

Appropriatezza dei test diagnostici

Francesco Cipollini¹

La razionalizzazione della spesa sanitaria, intesa come riduzione dei costi pur mantenendo una qualità dell'assistenza di buon livello e in linea con le conoscenze mediche, è divenuta ormai prassi ineludibile e applicata da tutti i Paesi sviluppati. In questi Paesi si osserva un costante aumento di domanda sanitaria sostenuto sicuramente da un aumento significativo dell'età della popolazione e dalla conseguente aumentata incidenza di malattie croniche, spesso multiple e richiedenti una polifarmacoterapia oltre a test diagnostici ripetuti. Non solo. Parallelamente all'aumentata richiesta, si assiste alla costante introduzione nel panorama sanitario di elementi che aumentano la spesa (quali device, nuovi farmaci, nuove tecnologie diagnostiche, ecc.). Non sempre, purtroppo, l'utilizzo delle nuove tecnologie diagnostiche proposte dalle industrie del settore offre miglioramenti degli outcome dei pazienti, e pertanto l'utilizzo di queste metodiche diagnostiche va effettuato in modo critico valutando se i potenziali benefici giustificano i costi.

In campo sanitario il costo di un test diagnostico non deve essere valutato in termini assoluti, bensì in termini relativi di costo-efficacia: un test anche di costo elevato può risultare di buon valore se il beneficio è di gran lunga superiore ai potenziali rischi, così come un test apparentemente economico può risultare dannoso se il beneficio è di gran lunga inferiore ai rischi.

Proprio per razionalizzare e ottimizzare l'uso dei test diagnostici e di screening evitandone un sovrautilizzo o ancor peggio un cattivo utilizzo, l'*American College of*

Physicians ha attivato un gruppo di lavoro finalizzato a identificare i test diagnostici e di screening più sovrautilizzati (proprio in quanto di "basso" valore economico). I criteri per definire inappropriato l'utilizzo di un test sono stati:

- un test diagnostico non dovrebbe essere effettuato se si sa già a priori che l'esito non modificherà il trattamento (per esempio un esame Rx torace a 4 settimane dalla diagnosi di polmonite in un paziente che ha risposto in modo clinicamente favorevole alla terapia, in quanto la risoluzione radiologica del focolaio può richiedere anche 6-8 settimane);
- quando la probabilità pre-test di malattia è bassa e la possibilità di un risultato falso positivo è più elevata di un risultato vero positivo: si pensi, ad esempio, a un test da sforzo al cicloergometro, un'indagine con una specificità non elevata e pertanto con quote non trascurabili di falsi positivi. Ha un diverso valore la positività in un soggetto di 45 anni asintomatico rispetto a un cinquantenne con dolore da sforzo che si risolve con il riposo: è molto probabile che nel primo caso si tratti di un falso positivo;
- il costo reale di un test non comprende soltanto la spesa per il test stesso, ma anche quella per eventuali ulteriori esami che possono essere richiesti successivamente. Sempre per rimanere sul test da sforzo, una falsa positività indurrà comunque all'esecuzione di test più specifici (e onerosi), come ad esempio una coronarografia con i relativi costi e rischi connessi senza comprovati benefici. È questo l'esempio di un test apparentemente economico (test

¹ Centro Studi Fondazione FADOI

al cicloergometro), ma che in alcune circostanze può risultare dispendioso per i costi indotti dagli esami complementari e dal follow-up, oltre a quelli derivanti dalla somministrazione di farmaci.

Basandosi su questi criteri, è stata proposta una lista di ben 37 test "inappropriati", cioè non in accordo con le principali linee guida validate dalla letteratura internazionale, ma che tuttavia sono molto spesso utilizzati nella pratica clinica quotidiana. Di seguito sono riportati alcuni di questi test:

- controlli routinari ripetuti di un ecocardiogramma in pazienti asintomatici con lieve insufficienza mitralica e normale dimensione e funzione ventricolare sinistra;
- test di imaging cerebrale (TC e/o RMN) in pazienti con sincope e regolare esame obiettivo neurologico;
- test sierologici per la malattia di Lyme in assenza di segni/sintomi specifici;
- determinazione degli anticorpi antinucleo in soggetti con sintomi non specifici (mialgie, astenia, fibromialgia);
- controllo annuale dell'assetto lipidico in pazienti non in terapia ipo-colesterolemizzante, in assenza di possibili cause di modificazione del profilo lipidico;

- *Brain Natriuretic Peptide* nella valutazione iniziale di pazienti con chiari segni/sintomi e referti di altri esami indicativi di scompenso cardiaco;
- valutazione del D-Dimero invece di test specifici di imaging (ecografia, TC, RMN, scintigrafia) in soggetti con rischio tromboembolico intermedio-alto;
- screening per BPCO con spirometria in soggetti senza sintomi respiratori.

Va dato merito a questa *Consensus* promossa dall'*American College of Physicians* di richiamare i medici, almeno nelle condizioni cliniche più frequenti, a perseguire da un lato l'obiettivo di migliorare (o comunque non peggiorare) la qualità delle cure, e dall'altro di ridurre i costi eliminando quei test diagnostici che non sono necessari e che addirittura in alcune circostanze possono risultare dannosi.

Sicuramente questa "lista" susciterà consensi e/o disapprovazioni tra i vari attori del pianeta sanità (medici, pazienti, provider); l'auspicio dei promotori dello studio è che da questa discussione scaturisca la consapevolezza di valutare sempre nella pratica clinica quotidiana il rapporto costo/beneficio nell'impiego delle tecnologie biomediche.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- Qaseem A, Alguire P, Dallas P, Feinberg LE, Fitzgerald FT, Horwitch C, et al; the American College of Physicians and Temple University School of Medicine, Philadelphia, Pennsylvania; Virginia Tech Carilion School of Medicine and Research Institute, Roanoke, Virginia; University of Colorado Health Sciences Center, Aurora, Colorado; University of California, Davis, Health System, Sacramento, California; Virginia Mason Medical Center, University of Washington, Seattle, Washington; Oregon Health & Science University, Portland, Oregon; University of Iowa Carver College of Medicine, Iowa City, Iowa; and Tulane University Health Sciences Center, New Orleans, Louisiana. Appropriate use of screening and diagnostic test to foster high-value, cost-conscious care. *Ann Intern Med* 2012; 156: 147-9