte rilevante dei compiti professionali del Mmg. Da tale scarsa consapevolezza deriva il pregiudizio negativo verso le abitudini prescrittive del Mmg, rivelata dal depennare delle diciture utilizzate dai medici di famiglia di fronte a situazioni orfane di una diagnosi o di un chiaro quesito diagnostico.

Le reazioni dei sindacati e di gruppi locali di generalisti alle inammissibili forzature burocratiche introdotte con la delibera di novembre non si sono fatte attendere.

Voci, non ancora confermate, riferiscono della volontà dell'assessorato regionale di riconsiderare l'applicazione intransigente dell'obbligo di quesito diagnostico e di un probabile rinvio a fine aprile della scadenza del periodo di transizione prima della definitiva entrata in vigore del provvedimento.

Come è facile intuire si tratta di una questione di grande rilievo culturale e pratico in cui è in gioco l'identità (che professionista è il Mmg) e il profilo epistemologico (cosa può conoscere) delle cure primarie.