

## Quesito diagnostico: la svolta della Lombardia

**Giuseppe Belleri**  
Medico di medicina generale  
Flero (BS)

*Con una recente delibera la Regione ha posto fine alle controversie sull'obbligo di annotare su ogni prescrizione diagnostica il sospetto clinico, ma ha anche disposto direttive sull'utilizzo del ricettario del Ssn da parte degli specialisti operanti in ospedali e cliniche private accreditate*

**L**a querelle sul quesito diagnostico, innescata a fine 2008 dalla delibera lombarda che aveva introdotto l'obbligo di annotare su ogni prescrizione il sospetto clinico (*M.D.* 2009; 8: 12-13; 23: 12-13) ha avuto buon fine.

L'interpretazione restrittiva di alcune Asl, che avevano proscritto ai generalisti l'utilizzo di espressioni generiche come controllo e follow-up o facenti riferimento alla prevenzione, aveva convinto l'assessorato lombardo a rinviare l'entrata in vigore della nuova disposizione prima all'inizio di giugno e poi di ottobre, in attesa del pronunciamento della commissione istituita *ad hoc* sotto la supervisione della Federazione Regionale degli Ordini. Dopo alcune riunioni la com-

missione ha formulato il proprio parere, recepito dalla Delibera n. 8/9578 pubblicata sul *BUR* del 22/6/2009, accogliendo in sostanza le obiezioni formulate dai sindacati lombardi della medicina generale (*M.D.* 2009; 13: 14-15): dal prossimo ottobre si potranno prescrivere indagini diagnostiche sia in presenza della sola sintomatologia lamentata (motivazione clinica) sia per finalità preventive cerebrovascolari, oncologiche o metaboliche. La stessa delibera ha introdotto un'importante novità nei rapporti tra la medicina del territorio e le strutture accreditate, anche questa ripetutamente sollecitata dai sindacati e connessa alle problematiche del quesito diagnostico.

La legge 31 del 1997, istitutiva del Ssr

lombardo, ha decretato la parità di trattamento delle strutture ospedaliere private accreditate rispetto a quelle pubbliche in fatto di criteri e standard di accreditamento, remunerazioni delle prestazioni, DRG, contratti di fornitura e budget, ecc. Eppure ciononostante è rimasta in vigore un'evidente disparità di condizioni: le strutture private non sono state dotate del ricettario a lettura ottica del Ssr che invece è a disposizione da oltre 15 anni degli ospedali pubblici, sebbene sia stato ampiamente sotto utilizzato. La delibera ha posto rimedio a questa evidente difformità di trattamento disponendo che anche gli specialisti di ospedali e cliniche private possano utilizzare il ricettario pubblico per la prescrizione delle indagini diagnosti-

### Le novità della delibera

#### ► Quesito diagnostico

(...) Per quanto attiene la compilazione del quesito/sospetto diagnostico può essere esaustiva anche la motivazione di indagine clinico diagnostica per condizioni connesse alla prevenzione cerebrocardiovascolare o oncologica o metabolica; in tema di quesito/sospetto diagnostico è opportuno precisare la sua duplice natura di motivazione clinica e di quesito diagnostico. È quindi necessario, pur distinguendo le due entità citate,

#### ► Utilizzo ricettario del Ssn

(...) Di abilitare i seguenti medici del Ssn all'effettuazione di prescrizioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale a favore di assistiti lombardi con l'utilizzo dei ricettari del Ssn, ex articolo 50 della legge n. 326 del 24 novembre 2003, di conversione del DI n. 269/2003:

- Medici delle Aziende ospedaliere e medici di strutture sanitarie di diritto privato, sia intra che extra ospedaliere, accreditate e a contratto con il Servizio sanitario regionale.
- Medici degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (l'utilizzo è consentito unicamente nell'attività istituzionale,

prevedere che entrambe siano valide ai fini del rispetto delle indicazioni di cui alla presente deliberazione; infatti:

- la motivazione clinica è la traduzione della sintomatologia accusata dal paziente (per esempio colica addominale, gonalgia, tosse ...);
- mentre il quesito diagnostico esprime precisamente il sospetto clinico che il medico prescrittore ha formulato dopo aver raccolto l'anamnesi, visitato il paziente e aver eventualmente valutato indagini precedenti, radiologiche, di laboratorio o meno.

escludendo quindi qualsiasi impiego in attività libero professionale).

- Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale.
- Medici specialisti ambulatoriali convenzionati e di guardia turistica, richiamando l'obbligo in capo alle strutture sanitarie di trasmissione dei dati, ai sensi del medesimo articolo di legge.

Di stabilire che l'utilizzo dei ricettari del Ssn da parte dei medici abilitati ai sensi del presente provvedimento (...) costituisce un obbligo contrattuale rilevante per le strutture sanitarie, ai sensi dell'art. 1 del contratto tipo stipulato con le Asl, al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni.

che strumentali. Il provvedimento si propone di coniugare l'appropriatezza prescrittiva diagnostica con la responsabilizzazione del II livello, sia rispetto ai vincoli di budget sia verso il fenomeno delle prescrizioni indotte che ricadono (impropriamente) sulla medicina generale (il 40% circa delle prescrizioni di indagini diagnostiche e visite specialistiche sono riconducibili al II livello). Insomma si annuncia una mezza rivoluzione a partire dal prossimo mese di ottobre nel segno della semplifica burocratica e di una maggiore efficienza dei percorsi diagnostici per gli assistiti lombardi che, di riflesso, alleggerirà i generalisti di una consistente quota di esami "suggeriti" da trascrivere sul proprio ricettario. Sempre che gli specialisti delle strutture private si comportino in modo più aderente alle nuove disposizioni rispetto ai colleghi dipendenti dal Ssn. Infatti nonostante una delibera analoga sia in vigore fin dal 1991, per quanto riguarda le strutture pubbliche, non si può dire che sia stata applicata scrupolosamente dagli specialisti delle aziende ospedaliere, anche se le pressioni dei sindacati su Asl e Aziende ospedaliere pubbliche sembrano smuovere un po' le acque da qualche tempo in qua.

### I limiti

Le precisazioni della delibera sull'obbligo del quesito diagnostico superano le interpretazioni restrittive della nuova norma, legittimando le richieste di accertamenti diagnostici per "condizioni connesse alla prevenzione cerebrocardiovascolare o oncologica o metabolica". Tuttavia la delibera non contiene alcun riferimento ai problemi di valutazione dei rischi, nel senso della quantificazione delle probabilità che un soggetto possa sviluppare una patologia organica. Infatti da almeno un ventennio le prescrizioni a carattere preventivo sono finalizzate proprio a quantificare il rischio individuale (come per esempio quello cardiocerebrovascolare globale, secondo il progetto ministeriale Cuore) di andare incontro a un evento clinico al fine di attuare i più appropriati provvedimenti, sia farmacologici sia

di modificazioni degli stili di vita, per la riduzione di tale rischio. Risale alla fine gli anni Ottanta del secolo scorso un testo di riferimento in materia, dell'epidemiologo Paolo Vineis, che descriveva l'evoluzione dei diversi "modelli di rischio" (da quello deterministico a quello probabilistico) che si facevano strada a seguito delle indagini epidemiologiche. Di queste tematiche non vi è cenno nella delibera lombarda, proprio quando si affaccia alla ribalta della pratica clinica un'importante sviluppo della cultura del rischio, vale a dire quello genetico/genomico che si preannuncia come un nuovo paradigma di riferimento per la prevenzione.

Anche il provvedimento sulla distribuzione del ricettario del Ssr alle strutture accreditate presenta un piccolo neo. Infatti nel testo non viene precisato in quali situazioni è fatto obbligo agli specialisti pubblici e privati di utilizzare il ricettario del Ssr. Tale precisazione era invece contenu-

ta nella delibera n. 5/12317 del 30 luglio 1991, poi recepita dalle successive convenzioni per la medicina generale e la specialistica, che recitava: "lo specialista del Servizio Pubblico, sia ospedaliero che ambulatoriale, qualora ritenga necessario eseguire ulteriori indagini diagnostiche, per rispondere ai quesiti del medico di medicina generale, deve prescriberle direttamente sul proprio ricettario senza alcun intervento del medico curante". In teoria, quindi, mancando un'esplicita indicazione comportamentale in tal senso, l'uso del ricettario da parte degli specialisti deve ritenersi ancor più estensivo rispetto alla specifica della delibera del 1991 (prescrizioni di indagini di approfondimento o follow-up alla dimissione dopo ricovero ordinario o in day-hospital, dopo accesso al Pronto soccorso, ecc.). C'è da augurarsi che la nuova disposizione venga recepita dalle strutture accreditate coerentemente con gli obiettivi di appropriatezza e responsabilità che l'hanno ispirata.