



Basta con le medie per valutare la spesa indotta dai medici di medicina generale

Data 04 giugno 2006
Categoria professione

Il giudizio di 'appropriatezza prescrittiva' basato sulla definizione dei case-Mix individuali può addirittura stravolgere i risultati di un'analisi basata sul semplice scostamento da valori 'medi' di spesa o di consumo.

La necessità di individuare metodiche semplici ma efficaci per misurare il grado di complessità assistenziale di bacini di utenza diversi (Case-Mix) è importante non solo per l'economia sanitaria ma anche per la stessa ricerca clinica. La coesistenza di pluripatologie nello stesso paziente è in grado infatti di confondere i risultati dei trials e di limitare la generalizzabilità delle loro conclusioni ai pazienti più anziani o più malati. Il Charlson Comorbidity Index è una metodica semplice e affidabile per misurare la comorbidità; il metodo è stato validato in numerose esperienze e i valori che produce risultano ben correlati con i dati di mortalità, morbilità e consumo di risorse sanitarie. L'indice viene costruito in base alla presenza o meno nel singolo paziente di 19 patologie traccianti, ciascuna delle quali contribuisce allo score con un punteggio che può variare da 1 a 6; la somma dei punteggi riferibili alle malattie coesistenti in un soggetto viene quindi ponderata per l'età del paziente. L'intero range del Charlson 'age adjusted Index' è compreso tra 0 a 43 punti ed i suoi valori hanno dimostrato eccellente validità predittiva per un gran numero di outcome clinici in ambito oncologico, geriatrico e internistico. Nonostante l'ampiezza del range, uno score di Charlson uguale o superiore a 5 è in genere espressione di grave impegno clinico. Il calcolo del Charlson Comorbidity Index è rapido e semplice e può essere realizzato con strumenti a disposizione anche 'on line'. È stato usato il Charlson Comorbidity Index per misurare la comorbidità entro l'ambito dei bacini di utenza in carico ai singoli medici di medicina generale. Una corretta definizione del Case-Mix individuale può consentire una 'definizione di congruità' del consumo di risorse sicuramente più equa di quanto offerto dalla cruda definizione dei 'tetti di consumo' dei contratti aziendali. I sistemi di governo della spesa applicati alla medicina generale prevedono infatti definizioni del Case-Mix molto approssimative perché basate esclusivamente sui dati ricavabili dalle singole ricette (età, sesso e tipologia di esenzione dal ticket sanitario). Questi sistemi di governo utilizzano inoltre come <golden standard di appropriatezza prescrittiva> solo i valori 'medi' di consumo determinati a livello di ASL o addirittura a livello di Regione. Non si può infatti accettare che l'uso indiscriminato di questi strumenti possa penalizzare, con l'imposizione acritica di 'tetti' predefiniti 'di spesa' o 'di consumo' professionisti caratterizzati per puro caso da bacini di utenza particolarmente impegnativi sotto il profilo assistenziale.

Gli obiettivi della ricerca sono quelli di: valutare i Case-Mix di un gruppo di medici di medicina generale; quantificare il consumo di risorse sanitarie indotto dai singoli medici; correlare il consumo di risorse con i Case-Mix individuali; proporre un sistema di allocazione di risorse basato sulla definizione dei case-Mix individuali. Sono stati confrontati i bacini di utenza in carico a quattro medici appartenenti ad un nucleo di medicina di gruppo dell'ULSS 20 del Veneto e provvisti di un software professionale comune (Millewin). È stata analizzata l'attività professionale relativa al periodo 01 gennaio 2005 - 31 dicembre 2005. Per ciascuna casistica sono stati estratti: i pazienti affetti da almeno una delle 19 patologie traccianti necessarie al calcolo dello score di Charlson; i pazienti afferiti almeno una volta agli studi professionali nel periodo di riferimento; il valore dell' 'age-adjusted Charlson Index'; i pazienti a cui sono state erogate prestazioni farmaceutiche nel periodo di riferimento; i pazienti a cui sono state erogate prestazioni diagnostiche nel periodo di riferimento; i costi delle prescrizioni farmaceutiche; i costi delle prescrizioni diagnostiche. I dati sono stati estratti dai database professionali utilizzando query SQL appositamente create dagli autori. Il modello di analisi proposto dimostra che un giudizio di 'appropriatezza prescrittiva' basato sulla definizione dei case-Mix individuali può addirittura stravolgere i risultati di una analisi basata sul semplice scostamento da valori 'medi' di spesa o di consumo. I risultati sono consultabili nel dettaglio all'indirizzo:

[http://www.evidenzaqualitametodo.it/files/basta_con_le_medie_abstract\(1\).pdf](http://www.evidenzaqualitametodo.it/files/basta_con_le_medie_abstract(1).pdf)). Questo significa che medici con elevata spesa (farmaceutica o diagnostica) pro capite rispetto ad una media di un determinato gruppo possono risultare invece in linea rispetto ad un'allocazione delle risorse ponderata per case mix.

Alessandro Battaglia, Franco Del Zotti, Alberto Vaona, Carmine Farinara, Saffi-Ettore Giustini: Basta con le medie! La medicina generale e il Case-Mix dati preliminari di una esperienza pilota nell'ULSS 20 del Veneto - EQM (Evidenza qualità e metodo in medicina generale)

Commento di Luca Puccetti

Ancora una volta Battaglia e coll. hanno prodotto uno studio di grande importanza sia culturale, che pratica. Questo studio infatti può rappresentare un valido mezzo di difesa per i colleghi oggetto di accuse di iperprescrizione, da qualunque parte provengano. I metodi, tra l'altro usati solo in alcune ASL di correggere il numero effettivo degli assistiti per il numero degli anziani mediante pesi per classi di età è un mezzo assolutamente insufficiente ed assai grezzo per ponderare il carico di lavoro per le esigenze della casistica degli assistiti. L'assunto che ad una spesa media di una data comunità di medici corrisponda un carico di lavoro ripartito in modo simile è verosimilmente destituito di fondamento. Ma oltre a prestarsi ad un importantissimo impiego pratico, questo lavoro rappresenta una validazione scientifica del vecchio detto "chi più spende più cura" che i vecchi colleghi solevano pronunciare allorché le vecchie mutue avanzavano loro contestazioni in merito alla spesa o alle parcelle rimesse per prestazioni ambulatoriali o domiciliari. Con metodi scientifici il gruppo di EQM ha confermato che questa vecchia massima è in genere vera. Addirittura i



compensi del medico di medicina generale potrebbero essere rapportati a questo sistema di valutazione. E' infatti indubbio che un medico che debba affrontare una casistica affetta da comorbidità, lavori molto di più rispetto a colleghi con casistiche con indice di Charlson basso. Questo lavoro costituisce un sostegno ad una proposta che avanza ormai da tempo: che il pagamento sia effettuato, in parte, non solo sulla quota capitaria, ma anche su un indice come quello usato nella presente analisi. La quota parte del 60% di questa quota aggiuntiva relativa all'impegno potrebbe essere anticipata subito ed un 40% rispetto ad una analisi ponderata sugli esiti "forti" quali eventi, ricoveri, decessi .

BIBLIOGRAFIA

BMC Cancer 2004, 4:94

Mecosan, 5, gennaio-marzo 1993

Mecosan, n° 18 1991

Verona Medica, 4, settembre 1996 pag. 19

Settore Farmaceutico della ULSS 25 del Veneto

Relazione sugli indici generali di spesa e prescrizione farmaceutica dell' ULSS 25 nel biennio 1990-91 materiale inviato a tutti i medici di medicina generale accanto ai dati di spesa individuale lordi e disaggregati per classi di età e per particolari patologie per il calcolo del budget individuale

SDA Bocconi 23/5/97, convegno: Il Budget in Medicina di Base materiale didattico, pagg. 153-158'

Bollettino Notiziario dell' Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli odontoiatri di Vicenza anno XII , 5, agosto/settembre 1996, pag. 24

Laryngoscope. 2002;112:1988–1996. doi: 10.1097/00005537-200211000-00015.

Eur J Cancer. 2000;36:453–471. doi: 10.1016/S0959-8049(99)00319-6

J Chron Dis. 1987;40:373–383. doi: 10.1016/0021-9681(87)90171-8

Ricerca & Pratica .127 - Istituti Mario Megri Anno 22 numero 1 Gennaio- Febbraio 2006

Bataggia A, Vaona A, Giustini SE Audit sul management del paziente iperteso in un nucleo di medicina di gruppo sulla base delle indicazioni del 7° report del joint national commitee; QA, gennaio 2006, in press