

## Lombardia: accolte riserve sul quesito diagnostico

**Giuseppe Belleri**

Medico di medicina generale  
Flero (BS)

*Seppure in "zona Cesarini", alla vigilia dell'applicazione dell'obbligo di apporre il quesito diagnostico sulla ricetta, è arrivata la proroga dell'entrata in vigore definitiva della delibera regionale del novembre 2008*

**L**a direzione generale sanità della Lombardia ha accolto le numerose riserve, delle associazioni mediche, rispetto a un'applicazione rigida dell'obbligo di quesito diagnostico sulle prescrizioni diagnostiche. Fin da subito erano emersi alcuni "effetti collaterali" di questa decisione (M.D. 2009; 3:8; 8:12-13; 9:8) per quanto riguarda gli accertamenti prescritti a soggetti asintomatici per motivazioni genericamente "preventive". Il confronto tra i Mmg si è sviluppato attorno alle argomentazioni di natura metodologica, epidemiologica e regolatoria che supportano le riserve espresse circa le interpretazioni letterali della delibera regionale date da alcune Asl. Il dibattito può essere ricondotto al tema della "crisi della diagnosi", lucidamente descritta dal clinico romano Vito Cagli in un breve testo (La crisi della diagnosi, Armando Editore, Roma, 2007) che parte da una constatazione di fondo: "qualsiasi forma di sapere o di attività umana non resta immobile nel tempo: sotto la spinta di esigenze nuo-

ve e diverse essa muta, si trasforma, diviene altra da quello che era. Quando i fattori di cambiamento sono numerosi, quando la loro spinta diviene più forte e si concentra in un ristretto ambito temporale, il mutamento viene avvertito con disagio ed è allora che parliamo di crisi".

Lo sviluppo delle conoscenze, l'introduzione di nuove tecniche biomediche, i mutamenti delle concettualizzazioni patologiche e della nosografia, le prospettive aperte dalla genetica e dalla medicina predittiva, il ruolo della tecnologia nel procedimento diagnostico e i nuovi orientamenti metodologici ed epidemiologici, lungi dal ridurre le incertezze, hanno introdotto nuovi elementi di aleatorietà e di instabilità in un contesto in cui la logica probabilistica ha sostituito un determinismo, ormai tramontato in molte altre scienze. Di conseguenza si è affermato un concetto di fondo: "la distinzione netta tra normale e patologico è un artefatto, perché queste due condizioni sfumano spesso l'una nell'altra, il loro confine è mutevole nel tempo, non di rado è

arbitrario e in molti casi difficile da identificare". Da qui il venir meno della centralità della diagnosi a vantaggio della terapia, da un lato, della valutazione di rischi e suscettibilità di malattia, dall'altro. La diagnosi così si sposta dal qui ed ora a un futuro più o meno lontano e più o meno probabile.

Di conseguenza per poter valutare con cognizione di causa lo stato di salute di un soggetto non bastano più le informazioni attuali di carattere soggettivo (presenza di sintomi) e neppure un attento esame obiettivo (presenza di segni fisici di malattia) ma è necessaria una esplorazione dei rischi a cui l'assistito potrebbe essere esposto a sua completa insaputa.

### I fattori di rischio

I fattori di rischio possono riguardare condizioni disparate e individuabili soltanto con la prescrizione di alcuni esami ematici per valutare i parametri di base relativi alla probabilità di sviluppare eventi (cardiovascolari, alterazioni metaboliche, ecc). A questi diversi profili di rischio vanno aggiunti gli accertamenti che possono individuare condizioni morbose in atto in particolari categorie o veri deficit di funzionalità asintomatici come carenze vitaminiche o di ferro, suscettibilità genetica, iniziali segni di insufficienza renale, alterazioni epatiche, condizioni di "portatore sano" ecc. La questione del quesito diagnostico si può collocare in questa nuova prospettiva e nella cornice culturale emergente della "crisi della diagnosi". Tale crisi trova così nel contesto territoriale una sorta di epicentro, mentre l'applicazione dell'obbligo del quesito diagnostico si può rivelare una sorta di sismografo che ne registra i movimenti che rischiano di scuotere le basi della medicina pratica.

### Delibera del 20 febbraio 2009

1. La decorrenza della DGR VIII/8501 del 26/11/2008, originariamente formulata nei termini generici di "nel corso del 2009", debba essere allineata con i tempi previsti dalla proposta di deliberazione VIII/8503 ed entri quindi in vigore dal "90° giorno successivo alla pubblicazione sul bollettino ufficiale della Regione Lombardia" della delibera di Giunta che approverà in via definitiva la proposta n. VIII/8503.
2. Ai fini di una graduale e ponderata introduzione di questo provvedimento e per favorire le opportune valutazioni di merito con i medici prescrittori, relativamente alle ricette compilate dal 1 marzo 2009, fino alla data di decorrenza della emananda DGR di cui al punto precedente, i soggetti erogatori provvedano a segnalare alle Asl territorialmente competenti le impegnative prive di quesito diagnostico o con lo stesso formulato in modalità oggettivamente generica, relative a pazienti non esenti per patologia di cui ai DM Sanità 329/1999 e 296/2001 ed a pazienti affetti da malattie rare di cui al DM Sanità 279/2001 e contenenti procedure di tipo diagnostico.
3. La direzione generale sanità attivi un tavolo di lavoro con l'OMCeO con la finalità di produrre un documento che fornisca delle precisazioni a riguardo di situazioni che possono richiedere la necessità di effettuare delle procedure diagnostiche, soprattutto per quanto riguarda la medicina di laboratorio, anche in mancanza di un esplicito quesito diagnostico, ma in presenza di specifiche condizioni di "rischio" e/o di necessità preventive.