

CANDIDE E LA RIFORMA DEL GOVERNO DELLA DOMANDA PROPOSTA DA REGIONE LOMBARDIA

Risultati della verifica condotta da un MMG volenteroso sull'elenco dei propri pazienti cronici inviato da ATS, per una valutazione scevra da preconcetti sull'opportunità di aderire alla riforma

Premessa

La riforma proposta da Regione Lombardia si fonda sulla presa in carico indiscriminata di pazienti classificati come cronici in 3 livelli di gravità legati al numero delle copatologie individuate sulla base dei consumi sanitari dell'ultimo anno da parte di gestori (ASST o strutture sanitarie private accreditate allo scopo o cooperative di MMG), lasciando la possibilità di una gestione esclusiva del singolo MMG solo per i pazienti affetti da monopatologie croniche (livello 3). La riforma verrà attuata attraverso l'invito diretto con lettera nominativa, ai pazienti identificati come sopra specificato, alla scelta del gestore di loro gradimento, cui vincolarsi per almeno un anno, per la gestione delle loro patologie croniche.

Il ruolo del gestore è stilare un Piano Assistenziale Individuale (PAI) ricomprendente tutte le prestazioni pertinenti le patologie identificate e prenotarle al proprio interno o in strutture cui afferisce a questo scopo

Pur non essendo ben chiari i dettagli operativi, il momento fondante è la classificazione del paziente come cronico *a priori*. Quindi nodo cruciale della riforma proposta è l'accuratezza dell'identificazione delle diagnosi e le sue conseguenze in termini di classificazione del paziente nei diversi livelli di gravità. ATS ha trasmesso a ciascun MMG un elenco dei pazienti identificati fra la lista degli assistiti come cronici, in un applicativo a "scelta chiusa" dove è richiesto di confermare la diagnosi proposta e di segnalarne eventuali altre nella lista delle 64 patologie create.

Ho deciso di subordinare qualunque decisione sulla mia adesione alla riforma a una valutazione scientifica della validità del criterio di classificazione alla base della riforma, analizzando con criteri uniformi l'elenco inviatomi.

Alcune osservazioni preliminari

- L'elenco di pazienti segnalatimi indica una proporzione di cronici nella popolazione iscritta nelle mie liste (42,2%) decisamente superiore al 30% ipotizzata da Regione nel testo della riforma e nelle diverse riunioni informative cui ho partecipato. Potrei aver particolare "sfortuna" e aver calamitato un numero di pazienti cronici più elevato della media dei miei colleghi però. Quindi un chiaro limite delle mie considerazioni è che si limitano alla casistica di un singolo MMG. Peraltro del pari anche la scheda medico costruita sulla attività prescrittiva del singolo MMG soffre delle stesse limitazioni.
- Non è possibile "segnalare" una nuova diagnosi al di fuori di uno specifico processo di richiesta di consenso informato al paziente, che è proponibile solo se il MMG può in scienza e coscienza assicurare che i criteri di classificazione usati sono validi e accurati; quindi per ora la mia analisi non prende in considerazione i "falsi negativi" ovvero le diagnosi non riconosciute dal Sistema, ma si limita alla verifica dei veri positivi sulle diagnosi segnalate.
- Peraltro al momento il problema dei falsi negativi è meno rilevante poichè è prevista la possibilità di segnalare ulteriori diagnosi in un future.

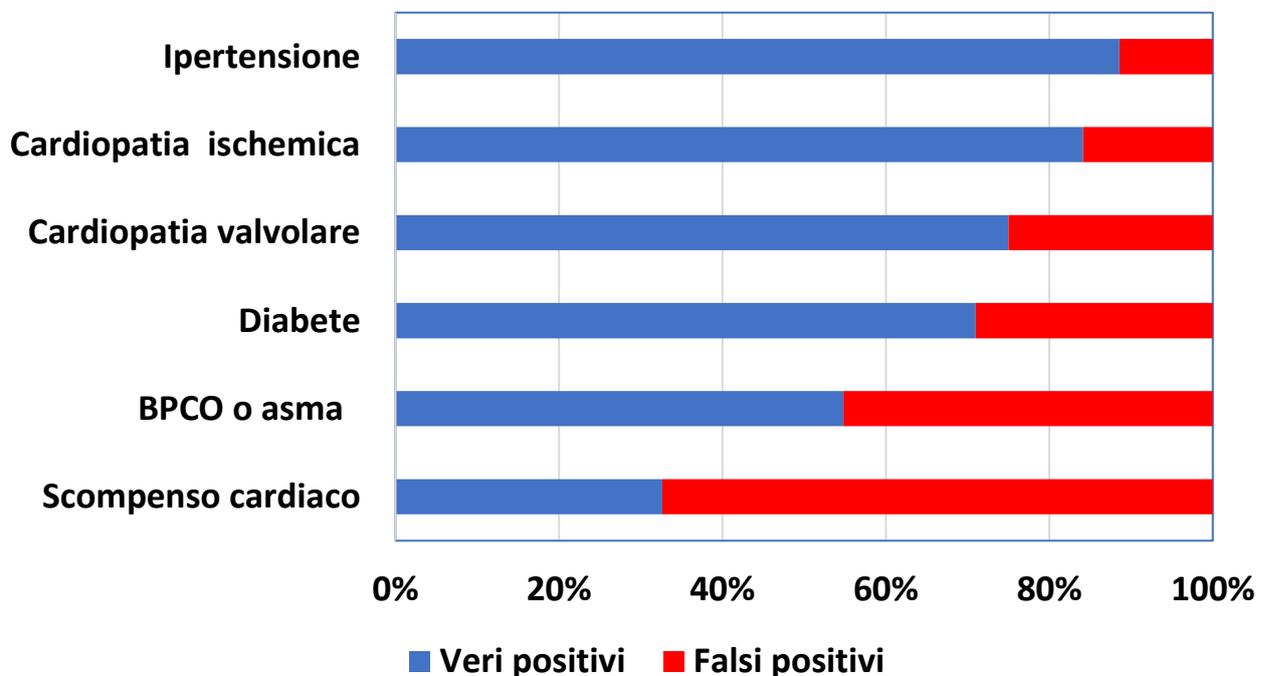
Metodo di analisi

- Ho trasferito off line l'elenco messo a disposizione sull'applicativo da ATS, completo di tutte le diagnosi riportate per ciascuno dei pazienti segnalati (42% delle mie scelte in carico)
- Ho riportato per ciascuna diagnosi la mia classificazione, verificata nella cartella clinica e controllata in caso di dubbio nella documentazione riportata nel Fascicolo Sanitario Elettronico ove esistente
- Ho calcolato il numero di volte in cui per una determinata diagnosi vi era corrispondenza con la mia diagnosi clinica sulla base della conoscenza del paziente e suffragata dagli accertamenti eseguiti
- Ho ricavato per le diverse diagnosi la percentuale pazienti che effettivamente hanno la patologia attribuita loro dal Sistema (veri positivi)
- Poiché oltre metà dei cronici nell'elenco che mi è stato proposto sarebbe di pertinenza del gestore in quanto affetto da 2 o più patologie, mi riprometto di proseguire in un secondo momento un'analisi più complessa che definisca precisamente l'impatto sul singolo caso della riclassificazione da falsi positivi.

Risultati

La figura sintetizza la distribuzione percentuale delle diagnosi confermate per le patologie croniche più comuni delle diagnosi attribuite dal Sistema BDA

Conferma clinica della diagnosi BDA



Fra il 71% di pazienti in cui ho potuto confermare la diagnosi di diabete, 67% erano indicati come diabete non complicato mentre ben 27% di essi ha un diabete complicato da macro o

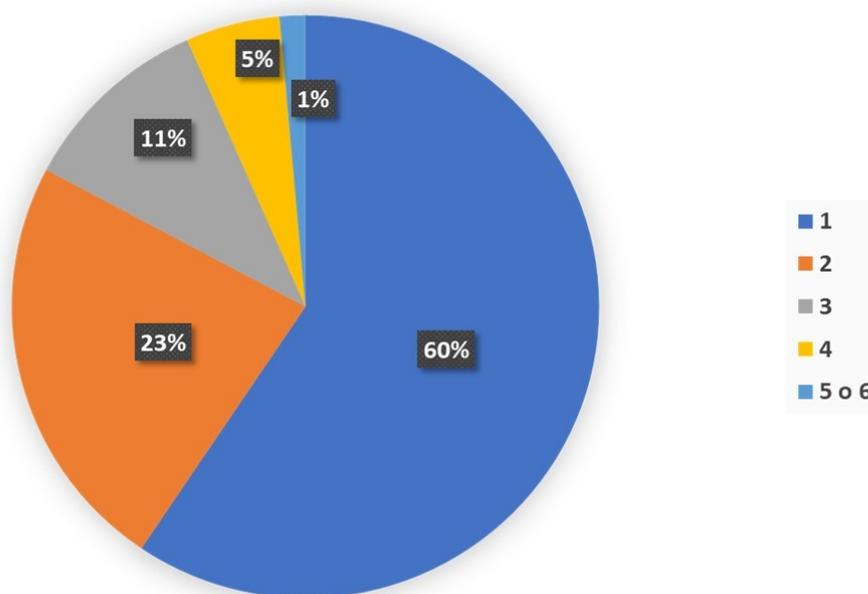
microangiopatia. Per contro 75% dei pazienti indicati come diabete complicato avevano effettivamente macro o microangiopatia.

Per la patologia respiratoria al basso tasso di complessiva conferma diagnostica si sovrappone le misclassificazioni fra BPCO e asma. Fra i pazienti in cui ho potuto confermare la diagnosi di cronicità respiratoria etichettati come BPCO, 17% avevano in realtà l'asma; per contro dei soggetti classificati dal Sistema come asmatici solo 4% ha in realtà una BPCO.

Per l'ipercolesterolemia, la definizione sembra essere basata sull'assunzione di farmaci ipolipemizzanti. Fra i miei pazienti definiti in elenco ipercolesterolemici 45.5% sono soggetti che hanno avuto un pregresso evento cardiovascolare e che devono assumere statine per raggiungere colesterolemie nettamente inferiori a quanto accettabile per la popolazione generale, mentre 35% sono pazienti in prevenzione primaria ad alto rischio cardiovascolare per diabete insufficienza renale o ipertensione con danno d'organo.

Le patologie di pertinenza cardiologica sono indubbiamente le più frequenti: 68% dei pazienti "cronici" in elenco ha almeno 1 diagnosi cardiologica, ma le diagnosi doppie o triple sono spesso indicazioni di diversi livelli di gravità di una ipertensione di lunga durata che ha indotto danno d'organo cardiaco e magari anche fibrillazione atriale.

Distribuzione numero diagnosi cardiologiche per paziente



Fra i pazienti con diagnosi cardiologica:

- I pazienti con una sola diagnosi cardiologica sono 60% e questa diagnosi è ipertensione nel 98.4%, nei restanti la diagnosi diversa dall'ipertensione non è confermata nel 9% dei casi
- I pazienti con 2 diagnosi cardiologiche sono 23%: fra questi il tasso di non conferma di diagnosi importanti come scompenso cardiaco, cardiopatia ischemica o cardiopatia valvolare è superiore al 30%.
- I pazienti con 3 diagnosi cardiologiche sono il 11%: fra questi metà ha almeno una diagnosi non confermata.

- I pazienti con 4, 5 o 6 diagnosi cardiologiche sono il 6%: fra questi 85% ha almeno una diagnosi non confermata.

Quindi se certamente pazienti con diagnosi cardiologiche potranno bisogno di uno specialista cardiologo, probabilmente il livello assistenziale nella maggioranza dei casi è il più basso (3 e non 1 o 2), con conseguenze importanti sulla spesa “gestionale” per ciascun caso.

Il raffronto le stime di prevalenze in letteratura della triade delle patologie croniche a più alto assorbimento di risorse con i dati desumibili dall’elenco è mostrato nella Tabella

Prevalenza nella popolazione generale adulta			
Patologia cronica maggiore	Letteratura	Elenco regionale	Mia rianalisi
Scompenso	1.5-2%	3.3%	1.1%
Diabete	4-5%	6.8%	4.8%
BPCO+ASMA*	4-7%	7%	3.9%

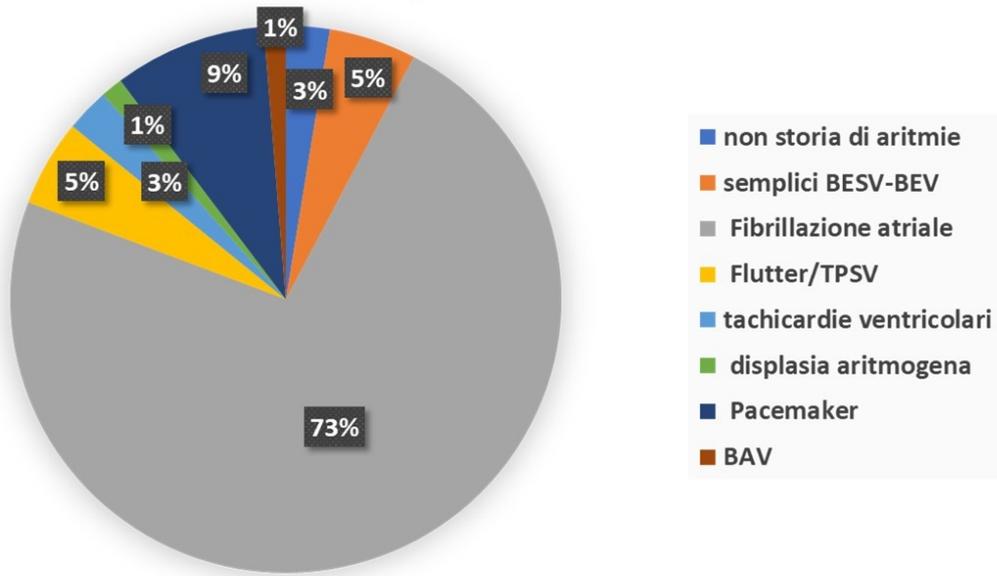
*al lordo delle misclassificazioni fra BPCO e asma.

Nell’ambito delle altre diagnosi cardiologiche diverse da scompenso e ipertensione, critica sembra la classificazione delle miocardiopatie.

Per **miocardiopatia** si intende nella letteratura cardiologica una malattia del muscolo cardiaco idiopatica (dilatativa, ipertrofica, restrittiva, displasia aritmogena del ventricolo destro); se secondaria (in genere a cardiopatia ischemica o valvolare) è una complicanza che aggrava una cardiopatia di base e non una nuova diagnosi.

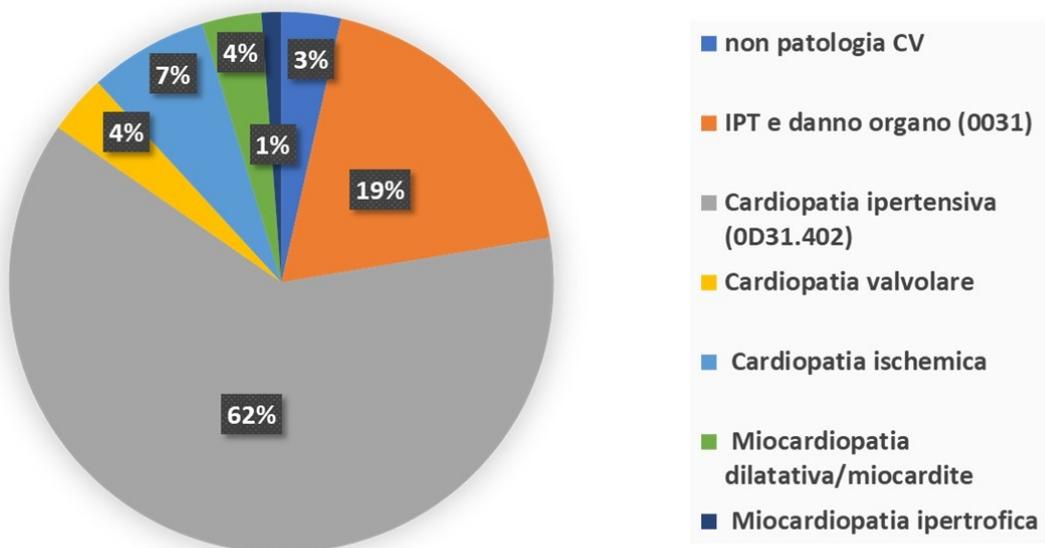
La diagnosi di miocardiopatia aritmica si applica solo in due istanze: la displasia aritmogena del ventricolo destro e la tachicardiomiopatia da aritmia atriale incessante, patologie decisamente rare che hanno un ben definito quadro clinico prognosi e trattamento specifico. Per contro da quanto rilevabile nella mia popolazione sembra che l’etichetta di miocardiopatia aritmica sottenda in circa tre quarti dei casi una fibrillazione atriale, che ha precise raccomandazioni diagnostiche e terapeutiche aggiornate in recentissime linee guida, e in quasi tutti gli altri la presenza di aritmie ipocinetiche e pacemaker. Quindi, benché scorretta, questa etichetta estensiva implica che i pazienti abbiano effettivamente bisogno di prestazioni specialistiche cardiologiche, ma la mancanza di un corretto inquadramento non consentirà di verificare che i PAI stilati e le prestazioni richieste/eseguite siano appropriati ai bisogni.

"Miocardiopatia aritmica"



Invece la diagnosi di "miocardiopatia non aritmica" non trova rispondenza in letteratura. Le miocardiopatie idiopatiche sono una rara causa di cardiopatia che rappresentano meno del 10% di tutte le cardiopatie (considerando tutti i tipi dilatativa ipertrofica restrittiva), mentre la prevalenza fra la popolazione generale dei miei pazienti secondo l'elenco invariato sarebbe addirittura il 6% e 21% di tutti i cronici con diagnosi cardiologica. Ho desunto che nella gran parte dei casi si tratta di ipertesi con esenzione D31.402 o O31.402 (danno d'organo cardiaco) o di qualcuno che ha una cardiopatia ischemica o valvolare, cui è stata aggiunta anche questa diagnosi di miocardiopatia non aritmica senza che sia comprensibile il motivo.

"Miocardiopatia non aritmica"



Commento ai risultati

Pur con i limiti di una casistica individuale, anche se l'analisi si è concentrata al momento sulle patologie più comuni con numeri consistenti, i risultati del mio studio sembrano indicare un valore predittivo positivo delle diagnosi assegnate sulla base della BDA decisamente basso, soprattutto per la triade delle patologie croniche a maggior assorbimento di risorse: le diagnosi confermate rappresentano infatti per lo scompenso 32.8%, per la BPCO 54.8%, per il diabete 71%.

D'altronde i dati della letteratura relativi a studi epidemiologici, e non desunti da soli dati amministrativi, danno stime di prevalenza di queste 3 patologie nettamente più basse rispetto a quanto calcolato sull'elenco fornito da Regione e più vicine alla mia riclassificazione, tenendo conto del fatto che non ho aggiunto i falsi negativi, ovvero le diagnosi a me note non rilevate dal Sistema.

Non è chiaro il meccanismo per cui possa essersi generato un tale livello di inaccuratezza, preoccupante per un professionista medico: se la diagnosi è sbagliata le prestazioni per il monitoraggio saranno inconsistenti e la terapia inefficace o peggio dannosa. Sarebbe opportuno un serio confronto con chi si è occupato della estrazione e classificazione dei dati per correggere alla radice le inesattezze e le misclassificazioni, che altrimenti inevitabilmente riverbereranno su tutte le estrazioni future, minando per molto tempo il valore di una proposta di gestione della cronicità.

Discuto brevemente di seguito gli altri problemi rilevati

Alcune delle 64 patologie classificate nella delibera identificano patologie non esistenti come tali nella nosografia e nella letteratura scientifica e conducono ad una duplicazione di diagnosi e cambiamento di livello di gravità del paziente (è il caso della "miocardiopatia aritmica e non aritmica", etichette che suggeriscono che non si sia seguito nello stilare questo elenco un criterio scientifico) nonché alla pratica impossibilità per l'attività di controllo di ATS, preposta a questo ruolo, di verificare la rispondenza di un eventuale PAI alla buona pratica clinica, non esistendo corrispondenza fra la categoria diagnostica e la letteratura.

Altre diagnosi per contro nella loro genericità (neoplasia) includono range di gravità estremamente ampi dal mieloma multiplo con crolli vertebrali e trapianto di midollo al basalioma cutaneo asportato). Anche in questo caso la sola presenza di una neoplasia come un basalioma vecchia data può portare a indiscriminati cambiamenti di livello di gravità del paziente e ancora alla pratica impossibilità per l'organismo di controllo di verificare la rispondenza di un eventuale PAI alla buona pratica clinica

Molto serio è il problema della misclassificazione dei diabetici, con oltre un caso su 5 che non ha neanche un'intolleranza glicidica e oltre 2 terzi con complicanze non riconosciute dal sistema. Particolarmente sconcertante è il fatto che alcuni pazienti, anche giovani e senza alcuna altra patologia, siano stati etichettati come affetti da diabete, con tutti i risvolti negativi che questo può avere per la patente di guida, la stipula di polizze assicurative, la richiesta di mutui etc e i rischi di giustificato contenzioso legale con pazienti erroneamente marchiati come cronici.

Per la patologia respiratoria BPCO/asma non è chiaro il criterio adottato, sembrano essere stati considerati cronici pazienti che possono avere assunto sporadicamente farmaci respiratori per una patologia broncospastica intercorrente.

Per l'ipercolesterolemia, la prescrizione appropriata di un ipolipemizzante, al di là delle forme familiari, è legata al rischio cardiovascolare globale del paziente. Quasi metà dei pazienti così definiti in elenco sono soggetti in prevenzione secondaria e oltre un terzo sono pazienti in prevenzione primaria ma a rischio cardiovascolare molto elevato. Non tutti hanno bisogno del lipidologo ma solo i pazienti con livelli di colesterolemia non controllati in relazione al loro profilo di rischio

Conclusioni

I *big data* sono la moda del momento e certamente possono fornire indicazioni e trend utili alla comprensione di fenomeni in ambito sanitario. Tuttavia verifica e validazione sono sempre opportuni di fronte alla complessità clinica, e diventa imprescindibili quando si voglia porre i *big data* come pietra di paragone per una riforma che al momento apporta costi certi (tariffa del gestore e costi di una serie non ben definibile di prestazioni a tappeto), a fronte di risparmi solo presumibili. Purtroppo dalla mia analisi sembra ipotizzabile il verificarsi di danni collaterali, con la prescrizione ad una quota non irrilevante di soggetti di prestazioni superflue, non utili ad un'assistenza di qualità e ad esiti sanitari migliori.

Stanti i limiti intrinseci di uno studio "monocentrico", auspico che la mia analisi venga condotta anche da altri colleghi, perché nella prassi scientifica tutti i dati hanno bisogno di essere replicati e confermati da altri prima di poterne presumere la validità.

Sono peraltro grata a Regione Lombardia per avermi offerto l'opportunità di verificare attraverso questo elenco e l'analisi quanto e quale lavoro qualificato svolga ogni giorno per i miei pazienti. Ritengo sia necessario un accurato lavoro di collaborazione che coinvolga i diversi livelli di cura e le società scientifiche per affrontare con serietà le problematiche dell'assistenza al cronico. Non intendo al momento aderire ad una riforma che parte senza aver verificato la saldezza delle proprie fondamenta.

Candide

Il faut cultiver son jardin....