

Una ricerca osservazionale sulle prescrizioni suggerite in medicina generale: il caso della Asl di Brescia

Mario Baronchelli, Giuseppe Belleri, Giuseppe Beltrami, Fausto Benini, Gian Luca Bettini, Giovanni Ciolina, Annamaria Giori, Mariacaterina Graz, Adriana Loglio, Erminio Tabaglio, Daniela Tabarelli, Alessandro Zadra

MMG Asl provinciale, Brescia

1. Premesse teoriche e contesto della ricerca

Il processo di aziendalizzazione della sanità pubblica, iniziato nei primi anni novanta del secolo scorso a livello ospedaliero, si è progressivamente esteso alle Aziende sanitarie locali e, sul finire del secolo, al cosiddetto territorio. La medicina generale è oggetto di iniziative manageriali per favorire il 'governo della domanda' attraverso l'introduzione di budget finanziari, linee guida, percorsi diagnostici e terapeutici, report e schede a punteggio bilanciato (Longo, 2004). Tradizionalmente il medico di medicina generale (Mmg) ricopre un duplice ruolo di agenzia: da un lato quello di erogatore diretto delle cure mediche di I livello verso gli assistiti su mandato del terzo pagante (l'Asl come committente) e, dall'altro, di traduttore del bisogno del paziente in prestazioni medico-sanitarie di II livello (visite specialistiche, ricoveri, accertamenti diagnostici, etc.). Nella letteratura sul 'governo della domanda' raramente viene considerato, accanto all'agente medico di I livello, il ruolo attivo sia della medicina specialistica sia dell'assistito nel processo di trasformazione del bisogno in domanda espressa o derivata (Belleri, 2006).

Nell'ottica della contabilità analitica i Mmg, aggregati in gruppi, associazioni o reti, sono assimilati ai centri di responsabilità ospedalieri, subordinati al livello distrettuale (Longo e Vendramini, 2001). Ad essi dovrebbero essere ricondotti i consumi degli assistiti, riguardanti la cosiddetta specialistica ambulatoriale, i ricoveri ospedalieri e le prescrizioni farmaceutiche, indipendentemente da chi abbia effettivamente indotto o deciso la prestazione.

Il Servizio sanitario regionale lombardo, regolato dalla legge 37 del 1998, enfatizza la libertà di scelta del cittadino/malato e la parità di condizioni tra strutture pubbliche e private in competizione (quasi mercato) nell'ambito della separazione tra erogatori di cure, accreditati a livello regionale (pubblici e privati), e funzioni di programmazione, acquisto e controllo amministrativo sulla loro attività, delegate alle Aziende sanitarie locali. In tale contesto normativo, anche a motivo dell'asimmetria di informazioni che

caratterizza la relazione medico paziente, è possibile che l'offerta di II livello, in particolare le strutture for profit, possa indurre la domanda in modo favorevole alle convenienze del produttore stesso (Levaggi e Capri, 2001).

Vi è quindi il rischio che una quota di prestazioni suggerite al Mmg da altri attori venga impropriamente ricondotta al centro di responsabilità di I livello (Mmg associati), in virtù delle procedure amministrative che non consentono l'individuazione dell'effettivo decisore e primo prescrittore. Per queste motivazioni secondo gli economisti sanitari il governo della domanda "deve essere ripensato come governo delle strutture d'offerta, le quali sono in ogni caso capaci di indurre la domanda che ritengono opportuno soddisfare" (Longo, 2004). Inoltre da qualche tempo a questa parte viene segnalato il ruolo attivo del paziente che, in certi casi, non si limita a riferire semplicemente i suoi disturbi, come vuole il tradizionale modello della dominanza professionale, ma interviene attivamente, da protagonista, nella trasformazione del bisogno in domanda, richiedendo in modo diretto al proprio medico prestazioni specialistiche (consulenze, accertamenti diagnostici, esami bioumorali, etc.) che vanificano quindi la funzione di agenzia del Mmg (Domenighetti, 2003; Astori, 2003).

2. Obiettivi, materiali e metodo

La ricerca si propone di quantificare le prescrizioni rilasciate dal Mmg su suggerimento della medicina di II livello (medici ospedalieri e specialisti ambulatoriali pubblici, accreditati o privati) e su diretta richiesta degli assistiti. Questa seconda categoria di prescrizioni 'suggerite' costituisce un fatto nuovo, raramente oggetto di quantificazione statistica, e un'inedita modalità di trasformazione del bisogno in prestazioni medico-sanitarie. La ricerca fa seguito ad un'analoga indagine 'pilota' svolta nel primo semestre del 2005 (Baronchelli et al., 2005) nonché ad una ricerca osservazionale condotta da un singolo medico nel 2001 (Quattrocchi, 2001).

I medici partecipanti hanno raccolto le prescrizioni da loro effettuate nei sei mesi di rilevazione dei dati, dall'ottobre 2005 alla fine di marzo 2006. Sono state prese in considerazione 9 tipologie di prestazioni (ricoveri, visite specialistiche, radiografie, ecografie, Tac, Rmn e scintigrafie, esami endoscopici, Ecg ed accertamenti vari); non sono state considerate le prescrizioni di esami bioumorali, farmaci e cure fisiatriche. Non era negli obiettivi della ricerca il giudizio di appropriatezza delle prescrizioni rilasciate dal Mmg o suggerite da specialisti o assistiti.

Ogni prescrizione, registrata dal Mmg nella cartella informatizzata, è stata codificata in una delle seguenti 5 categorie:

- A. Esame, ricovero o visita prescritta in autonomia e di propria iniziativa dal Mmg;
- B. Prescrizioni rilasciate su indicazione dello specialista di struttura pubblica (comprese le visite di controllo o gli esami di follow-up a lunga scadenza dopo una consulenza o un ricovero ospedaliero);
- C. Prescrizioni rilasciate su indicazione dello specialista libero professionista o operante in una struttura privata accreditata (profit o non profit);
- D. Prescrizione rilasciata dal Mmg su esplicita richiesta dell'assistito o eseguita autonomamente dal medesimo in regime libero professionale, senza la consultazione o l'indicazione del Mmg stesso (escluse le visite e le cure odontoiatriche);
- E. Esame, visita o ricovero prescritto direttamente dallo specialista pubblico sul proprio ricettario del Ssn, durante un accesso in Pronto soccorso (pubblico o accreditato) oppure a malati cronici in carico a strutture ambulatoriali di II livello con o senza accesso diretto (centro antidiabetico, ambulatori per emopatici, dializzati, trapiantati, centri di igiene mentale, etc.).

Per la 'marcatura' informatica delle prescrizioni sono state utilizzate le codifiche della funzione "Origine Spesa" del programma MilleWin, dell'azienda

DataMat di Firenze, che ha fornito anche le procedure (interrogazione mediante query SQL) per l'estrazione dei dati.

3. Risultati

Hanno partecipato alla ricerca 12 Mmg, operanti in diverse località della provincia di Brescia, per un numero complessivo di 18.193 assistiti.

La suddivisione della popolazione in base alle classi anagrafiche è la seguente:

- classe 1 (fino a 14 anni) 1355 assistiti pari al 7,5%;
- classe 2 (da 15 a 65 anni) 12.773 assistiti pari al 70,2%;
- classe 3 (oltre 65 anni) 4065 assistiti pari al 22,3%.

Nel territorio della Asl di Brescia, su una popolazione residente di 1.038.158 persone, operano strutture ospedaliere ed ambulatoriali, pubbliche e private, per un totale di circa 6000 posti letto, nella seguente misura:

- 3 aziende ospedaliere pubbliche con 9 strutture nosocomiali e 24 presidi poliambulatoriali;
- 10 case di cura private accreditate con altrettante strutture nosocomiali e poliambulatoriali;
- 2 strutture ospedaliere private non profit di natura religiosa (1 ospedale e 1 Irccs, entrambi con poliambulatori accreditati);
- 4 centri polispecialistici privati accreditati e 10 laboratori privati, ognuno dei quali con più centri di prelievo.

Durante il periodo di osservazione su 65.471 contatti ambulatoriali tra medico e pazienti, di cui diretti 45.374 (cioè *vis a vis*) e indiretti 20.097, sono state registrate in totale 19.063 prestazioni relative alle tipologie prese in esame dalla ricerca.

Le tabelle 1 e 2 illustrano la suddivisione delle prescrizioni registrate nei 6 mesi di osservazione, secondo la 'marcatura' prevista dal protocollo, e analiticamente secondo le 9 categorie di prestazioni con-

Tabella 1 - Ripartizione delle prescrizioni suggerite al Mmg, in valore assoluto e in percentuale sul totale delle prestazioni ambulatoriali (esclusi gli esami bioumorali)

	A - Prescrizioni del Mmg	B - Suggerite da specialisti pubblici	C - Suggerite da specialisti accreditati o privati	D - Suggeriti dal paziente	Totale prescrizioni suggerite (B + C + D)	Totale complessivo (A + B + C + D)	E - Esami prescritti in PS o da specialisti pubblici
Numero di prescrizioni	11.387	3707	2423	1546	7676	19.063	2019
In percentuale sul totale	59,73	19,45	12,71	8,11	40,27	100	10,59

Tabella 2 - *Suddivisione delle prescrizioni per tipologia di prestazione specialistica*

	A - Prescrizioni del Mmg	B - Suggeste da specialisti pubblici	C - Suggeste da specialisti accreditati o privati	D - Suggeste dal paziente	Totale prescrizioni suggerite (B + C + D)	Totale complessivo (A + B + C + D)
Ricoveri	455 (49,9%)	240	192	25	457 (50,1%)	912
Visite specialistiche	4775 (60,4%)	1498	764	864	3125 (39,6%)	7901
Radiografie	1329 (57,3%)	411	390	224	1025 (42,7%)	2354
Ecografie	2126 (64,2%)	608	403	194	1205 (35,8%)	3331
Tac	293 (36,9%)	197	155	48	400 (63,1%)	693
Rmn e scintigrafia	194 (36,1%)	160	152	31	343 (63,9%)	537
Ecg	1011 (66,5%)	234	189	88	511 (33,5%)	1522
Endoscopie	370 (66,0%)	115	52	30	197 (34,0%)	567
Esami vari	834 (67,2%)	244	126	42	412 (32,8%)	1246
Totale	11.387 (59,7%)	3707 (19,4%)	2423 (12,7%)	1546 (8,1%)	7676 (40,3%)	19063 (100%)

siderate. La ricerca non comprendeva alcuna valutazione dell'appropriatezza delle indagini o visite richieste, sia suggerite sia originate dal Mmg.

Nei sei mesi di ricerca sono stati registrati dai medici partecipanti 753 accessi al Pronto soccorso, decisi autonomamente dagli assistiti senza la consultazione del proprio Mmg, e 2019 accertamenti diagnostici, visite o ricoveri (pari al 10% circa degli esami richiesti dal Mmg) prescritti direttamente dal II livello (specialisti ambulatoriali, medici ospedalieri, specialisti dei centri diabetologici, oncologici, ematologici, dialisi, etc.) o eseguiti durante l'accesso dell'assistito al Pronto soccorso.

4. Discussione e commento

La ricerca conferma gli esiti di analoghe indagini svolte all'inizio del 2000 in varie Asl (Longo e Vendramini, 2001), da un medico singolo e da un gruppo di Mmg (Quattrocchi, 2001; Astori et al, 2003). Tuttavia, rispetto alla fase pilota (Belleri, 2006) di questa stessa ricerca, la percentuale di prescrizioni suggerite risulta superiore di una decina di punti percentuali. Tale incremento è probabilmente dovuto alle prescrizioni richieste dagli assistiti, in precedenza attribuite al Mmg, che superano di poco l'8% del totale.

Gli specialisti pubblici e quelli privati concorrono in misura analoga alle prestazioni ambulatoriali rilasciate dal Mmg, anche se tale rapporto andrebbe messo in relazione alla densità e al numero di erogatori accreditati operanti nelle diverse aree geografiche. Il rapporto tra richieste suggerite e autonome si modifica in relazione alle diverse tipologie di prestazioni. Endoscopie, visite specialistiche, Ecg, radiografie ed ecografie sono per oltre il 60% prescritte dal Mmg, mentre tale rapporto si inverte, a favore

degli specialisti, per quanto riguarda la diagnostica per immagine di maggiore impegno tecnologico ed economico, come Tac, Rmn, scintigrafie e Pet. Significativo appare il contributo degli assistiti nella richiesta di visite specialistiche e di radiografie: infatti sul totale di 7901 consulenze specialistiche 864 sono state attivate su input degli assistiti (10,9%), mentre le radiografie suggerite dai pazienti sfiorano il 10%. I ricoveri infine sono suddivisi equamente tra Mmg (49,9%) e altri prescrittori (50,1%) con un ruolo marginale dei pazienti. Gli accertamenti suggeriti dagli assistiti superano di poco l'8% delle prescrizioni rilasciate dal Mmg e sono in gran parte visite ginecologiche ed oculistiche, mammografie ed ecografie (per un numero complessivo di oltre 1200 sul totale di 1546 prescrizioni indotte dagli assistiti). La quota di accertamenti prescritti direttamente dai medici specialisti sul proprio ricettario del Ssn, in ossequio alle norme vigenti, assomma alla metà delle prescrizioni suggerite dagli stessi specialisti e 'trascritte' dal Mmg su proprio ricettario. Tuttavia questa particolare tipologia di prestazioni è soggetta ad una sorta di bias di registrazione, in quanto non tutti gli accertamenti prescritti di proprio pugno dallo specialista pubblico o eseguiti in Pronto soccorso giungono all'osservazione del Mmg in tempi stretti. Analoghe considerazioni valgono per le visite specialistiche eseguite privatamente dagli assistiti, senza la preventiva consultazione del proprio medico, e per i ricoveri disposti come esito dell'accesso autonomo del paziente al Pronto soccorso. Infine anche la 'marcatura' degli accertamenti suggeriti da assistiti o specialisti potrebbe essere sottostimata, in quanto la procedura comporta un'attenzione e uno specifico percorso informatico, non richiesto per gli esami prescritti di propria iniziativa dal Mmg.

5. Conclusioni

Il 40% delle prescrizioni attribuite al Mmg origina dalla medicina di II livello o viene rilasciata su esplicita richiesta dell'assistito. Dall'esame dei dati, inoltre, emergono i percorsi sanitari ed organizzativi seguiti dal paziente per soddisfare il proprio bisogno, tradotto in domanda di prestazioni dai professionisti di I e II livello o autonomamente dallo stesso utente. È così possibile delineare una sorta di mappa di quello che si potrebbe definire il 'sistema prescrittivo territoriale' (figura 1) composto dagli assistiti del Ssn che interagiscono a diversi livelli con i professionisti attivi sul territorio (Mmg e specialisti ambulatoriali) o in sede nosocomiale (medici dipendenti ospedalieri, delle strutture di emergenza e dei centri specialistici). Si tratta di un sistema composto da una pluralità di attori che interagiscono tramite scambi comunicativi, decisioni cliniche e norme formali e informali (Scott, 1994). Il 'sistema

prescrittivo territoriale' non è strutturato gerarchicamente, in quanto rete a connessione debole e per certi versi 'volatile', nel senso che si aggrega e si scompone di volta in volta attorno alla domanda espressa dal singolo assistito, il quale funge anche da collante e connettore della rete (in questo senso si tratta di un 'sistema creato dal problema', costruito teorico-pratico elaborato della psicologia sistemico-relazionale). Il sistema prescrittivo territoriale travalica confini ed assetti organizzativi consueti e richiede, per funzionare in modo qualitativo, un buon tasso di integrazione, in quanto 'i processi di produzione e distribuzione dei servizi sanitari si svolgono attraverso reti di relazioni complesse e scarsamente gerarchizzabili fra organizzazioni e professioni diverse, in cui nessuno dei numerosi attori può esercitare la funzione di comando e controllo e, parallelamente, non esiste un unico soggetto cui imputare responsabilità complessive' (Grilli e Taroni, 2004).

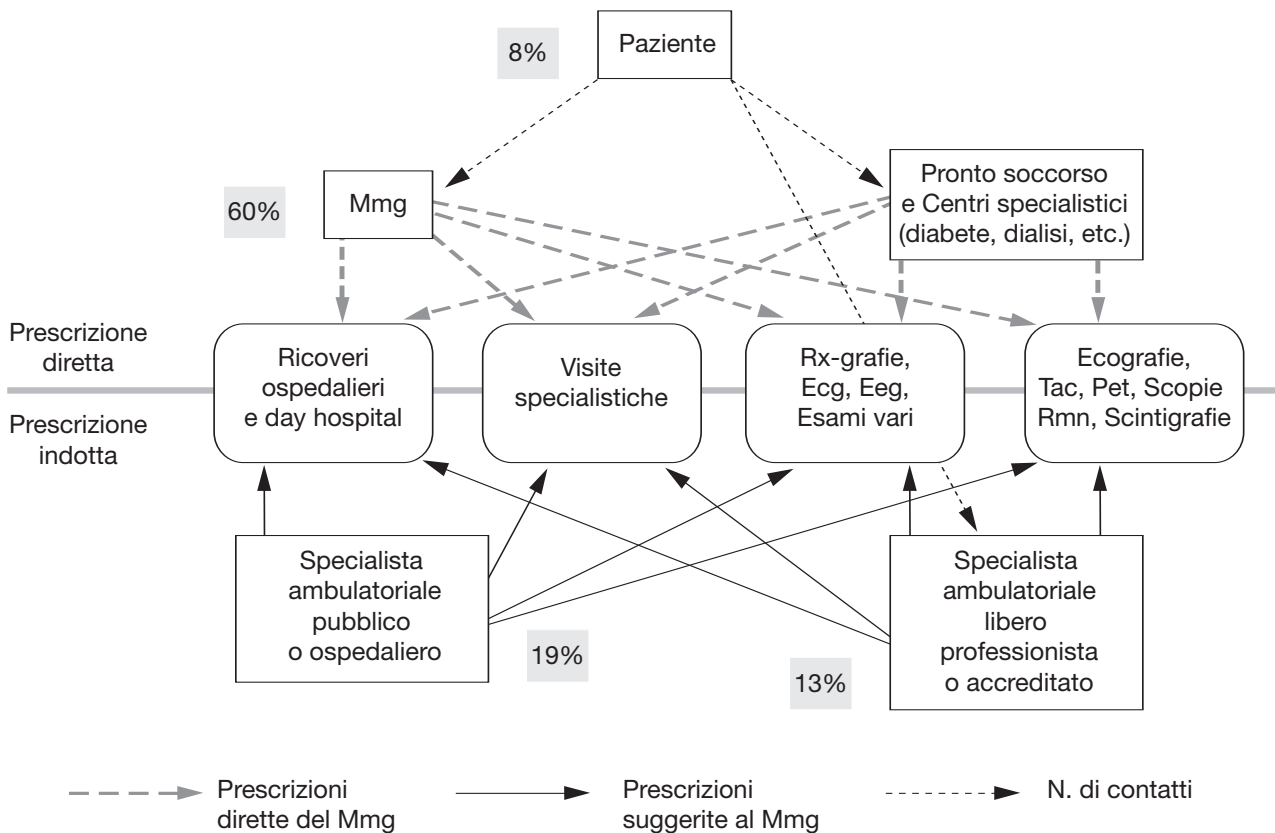


Figura 1 - Mappa del 'sistema prescrittivo territoriale'.

Bibliografia

- AAVV (2004), Bisogni di salute e governo della domanda (monografia), *Salute e Territorio*, n. 143.
- Astori P, Baronchelli M, Belleri G, Ferrari A, Multineddu M, Mutti E et al (2003), "Vorrei fare tutti gli esami". Ricerca osservazionale quali-quantitativa sulla prescrizione di esami indotta dalla richiesta degli assistiti in medicina generale, *Ricerca & Pratica*, 19: 230-234.
- Baronchelli M, Belleri G, Bettini GL, Loglio A, Tabaglio E (2005), Prescrizioni indotte dalla medicina di secondo livello, *Occhio Clinico*, 8: 27-28.
- Belleri G (2006), Cure primarie: quale governo della domanda, *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 9: 13-16.
- Grandi G (1997), La contabilità analitica, in Spinanti S (a cura di), *Management per la nuova sanità*, Napoli, Edises, pp. 115-129.
- Domenighetti G, Pipitone F (2002), Induction de l'offre de prestations medicale par la demande. Un essai de quantification pour la Suisse, *Primary Care*, 2: 241-245.
- Grilli R, Taroni F (2004), *Governo clinico*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.
- Levaggi R, Capri S (2003), *Economia sanitaria*, Milano, Franco Angeli.
- Longo F (2004), Tutela della salute, committenza, programmazione-acquisto-controllo in sanità, in Tedeschi P, Tozzi V (a cura di), *Il governo della domanda*, Bologna, McGraw-Hill, inserire pagine.
- Longo F, Vendramini E (a cura di) (2001), *Il budget e la medicina generale*, Bologna, McGraw-Hill.
- Quattrocchi P (2001), Quota di prescrizioni indotte da accertamenti e ricoveri da parte di un MMG nel periodo dall'1/01/2001 al 20/07/2001, *Rivista QQ*, 6: 4-6.
- Scott W (1994), *Le organizzazioni*, Bologna, Il Mulino.

Errata corrige

La qualifica corretta della dottoressa Manuela Samantha Macinati, autrice dell'articolo *Outsourcing in sanità: successo o fallimento? Indicazioni da una ricerca empirica* pubblicato sul Volume 7, Numero 3, Luglio-Settembre 2006 di *Politiche sanitarie* è Ricercatore in Economia Aziendale, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma. Ci scusiamo con l'autrice e i lettori per l'imprecisione.