

Lombardia: l'anno della diagnostica

Giuseppe Belleri

Medico di medicina generale
Flero (BS)

Stop agli eccessi prescrittivi, con un occhio particolare agli esami diagnostici. Questa è la finalità dichiarata dalla Regione su alcuni provvedimenti come l'obbligo del quesito diagnostico. Ma accanto a questo dovrebbe prendere il via anche la sperimentazione della dote sanitaria con obiettivi di segno opposto, cioè il contenimento dell'inappropriatezza per difetto. Fino a che punto queste iniziative si integreranno senza creare squilibri?

Periodicamente sui quotidiani compaiono notizie allarmanti riguardo a procedure diagnostiche o terapeutiche che invece di salvaguardare la salute delle persone la metterebbero a repentaglio. L'ultimo allerta in ordine di tempo arriva dagli USA e riguarda la diagnostica per immagine che utilizza radiazioni ionizzanti: radiografie e TAC varie sarebbero nel 25% dei casi inappropriate e costituirebbero un serio rischio per la salute di molti cittadini. Un motivo in più per introdurre un salutare giro di vite e contenere gli eccessi nella diagnostica per immagine. Questo sembra l'orientamento di una Regione capofila come la Lombardia che, riprendendo una formula rituale, pare proprio aver dichiarato il 2009 l'anno della diagnostica.

Oltre alla Regione è scesa in campo anche la Asl di Milano 1, che ha licenziato un accordo integrativo in cui risalta il capitolo sull'appropriatezza prescrittiva delle indagini cliniche. L'equazione proposta nell'accordo milanese è semplice e intuitiva: la riduzione dell'inappropriatezza prescrittiva migliorerà la gestione delle patologie e porterà, come effetto secondario, anche a un contenimento della spesa proporzionale al numero di prestazioni evitate.

Tuttavia accanto all'inappropriatezza per eccesso esiste anche una speculare forma di scadente appropriatezza, ovvero quella per difetto, che rappresenta una criticità altrettanto rilevante, ma sommersa. Infatti contestualmente all'accordo della Asl Milano 1 dovrebbe prendere il via la speri-

mentazione della "dote sanitaria" (M.D. 2009; 5: 6-7) che prevede obiettivi di segno opposto, ovvero il contenimento dell'inappropriatezza per difetto. Ma andiamo con ordine.

■ L'accordo della Asl Milano 1

L'accordo sottoscritto alla Asl Milano 1 si propone di governare la diagnostica ambulatoriale e di contenere l'inappropriatezza per eccesso, prima di tutto con l'introduzione dell'obbligo del quesito diagnostico avente lo scopo di limitare la prescrizioni alle situazioni in cui vi sia un'adeguata motivazione clinica. L'obbligo di quesito diagnostico sarà monitorato mediante indicatori condivisi dai prescrittori del territorio e ospedalieri, mentre il suggerimento dei secondi al Mmg dovrà essere strettamente motivato, anche stabilendo un flusso diretto dai medici del territorio alla Asl per la tempestiva segnalazione di eventuali criticità nella salvaguardia delle aspettative degli assistiti.

Razionale

Secondo la disamina della Asl Milano 1, l'analisi della numerosità assoluta delle prestazioni aggregate per tipologia evidenzia i consumi maggiori nelle aree: laboratorio, diagnostica strumentale e per immagini e visite specialistiche. Con riferimento alla generalità delle prescrizioni, i dati riferiti dalla Asl per l'anno 2008 indicano che la prescrizione di medicina specialistica è effettuata per il 59.80% da Mmg, per l'1.41% da Pls e per il 37.9% da specialisti per quanto riguarda la numerosità delle prescri-

zioni, mentre con riferimento al valore lordo delle stesse le prescrizioni del Mmg pesano per circa il 49% contro un maggior peso delle prescrizioni specialistiche (30%). Questi sono i dati ricavati dalle ricette dal Ssr.

A tali dati bisogna però aggiungere la quota di prestazioni prescritte dal Mmg su suggerimento dello specialista, per avere il reale carico prescrittivo delle diverse tipologie di prescrittori. Tali dati mostrerebbero che l'intervento per il contenimento delle prescrizioni di diagnostica debba essere distinto equamente tra i diversi prescrittori, cosa che la Asl dichiara di voler fare utilizzando lo strumento del Patto di Governance con i medici e della negoziazione con le strutture. Fatta 30 la percentuale di inappropriatezza della diagnostica, l'obiettivo che si pone è la riduzione del 10% del totale di prescrizione stimata per l'anno 2009.

Interventi

L'obiettivo della riduzione del 10% della specialistica, rispetto al valore stimato per l'anno 2009 per un risparmio di circa 30 milioni di euro, verrà conseguito con un mix di interventi:

- la riduzione delle visite specialistiche attuata con l'indicazione del quesito diagnostico;
- l'applicazione dei PDTA diabete, rischio CCV, asma in età pediatrica, monitoraggio TAO, certificazione di esenzione per patologia;
- la promozione dell'appropriatezza con il riaffidamento gli assistiti al Mmg;
- il contenimento delle indagini a rischio di inappropriatezza.

Per raggiungere gli obiettivi individuati, l'accordo sollecita l'impegno della medicina generale, ma anche dei prescrittori delle strutture accreditate e prevede pure una campagna di sensibilizzazione sui mass media per promuovere il corretto ricorso alla diagnostica e la sensibilizzazione culturale nella popolazione.

Ai comitati di distretto è assegnato il compito di monitorare il processo mediante analisi della presenza, qualità e specificità del quesito diagnostico, sorveglianza sulle prestazioni diagnostiche ad alto rischio di inappropriatazza e verifica dell'adesione alle raccomandazioni Asl, anche riguardo ai percorsi di cura dei propri assistiti (analisi delle SDO). Compiti non certo agevoli, tenuto conto della pluralità dei prescrittori e soprattutto della difficoltà di valutazione dell'appropriatazza nei singoli casi clinici. Difficile immaginare, per esempio, che l'obbligo del quesito diagnostico possa contenere le prescrizioni di diagnostica per immagini più costose e tecnologicamente avanzate indotte per più dei 2/3 dal secondo livello. Tutt'al più potrà arginare una parte delle prescrizioni di esami ematici richiesti al Mmg da soggetti asintomatici e apparentemente sani per una generica rassicurazione sullo stato di salute.

■ Dote sanitaria

Per trovare un esempio di inappropriatazza per difetto, sebbene implicita, basta sfogliare il testo del medesimo accordo integrativo della Asl che propone due progetti clinici, uno per lo screening del Rischio cardio-

cerebrovascolare (RCCV) in almeno 25.000 assistiti e l'altro per la gestione integrata del diabete. È facile intuire che i Mmg dovranno prescrivere a tappeto nella popolazione target gli esami ematici, indispensabili per calcolare il punteggio individuale di rischio cardiovascolare, secondo il progetto ministeriale "Cuore", e per il monitoraggio metabolico dei diabetici. Probabilmente l'aumento delle prescrizioni imputabile ai due progetti avrà un impatto sulla spesa derivante dal contenimento dell'inappropriatazza per difetto.

Effetti analoghi potrebbe avere l'introduzione della "dote sanitaria", che consiste nella promozione dei PDTA diabete, ipertensione, RCCV e asma in età pediatrica. Questi interventi si tradurranno in un proporzionale incremento delle richieste di test ematici, visite specialistiche ed esami diagnostici nella popolazione target, sia per l'arruolamento dei malati sia per i periodici follow-up previsti dal percorso assistenziale.

Un'esplicita indicazione in tal senso è contenuta nella Delibera regionale n. 8501 del 26/11/2008 che, nell'allegato 9 sulla cosiddetta "dote sanitaria", si propone di favorire:

- la concreta presa in carico delle persone affette da patologie croniche per migliorare la sopravvivenza, ritardare le complicanze e la disabilità, favorendo la regolarità, la continuità di cura anche supportando il paziente nel percorso assistenziale;
- il miglioramento dell'adesione ai percorsi assistenziali condivisi, con la possibilità di riduzione degli interventi clinicamente inappropriati e un

maggiore impegno nella valutazione delle scelte prescrittive.

È sempre l'allegato 9 che quantifica il deficit di continuità assistenziale nella gestione delle principali patologie croniche: secondo alcune ricerche solo il 25-30% dei soggetti affetti da patologia cronica può essere adeguatamente considerato "in percorso". Ciò significa che per applicare "a pieno regime" i vari PDTA si potrebbe ipotizzare perlomeno il raddoppio degli attuali volumi di prestazioni di diagnostica ambulatoriale rivolti alla gestione della cronicità. In teoria l'aumento delle prescrizioni verrà compensato dall'atteso contenimento dell'inappropriatazza per eccesso nella diagnostica.

■ Impatto sugli esiti

Tra i due interventi di contrasto all'inappropriatazza esistono però alcune differenze significative che potrebbero avere un certo impatto sugli esiti:

- l'accordo della Asl Milano 1 si rivolge a tutta la popolazione, mentre la dote sanitaria viene introdotta per ora in modo sperimentale in alcune Asl della Regione (Bergamo, Brescia, Cremona, Milano 2) e solo a livello di gruppi selezionati;
- i criteri di appropriatezza prescrittiva, dedotti dai diversi Percorsi diagnostico terapeutici, sono più espliciti e specifici rispetto all'auspicata riduzione dell'inappropriatazza per eccesso, prevista dall'accordo milanese con criteri piuttosto aspecifici e quindi incerti negli esiti empirici, con l'eccezione delle tipologie di esami a elevato rischio di inappropriatazza evidenziate dall'analisi della Asl.

Quale sarà la risultante sulla spesa del contrasto su le due speculari forme di inappropriatazza? Fino a che punto questi interventi si integreranno in modo equilibrato oppure, al contrario, non si profila il rischio che prevalga un obiettivo rispetto all'altro? I dati sui volumi di prescrizioni e il bilancio consuntivo del 2009 potranno dimostrare in che misura è stato conseguito il giusto mix tra promozione dell'appropriatazza nella gestione della cronicità e contenimento dell'inappropriatazza diagnostica per eccesso.

Indagini a rischio di inappropriatazza

Le indagini che nell'analisi condotta sui dati della Asl Milano 1 nell'anno 2008 risultano particolarmente prescritte e presentano un alto rischio di inappropriatazza sono:

- Radiodiagnostica: l'ecografia dell'addome completo è il primo esame prescritto a prevalenza dai Mmg, con un costo complessivo pari a 6.000.000 euro; la densitometria ossea, 2.157.000 euro; la RMN, oltre 7.000.000 euro, con rilevante quota di prescrizione specialistica.
- Ematochimica: diagnostica tiroidea (FT3, FT4, TSH), oltre 4.000.000 euro; PSA specifico e frazione libera, oltre 2.790.000 euro.
- Terapia fisica e riabilitazione (in corso di definizione progetto sperimentale).