

## Prescrizioni indotte e responsabilità di spesa

**Prescrizioni specialistiche, responsabilità economica, appropriatezza, primo prescrittore: la discussione pubblica attorno alle difficili relazioni tra medicina di primo e secondo livello, in fatto di prescrizioni, è sempre più vivace e non mancano proposte drastiche come bloccare per 5 anni la facoltà di revoca del proprio Mmg da parte dell'assistito, salvo alcune eccezioni.**

**D**i recente sul problema delle prescrizioni indotte il *Sole 24 ore Sanità* ha ospitato due interventi provenienti da diverse sponde (un sindacalista medico e un dirigente di Asl) che avanzano proposte speculari, se non antitetiche. Nel primo caso il segretario generale del Sumai, **Roberto Lala**, è intervenuto in merito all'individuazione del cosiddetto "primo prescrittore" dei farmaci (specialista ospedaliero o ambulatoriale) che sono poi trascritti dal Mmg, con conseguente assunzione di responsabilità professionale ed economica pur non avendo concorso alla decisione (e talvolta dovendola subire, suo malgrado). Il segretario del Sumai ha ammesso con onestà che "quando è lo specialista, ambulatoriale ospedaliero o universitario, a prescrivere il piano terapeutico per il malato cronico, è lui a essere responsabile per la spesa e a doversi fare carico di eventuali inapproprietezze". Lala ha auspicato, grazie alla tracciabilità delle ricette e del paziente, la possibilità di risalire al "primo prescrittore" e a un cambiamento legislativo in questa direzione per potere "capire come e dove si spendono le risorse, razionalizzare la spesa e, se e dove esistono, colpire e reprimere i casi di malcostume". Una posizione coraggiosa e onesta che ha riportato la responsabilità economica delle scelte terapeutiche su chi le

adotta, sollevando quindi il medico di medicina generale da una responsabilizzazione del tutto impropria.

### ■ Una proposta drastica

Di tutt'altro avviso è il direttore generale dell'Asl di Montalbano Jonico, **Pietro Quinto**, che vorrebbe invece un Mmg responsabile unico e in toto delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche che "girano" sul territorio. Per rafforzare l'autonomia e la libertà decisionale del medico di medicina generale il dirigente della Asl lucana avanza una proposta drastica: "blindare" la scelta del medico, vale a dire bloccare per cinque anni la facoltà di revoca da parte dell'assistito (salvo eccezioni come il cambio di residenza o il venire meno del rapporto fiduciario, adeguatamente motivato) per garantire la discrezionalità e il potere di veto del generalista. Tale vincolo normativo dovrebbe consentire una maggiore appropriatezza prescrittiva in quanto metterebbe il Mmg nelle condizioni di poter negare all'assistito certificati compiacenti, trascrizione di farmaci o esami inappropriati consigliati dagli specialisti e così via. Una realtà che secondo il dirigente della Asl renderebbe possibile addossare anche il macigno della responsabilità sulla spesa al Mmg. Per il direttore della Asl, si tratta dell'unica "soluzione per privare i

convenzionati di un'arma di difesa micidiale che contribuisce a impedire alle aziende di individuare le vere responsabilità".

In pratica con la blindatura temporale della scelta/revoca si potrebbero raggiungere contemporaneamente tre obiettivi da sempre perseguiti dagli amministratori:

1. gatekeeping del sistema;
2. appropriatezza delle prescrizioni;
3. attribuibilità delle prescrizioni ai fini del budget finanziario.

Ma è realistico che una norma così semplice possa restituire al Mmg un potere tale da metterlo nelle condizioni di giudicare e bocciare le altrui prescrizioni? Consideriamo nel dettaglio i risvolti, i pro e i contro, di questa proposta.

**Gate-keeper.** Da qualche anno gli amministratori pubblici accarezzano l'idea che il Mmg possa assumersi il compito di fare il "cane da guardia" dell'accesso alle prestazioni del Ssn, sbarrando la strada a chiunque intenda accedervi senza averne le credenziali o i requisiti. In particolare il generalista dovrebbe dire continuamente di no ad assistiti esigenti o imploranti, specialisti dall'esame facile, campagne di screening, sfidando l'impopolarità e mettendo a rischio la relazione con gli assistiti in nome dell'appropriatezza. Questa ipotesi è tramontata definitivamente alcuni anni fa contestualmente alla figura del "prescrittore unico" e all'entrata in vigore del nuovo ricettario del Ssn, distribuito *ad personam* a tutti gli specialisti pubblici.

Com'è noto il generalista è l'anello debole del sistema, segnatamente nei contesti in cui prevale l'offerta specialistica, non è certo nelle condizioni per sbarrarne l'accesso al Ssn. A ogni buon conto la blindatura della scelta/revoca non eviterà le tensioni tra medico e assistito in presenza di esami di dubbia appropriatezza suggeriti da terzi.

**Appropriatezza.** Per portare a termine il compito di cui sopra si fa spesso leva sul concetto di appropriatezza inteso nel senso di prescrivere il farmaco (o l'accertamento) giusto, al paziente giusto, nel momento giusto (e non certo nella distorta versione economicistica che fa riferimento alle sole medie di spesa).

Ebbene, in casi selezionati è possibile che il Mmg neghi una prestazione poiché non rientra in linee guida, PDT, note ecc. ma si tratta pur sempre di episodi sporadici, relativi a patologie ad alta prevalenza, in cui il medico di famiglia, per poter reggere il confronto, dovrebbe avere la stessa preparazione teorica o la medesima esperienza pratica del consulente.

Al contrario il maggior numero di prestazioni a rischio di inappropriata sono da ricondurre ad aree di incertezza clinica, all'autonomia professionale o alla cosiddetta medicina difensiva. In quest'ultimo caso, con il diniego della "trascrizione", il Mmg si assume tre rischi: quello che intendeva evitare lo specialista, quello medico-legale di aver ignorato il "consiglio" del collega e, infine, il rischio di rottura della relazione con l'assistito.

**Responsabilità e attribuibilità (economica).** Le attuali normative consentono già in molti casi di individuare il primo decisore e quindi di attribuire con precisione l'onere della prestazione, perlomeno nel settore pubblico.

Sono almeno quattro le norme vigenti (ma spesso inapplicate, non certo per volontà del generalista) che consentono l'attribuibilità delle prescrizioni:

- l'obbligo di piano terapeutico per alcuni farmaci;
- il passaggio in cura per patologie complesse (trapiantati, emopatici, malati terminali, ecc.);
- la biffatura della casella "suggerito" sulla ricetta del Ssn;
- ma soprattutto gli articoli delle convenzioni e le delibere regionali in forza dei quali lo specialista pubblico è tenuto a prescrivere sul proprio ricettario del Ssn gli accertamenti diagnostici ritenuti necessari per rispondere al quesito clinico formulato dal Mmg nella richiesta di consulenza.

Con l'osservanza di quest'unica disposizione si dissolverebbe come neve al sole l'annosa questione delle "trascrizioni" di esami diagnostici.

Anche per la delicata questione delle prescrizioni indotte vale il principio deontologico ed etico: "A ciascuno il suo".

Basterebbe quindi la puntuale applicazione delle norme vigenti per risolvere il problema dell'attribuibilità economica delle prestazioni, senza la necessità di addossare "il macigno della responsabilità della spesa" sulle uniche spalle del medico di medicina generale.