



## MA QUANTO MI COSTI?

### QUANDO GLI ESAMI VENGONO RIPETUTI SENZA NECESSITÀ

Un recente contributo di colleghi della prestigiosa ARUP di Salt Lake City (*Associated Regional and University Pathologists*, Università dello Utah, USA), appena pubblicato sull'*American Journal of Clinical Pathology* (1), richiama l'attenzione su un fenomeno molto diffuso e conosciuto anche alle nostre latitudini, cioè la richiesta di ripetere esami di laboratorio in assenza di reali motivazioni.

Il lavoro ci interessa anche come specialisti perché, nella lista degli esami imputati per frequenti "ripetizioni inutili", figurano TSH, emoglobina glicata, 25-OH vitamina D e 1,25 (OH)<sub>2</sub> vitamina D (vedi tabella).

#### Scopo e metodologia utilizzata

Gli autori si sono concentrati sulle principali cause di sovra-utilizzo del laboratorio per richieste ridondanti di ripetizioni in un periodo di 1 anno (1/1 – 31/12 2016). Sono stati adottati due criteri:

- è stato generato un elenco dei 50 test più richiesti in assoluto e dei 50 test più costosi su base annua. La combinazione di questi due elenchi è stata utilizzata come lista "di alto impatto";
- è stato fatto un elenco dei parametri per i quali esistono in letteratura dati affidabili riguardo l'intervallo temporale da rispettare prima di ripeterli, definito "lista delle raccomandazioni".

Lo studio si è limitato a indagare esclusivamente i parametri che compaiono in entrambe le liste e solo per pazienti interni alla struttura.

Per ogni richiesta sono stati registrati nome del paziente, data e ora della richiesta, medico prescrittore e risultato. Sulla base di questi dati, si è calcolato l'intervallo temporale tra le richieste e l'esito (positivo/negativo) dell'esame. Il potenziale risparmio è stato calcolato utilizzando le tabelle per il massimo rimborso consentito dei *Centers for Medicare & Medicaid Services* (CMS).

Parametri	Intervallo (giorni)	Fonte
TSH	28	ATA/AACE, 2011 (2)
HbA1c	90	NICE 2010 (3), ACB 2013 (4), AACE/ACE 2015 (5), ADA 2017 (6)
25-OH D	90	ACB 2013 (4), <i>Vitamin D International Summit</i> 2009 (7)
1,25 (OH) <sub>2</sub> D	90	ACB 2013 (4)





### Risultati

Il totale dei test valutati ammonta a oltre 25.000/anno. Di questi, 4242 (17%) sono esami ripetuti. Applicando i criteri sopra definiti, **il 44% dei test ripetuti è stato valutato inappropriato**, perché non viene rispettato l'intervallo temporale definito in letteratura. Il risparmio potenziale che si sarebbe potuto ottenere evitando le ripetizioni ammonta a \$ 37.376 (€ 32.000 al cambio attuale). Da notare che il TSH risulta il secondo maggior contributore di spesa dopo la procalcitonina, e che le ripetizioni inappropriate riguardano quasi sempre risultati positivi. Infine, il 69% delle ripetizioni inappropriate è richiesto da una piccola parte (10%) dei prescrittori.

### Conclusioni e commento

I risultati di questo studio sono nuovi e interessanti. La percentuale delle ripetizioni inappropriate in rapporto al totale degli esami richiesti è sorprendentemente bassa (7%), almeno rispetto alle nostre percezioni. È vero che l'Università dello Utah è una struttura molto solida, abituata da tempo a politiche formative nei confronti dei prescrittori, con il conseguimento di risultati virtuosi, e che lo studio è stato limitato ai pazienti ricoverati. Questa potenziale debolezza, però, non inficia il valore dell'informazione fornita. Nel quadro complessivo della spesa sanitaria, la diagnostica di laboratorio non figura tra gli oneri più pesanti (8). Tuttavia, il ricorso inappropriato agli esami può rappresentare un costo non irrilevante. Nel caso dello studio in esame, se si fossero estrapolati i costi per anno (32.000 €) a costi fissi, applicando un ipotetico tasso di sconto del 3%, si arriverebbe alla non trascurabile somma di 1 milione di €. Ma **il prezzo del sovra-utilizzo**, come giustamente fanno notare gli autori, **non si limita ai costi diretti**: un eccesso di accertamenti non migliora la diagnosi e aumenta i rischi per la sicurezza del paziente, allunga le giornate di degenza, aumenta i ricoveri impropri e, soprattutto, accresce il disagio del paziente e ne diminuisce la fiducia nel *team* assistenziale. Ecco perché la riflessione su questo tema merita di essere fatta.

### Bibliografia

1. Hueth KD, Jackson BR, Schmidt RL. An audit of repeat testing at an academic medical center: consistency of order patterns with recommendations and potential cost savings. Am J Clin Pathol [2018, 150: 27-33](#).



## AME per una Medicina Sostenibile

2. Bahn RS, Burch HB, Cooper DS, et al; American Thyroid Association; American Association of Clinical Endocrinologists. Hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis: management guidelines of the American Thyroid Association and American Association of Clinical Endocrinologists. *Thyroid* [2011, 21: 593–646](#).
3. Waugh N, Cummins E, Royle P, et al. Newer agents for blood glucose control in type 2 diabetes: systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess* [2010, 14: 1–248](#).
4. Association for Clinical Biochemistry and Laboratory Medicine (ACB). National minimum retesting interval project. [2013](#).
5. Handelsman Y, Bloomgarden ZT, Grunberger G, et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology — Clinical practice guidelines for developing a diabetes mellitus comprehensive care plan — 2015. *Endocr Pract* [2015, 21: 1–87](#).
6. American Diabetes Association. Diabetes care in the hospital. *Diabetes Care* [2017, 40: S120-7](#).
7. Souberbielle JC, Body JJ, Lappe JM, et al. Vitamin D and musculoskeletal health, cardiovascular disease, autoimmunity and cancer: recommendations for clinical practice. *Autoimmun Rev* [2010, 9: 709–15](#).
8. Rohr UP, Binder C, Dieterle T, et al. The value of in vitro diagnostic testing in medical practice: a status report. *PLoS One* [2016, 11: e0149856](#).