

Le risposte alle richieste dirette degli assistiti

Qual è l'atteggiamento del medico di famiglia nei confronti delle richieste indotte e spesso inappropriate? A cercare di chiarire le dinamiche e l'entità del fenomeno due indagini condotte in parallelo, una nella Asl di Brescia e l'altra nella Asl di Mantova.

Nella pratica ambulatoriale capita spesso che i pazienti non si limitino a consultare il proprio curante per risolvere un problema o esporre i propri sintomi, ma che formulino in modo diretto la richiesta di una prescrizione diagnostica (radiografia, TAC, ecografia ecc.) o di visita specialistica, senza delegare tale compito al cosiddetto "agente" medico.

Due indagini, condotte in parallelo nel corso del 2007, hanno chiarito le dinamiche di questa particolare situazione, sia sul versante quantitativo (l'entità del fenomeno) sia su quello qualitativo-comportamentale (la risposta del medico ai desiderata dell'assistito).

La prima ricerca ha coinvolto 5 Mmg massimalisti, operanti in diverse località della Asl di Brescia con in totale 7.669 assistiti in carico, che hanno analizzato le prescrizioni suggerite dagli assistiti al curante o eseguite di propria iniziativa privatamente.

Nei sei mesi di osservazione, su 62.503 contatti ambulatoriali tra medico e pazienti, sono state rilasciate 28.131 prescrizioni diagnostiche, classificate in tre gruppi, a seconda di chi abbia originato la prescrizione: il medico stesso in modo autonomo oppure su suggerimento dello specialista o del paziente. Il 12% circa delle prescrizioni registrate sono risultate indotte dagli assistiti e così suddivise in base alla tipologia:

- visite specialistiche 48%;
- accessi al Pronto soccorso (in gran parte decisi autonomamente dal paziente) 32%;
- radiografie 6%;
- ecografie 6%;
- TAC e RMN 2%;
- ricoveri, Ecg ed esami vari 6%.

■ Oltre la funzione di gatekeeper

L'indagine ha preso in esame solo le richieste degli assistiti che il generalista aveva accolto, mentre non ha riguardato gli eventuali rifiuti, in caso di prescrizioni improprie. In base alla teoria del cosiddetto gatekeeper, il medico, a fronte di una proposta giudicata inappropriata, non dovrebbe avallare le richieste dell'assistito e quindi rifiutare la prescrizione dell'accertamento diagnostico o della consulenza specialistica, proposta con insistenza o meno. Come si comportano nella pratica quotidiana i medici di famiglia in queste delicate circostanze? La risposta al quesito è venuta da un'indagine qualitativa svolta nella Asl di Mantova, che ha coinvolto un campione di 185 Mmg per un bacino di utenza di circa 220.000 assistiti. Tale indagine è stata parte della tesi di dottorato dell'economista sanitaria parmigiana Veronica Scandigli, avente come oggetto il governo della domanda, presentata durante l'annuale convegno nazionale dell'AIES (Associazione Italiana Economisti Sanitari) svoltosi nel mese di novembre (www.aiesweb.it).

In media il Mmg che ha risposto al questionario proposto dalla ricercatrice assiste 1.200 assistiti e ha accumulato da 14 a 23 anni di esperienza professionale. L'associazionismo è diffuso tra il 73% dei medici del campione. L'indagine, oltre a esplorare l'atteggiamento dei Mmg nei confronti delle richieste degli assistiti, ha preso in esame altri aspetti rilevanti come la percezione del budget di distretto, il ruolo dell'informazione ai pazienti, la gestione del tempo professionale e delle cronicità. Dalla ri-

cerca mantovana emerge la scarsa propensione dei medici ad assumere il ruolo di filtro nell'accesso alle prestazioni sanitarie ritenute non del tutto appropriate. Il 61% del campione infatti afferma che, pur in disaccordo con le richieste dei pazienti, di fronte a una insistenza assequenda i desiderata dell'assistito, mentre il 27% non dà seguito alla richiesta del paziente e il 12% non dà indicazione sul proprio comportamento.

■ Le possibili cause

La debole adesione al modello di gatekeeping - ben nota a chi svolge sul campo l'incomodo ruolo di mediatore tra bisogni degli assistiti, induzione specialistica e vincoli normativi - può essere spiegata con il concorso di diverse motivazioni:

- cambiamenti culturali nella relazione medico-paziente, che vede quest'ultimo assumere sempre più spesso l'iniziativa nel ruolo di "esigente" anche per riequilibrare l'asimmetria informativa verso l'"agente" medico (accesso alle informazioni sanitarie tramite i media, internet, TV ecc.);
 - rischio medico-legale in caso di rifiuto da parte del medico di prescrivere un accertamento potenzialmente utile ai fini diagnostici (possibile denuncia per malpratica);
 - eventualità, a seguito del diniego della prescrizione, di innescare uno spiacevole conflitto con l'assistito, fino alla rottura del rapporto e conseguente perdita economica relativa alla revoca della relazione fiduciaria, anche per l'influenza della concorrenzialità di colleghi più disponibili;
 - posizione negoziale debole del Mmg rispetto al ruolo sociale della medicina tecno-specialistica o super-specialistica, anche in rapporto al surplus di offerta correlato alla pleora medica (non di rado l'assistito è latore di una richiesta di esame che origina dalla medicina di II livello).
- Queste concause rendono sempre meno praticabile il modello ideale del gatekeeper, di matrice anglosassone, anche perché nel frattempo è tramontata l'ipotesi di fare del medico di medicina generale il prescrittore unico del sistema sanitario.