

Prescrizioni inappropriate di accertamenti clinici

Giuseppe Belleri

Medico di medicina generale
Flero (BS)

Nel tempo alcune prescrizioni di accertamenti diagnostici sono diventate abitudinarie e automatiche, anche se non supportate dall'EBM. L'esperienza dell'Asl di Brescia, dove vi era un eccesso di richieste di test per la funzionalità tiroidea, ha mostrato però che appropriatezza ed economicità non sempre sono in conflitto

Non sempre l'apprendimento e la formazione permanente equivalgono a "fare qualche cosa in più" rispetto al passato. Quando si vuole promuovere l'appropriatezza, la parola d'ordine è ben nota: "prescrivere il farmaco o l'accertamento giusto all'assistito giusto, nei modi e nei tempi giusti".

Facile a dirsi, un po' meno a mettere in pratica, anche perché il concetto di appropriatezza vale per il singolo caso e non per le popolazioni. L'appropriatezza può però restare un bel concetto lontano dalla realtà pratica. È il caso, per esempio, delle cosiddette "routine organizzative", ovvero prescrizioni, specie di accertamenti diagnostici, divenute con il passare del tempo abitudinarie e automatiche, che vengono adottate senza "pensarci troppo su". Come una sorta di contagio epidemico si possono diffondere per contiguità e per imitazione dall'ospedale al territorio, dalla medicina specialistica alle cure primarie.

Non sempre questi automatismi prescrittivi hanno un razionale o sono supportati da solide motivazioni EBM. Ciononostante, possono persistere per anni e sono difficilmente modificabili per il loro radicamento "storico" (si è sempre fatto così) e la pervasività sociale ("lo fanno tutti"). In questi casi servono interventi di dis-apprendimento: l'obiettivo della formazione consiste nel motivare e convincere i professionisti ad abbandonare abitudini superate o inappropriate.

Il disapprendimento di una routine non è meno agevole dell'apprendimento di un comportamento innovativo. Per pigrizia, per imitazione, per quieto vivere, per non entrare in conflitto con colleghi o assistiti si finisce per replicare "meccanicamente" la

prescrizione inappropriata. Appartengono alla categoria delle routine obsolete alcuni accertamenti (Rx del cranio dopo un trauma, EEG nelle cefalee) ed esami di laboratorio ormai superati, ma prescritti "in automatico" (azotemia, antitrombina III, VES, alcuni test di funzionalità tiroidea, ecc).

Strategia della Asl di Brescia

È sui test di funzionalità tiroidea che si è puntata l'attenzione della Asl di Brescia, in particolare sull'eccesso di richieste di fT3, prescritto con TSH e fT4 in un numero ingiustificato di casi.

Nel 2006 nell'intera Asl di Brescia sono state effettuate 331.454 analisi per la valutazione della funzione tiroidea (TSH, fT4, fT3) per una spesa complessiva di 2.946.158 euro, pari al 6% del totale delle prestazioni di laboratorio, dati in costante aumento nel quinquennio 2002-2006 (+17% e +40% nelle strutture pubbliche o private). Anche considerando le richieste di fT3, la razionalizzazione di questo singolo esame potrebbe indurre un risparmio annuo di circa 800.000 euro. Per favorire una migliore appropriatezza delle prescrizioni di accertamenti tiroidei l'Asl di Brescia, in collaborazione con la Cattedra di Endocrinologia, diretta dal Prof. Castellano, e con le società scientifiche della medicina generale, ha predisposto una strategia di cambiamento in due fasi.

1. Elaborazione di schematiche linee guida per la corretta prescrizione degli esami bioumorali, rivolte specificatamente ai Mmg, al fine di ottimizzare la scelta dei test nelle più comuni situazioni: screening della funzione tiroidea in soggetti asintomatici a rischio, accertamenti nel sospetto diagnostico di un distiroidi-

simo in soggetti sintomatici, monitoraggio della funzionalità in corso di trattamento tireostatico od ormonale sostitutivo, ecc.

2. Preparazione di un corso di formazione, il cui principale obiettivo è la razionalizzazione delle richieste di accertamenti endocrinologici e specificatamente il dis-apprendimento dell'automatismo in base al quale si prescrive in modo routinario la "funzionalità" tiroidea. Per esempio in caso di sospetto clinico di ipotiroidismo non trova quasi mai indicazione la richiesta di fT3, mentre per il monitoraggio della terapia sostitutiva con L-tiroxina è sufficiente il dosaggio annuale del TSH.

Si sono così tenute cinque sessioni di aggiornamento del medesimo corso in altrettanti distretti dell'Asl provinciale, dalla primavera all'autunno del 2009, coinvolgenti l'80% circa dei Mmg. I risultati non si sono fatti attendere: subito dopo l'avvio delle prime iniziative di aggiornamento si è registrato un significativo contenimento delle richieste di fT3 che, alla fine del 2009, ha raggiunto quasi il 50% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. La riduzione appare specifica per il dosaggio di fT3, non risultando modificato il ricorso a TSH ed fT4, e potrebbe comportare per il 2010 una minore spesa di circa 400.000 euro per il solo fT3. Se poi si considera che gli incontri di aggiornamento hanno riguardato anche il razionale ricorso ad altre analisi (anticorpi antitiroide) e a procedure strumentali (ecografia e scintigrafia tiroidea), i benefici in termini di appropriatezza ed economicità potranno risultare ancora superiori, a dimostrazione che non esiste un inevitabile conflitto tra i due obiettivi.