Prescrivere oltre la media non è di per sé inappropriato

Data 29 ottobre 2006
Categoria professione

Una ASL è stata condannata a restituire gli importi trattenuti ad un medico di medicina generale per prescrizioni di farmaci ritenute improprie e superiori alla media di prescrizione dei medici dello stesso distretto sanitario.

Il giudice del Lavoro del Tribunale di Pordenone con sentenza n. 99 dell'11 maggio 2006 (depositata in Cancelleria il 25.5.2006) ha condannato l'ASL n. 6 Friuli Occidentale a restituire gli importi trattenuti ad un medico di medicina generale a titolo di rimborso coattivo per prescrizioni di farmaci ritenute improprie e superiori alla media di prescrizione dei medici dello stesso distretto sanitario. Il giudice ha ritenuto corrette le prescrizioni sulla base dell'esame delle stesse effettuato dal perito d'ufficio ed ha rilevato che l'ASL non ha prodotto alcuna prova concreta attestante l'inappropriatezza delle stesse e il presunto danno erariale motivante la sanzione economica inflitta dall'ASL al medico ricorrente. Spetta infatti all'ASL l'onere della prova certa di inappropriatezza delle prescrizioni, non al medico. La sentenza smentisce la tesi che la prescrizione di farmaci al di sopra della media di prescrizione degli altri medici sia di per sé un indicatore di inappropriatezza e quindi di un danno erariale.

Fonte:Univadis

Commento di Luca Puccetti

Solo chi è ignorante, nel senso etimologico del termine, potrebbe pensare che prescrivere oltre un valore medio riferito alla spesa pesata di altri medici dello stesso distretto costituisca in re ipsa un indice di inappropriatezza. Da un punto di vista meramente statistico un valore medio senza indici di dispersione non consente di effettuare valutazioni inerenti alla distribuzione dei valori. Assumendo una distribuzione normale, solitamente ci si riferisce al valore della media aritmetica più o meno due deviazioni standard per definire i valori che non sono relegati nelle code (il 5% dei valori verso l'estremo più basso o più alto del range). Ma al di là di queste elementari considerazioni esiste una motivazione forse ancora più importante in merito alla scorrettezza di voler giudicare in base alla sola spesa media pesata per età anagrafica (quando la pesatura, viene effettuata!). Una tale operazione si basa sull'assunto che il mix di patologie per un medico di medicina generale sia distribuito in modo omogeneo. Il teorema è il seguente: dato che il carico assistenziale è simile per ogni medico a parità di assistiti pesati per età se il livello di prescrizioni oltrepassa la media deve essere esagerato o inappropriato. Un recente lavoro di Alessandro Battaggia e coll. (vedi: http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2506) ha invece dimostrato che tale assunto è destituito di qualunque fondamento. Il giudizio di 'appropriatezza prescrittiva' basato sulla definizione dei case-Mix individuali valutati mediante il Charlson Comorbidity Index può addirittura capovolgere i risultati di un' analisi basata sul semplice scostamento da valori 'medi' di spesa o di consumo. Questo lavoro dimostra che il carico assistenziale non è affatto distribuito omogeneamente e rappresenta una validazione scientifica del vecchio detto "spesso chi più spende più cura" che i vecchi colleghi solevano pronunciare allorquando le mutue avanzavano loro contestazioni in merito alla spesa o alle parcelle rimesse per prestazioni ambulatoriali o domiciliari. E' infatti indubbio che un medico che debba affrontare una casistica affetta da molte patologie, lavori molto di più rispetto a colleghi con casistiche con indice di Charlson basso. Paradossalmente chi spende di più in farmaci invece che essere accusato dovrebbe talora essere pagato di più. Ma non la pensano così alcuni parlamentari di Alleanza nazionale che hanno proposto un emendamento in finanziaria (2) che mira a ridurre del 10% la spesa dell'assistenza specialistica e farmaceutica obbligando le Regioni ad un controllo sistematico delle prescrizioni eccedenti non meglio definiti tetti di spesa determinati per ciascun MMG in base agli assistiti pesati per età e bisogno assitenziale. Una tale norma assomiglia tanto ad una grida manzoniana: tanto è vaga quanto inapplicabile, stante la mancanza di definizione sia dei livelli dei tetti, che espone a qualunque arbitrio, la mancata individuazione dei metodi per valutare il bisogno assistenziale e la mancata precisazione di quale debba essere il punto di vista in merito al bisogno assistenziale, dato il dettato dell'articolo 32 della Costituzione che sembra privilegiare quello del paziente rispetto a quello dello Stato o dei suoi Organi amministrativi.

1) BMC Cancer 2004, 4:94
2) testo emendamento 1746-bis/XII/88.5. Lisi, Conti, Mancuso, Angela Napoli, Ulivi: le Regioni sono tenute ad istituire procedure di controllo sull'appropriatezza dell'assistenza specialistica e farmaceutica, basate sulla verifica sistematica delle prescrizioni eccedenti appositi tetti di spesa, determinati per ciascun medico di medicina generale, in corrispondenza del numero dei propri assistiti, distinti per fasce di età e di bisogno assistenziale. I tetti di spesa devono essere fissati in modo da conseguire una complessiva riduzione della spesa sanitaria per l'assistenza specialistica e farmaceutica, a livello regionale, non inferiore al 10 per cento.