

## Gioie e dolori della ricetta a lettura ottica

**A distanza di pochi anni dalla sua introduzione la ricetta a lettura ottica si rivela, a seconda dei punti di vista, una specie di giungla normativa, ma anche un'insospettata fonte di informazioni. Ciò non toglie che dietro la semplice biffatura di un campo della ricetta si celano varie problematiche ed effetti imprevisi.**

**C'**è una casellina nella ricetta a lettura ottica nazionale, apparentemente insignificante, che sta attirando l'interesse dei medici di famiglia. Con il passare del tempo, gli eventi che precedono e seguono l'atto prescrittivo hanno assunto sempre più rilievo, tant'è che a distanza di pochi anni dalla sua introduzione la ricetta a lettura ottica si rivela, a seconda dei punti di vista, una specie di giungla normativa, ma anche un'insospettata fonte di informazioni. Mi riferisco in particolare alla casella del "suggerito" che in caso di biffatura indica una prescrizione, diagnostica o terapeutica, rilasciata dal Mmg che in realtà non è farina del suo sacco in quanto è stata indotta o suggerita da un altro medico, sia esso dipendente, ospedaliero, ambulatoriale o libero professionista.

Insomma dietro la semplice biffatura di un "campo" della ricetta si celano varie problematiche ed effetti imprevisi come accade con la proverbiale punta dell'iceberg. Cerchiamo quindi di analizzare le molteplici sfaccettature del problema "suggerito".

### La differenziazione tra scelta e prescrizione

La questione delle prescrizioni indotte nasce da un dato di fatto. Da almeno 10 anni si è assistito a una differenziazione dei livelli del sistema sanitario, tant'è che in molti casi si è instaurato un vero e proprio sdoppiamento tra la scelta di un farmaco o di un accertamento (nel senso delle deci-

sione clinica, più o meno appropriata e aderente alle norme vigenti) e la sua prescrizione materiale sul ricettario del Ssn, preludio alla fruibilità della prestazione. Sempre più spesso accade che gli agenti che portano a termine il processo prescrittivo sono due: da un lato lo specialista ospedaliero o ambulatoriale, nel ruolo di primo decisore, che ha somministrato il farmaco durante la degenza o consigliato al termine della visita ambulatoriale, e dall'altro il medico di medicina generale che sul territorio recepisce il consiglio terapeutico o l'accertamento "indotto" dall'ospedale, prescrivendolo sul ricettario del Ssn. Solo quest'ultimo tuttavia risulta responsabile in toto della prescrizione dal punto di vista legale ed economico, a dispetto dell'enfasi sulla continuità assistenziale e l'integrazione ospedale-territorio.

### Le norme su ricette e prescrizioni

La biffatura sulla prescrizione "suggerita" deriva dall'art. 50 della legge 326 del 24.11.2003 che ha disposto anche la distribuzione e l'uso del ricettario unico nazionale a tutti i medici, sia a quelli di MG sia ai medici delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli istituti di ricovero e cura di carattere scientifico e anche a quelli dei policlinici universitari.

Dall'entrata in vigore della nuova ricetta nazionale a lettura ottica tutti i medici del Ssn, autorizzati all'uso del ricettario, sono

obbligati alla prima prescrizione, come peraltro disposto da altre normative sia nazionali (gli accordi collettivi per la MG e la specialistica) sia locali (numerose delibere regionali, a partire da quella lombarda del lontano 1991). L'intento di questo multiforme apparato normativo era di individuare l'origine della spesa e di responsabilizzare i relativi prescrittori dal punto di vista economico e riguardo all'appropriatezza. Purtroppo però l'obiettivo non è stato raggiunto poiché in questi anni le norme sono state largamente disattese dal II livello, come documentano varie ricerche in materia, a partire dal rispetto nelle note Aifa, ecc.

### La tipologia del "suggerito"

I farmaci indotti dalla medicina specialistica si possono suddividere in tre gruppi:

1. farmaci con nota Aifa e Piano terapeutico (PT) di esclusiva pertinenza specialistica (colliri anti-glaucoma, clopidogrel, interferoni, antipsicotici di ultima generazione, ecc);
2. farmaci senza PT con o senza nota Aifa, ma di prevalente gestione specialistica (per esempio, neurolettici, antitumorali o anti-rigetto);
3. farmaci prescritti sia dal Mmg sia dagli specialisti, ma talvolta in misura più frequente dai secondi (per esempio, sartani, coxib, eparine a basso peso molecolare, ecc) in rapporto a diversi stili prescrittivi.

A fronte del consiglio di un collega specialista il Mmg medio generalmente ha non poche difficoltà ad opporsi o a negare la trascrizione della terapia, specie se già iniziata in ambiente specialistico e rivolta a patologie gravi o potenzialmente a rischio (M.D. 2008; 2: 12-13).

## Il comportamento del Mmg

Qual è il comportamento dei Mmg nei confronti della biffatura dell'“indotto”? Purtroppo la normativa vigente non definisce con precisione le modalità di gestione della ricetta a lettura ottica riguardo ai farmaci suggeriti. Da una parte abbiamo i medici che si limitano a biffare il suggerito solo quando, pur non condividendo in pieno la prescrizione, si adattano a trascriverla sul proprio ricettario. Questo atteggiamento configura una sorta di presa di distanza critica dal consiglio, diagnostico e terapeutico, che non arriva però al rifiuto della prescrizione. Dall'altra invece troviamo i medici che biffano di routine la casella del suggerito, indipendentemente che condividano in pieno o solo parzialmente il “consiglio” specialistico. Infine la quota forse maggioritaria dei Mmg ignora la biffatura della fatidica casellina, anche perché non sempre i software gestionali sono dotati di una procedura semplice e di uso corrente (anzi spesso sono farraginosi e impegnativi).

## Conseguenze economiche e gestionali

Le prescrizioni indotte hanno effetti diversificati sulla spesa e anche a livello di report aziendali, in funzione della tipologia della prestazione suggerita.

Per quanto riguarda la diagnostica le conseguenze economiche del suggerimento sono limitate nel tempo anche se possono essere considerevoli (basti pensare ai costi di un ricovero ospedaliero inappropriato o di esami diagnostici tecnologicamente più complessi e di più recente introduzione, nonché costosi).

Diverso è l'effetto di una prescrizione farmaceutica suggerita. Se si tratta di un ciclo terapeutico per un'affezione acuta, per esempio un trattamento antibiotico, il farmaco indotto non avrà un grande impatto sui costi. Al contrario in

caso di terapia cronica, che si potrebbe protrarre per anni, l'effetto economico della cura indotta potrebbe essere consistente fino a condizionare il budget del singolo Mmg (si pensi, per esempio, alle patologie a più alta prevalenza come ipertensione, diabete o cardiopatia coronaria, oppure a trattamenti specifici di costo elevato come quelli ormonali, a base di emoderivati, fattori di crescita, antivirali o immunomodulatori). Pur in assenza di dati attendibili sulla percentuale di farmaci suggeriti, non sono lontane dal vero stime che li quantificano in un 40-50% della spesa complessiva.

Va da sé che per un elementare principio di equità e giustizia tutte le prescrizioni indotte dovrebbero essere defalcate dal “budget” del medico di famiglia e attribuite allo specialista che ha generato la spesa, anche perché il sistema dei costi è centrato sul singolo assistito. In caso contrario il Mmg potrebbe essere “accusato” di eccesso di spesa o di prescrizioni inappropriate quando in realtà si è limitato a trascrivere farmaci, ricoveri o indagini diagnostiche decise da terzi. Un'evidente distorsione che merita di rientrare tra le priorità sindacali al tavolo negoziale per il rinnovo della convenzione nazionale.

Purtroppo i report aziendali non sempre tengono conto del “suggerito”, come ci si aspetterebbe: per quale motivo infatti sarebbe stata inserita la relativa biffatura se non per monitorare il fenomeno? In alcune Regioni i sistemi informatici di trattamento delle ricette e di elaborazione dei dati ancora non prevedono la differenziazione del suggerito, oppure si limitano a rilevare la percentuale complessiva dei farmaci indotti ignorando tutta la specialistica ambulatoriale, dove probabilmente si hanno le punte massime di induzione. Su questo versante infatti, a differenza della farmaceutica, esistono ormai dati abbastanza attendibili che indicano in 2/3 circa le prestazioni diagnostiche di costo più

elevato (TAC, RMN, scintigrafie e PET) consigliate dai consulenti specialistici.

## Responsabilità individuale

Infine non si può non accennare alle problematiche legali. È ben vero che sul versante amministrativo, civile o penale la firma sulla ricetta configura una ben precisa responsabilità individuale, più volte ribadita dai pronunciamenti della magistratura civile e contabile. Tuttavia non si possono ridurre tutte le problematiche sopra accennate al puro aspetto formale, normativo o regolatorio.

Pur senza dimenticare che su questo versante le norme di riferimento sono esplicite, vi sono segnali che indicano un certo cambiamento: non solo esistono chiare regole che coinvolgono in prima persona anche i “suggeritori”, ma recenti provvedimenti regionali hanno modificato il profilo di responsabilità economica del generalista. Per esempio la Regione Sicilia ha disposto, con delibera del 2006, che in caso di documentata inappropriatezza prescrittiva, gli eventuali eccessi di spesa siano risarciti in forma paritaria tra generalista e consulente specialista che ha indotto la prescrizione impropria.

Inoltre esiste, accanto a quella formale, anche una dimensione informale fatta di relazioni di “potere” che influenza e caratterizza la complessa rete prescrittiva territoriale. L'interdipendenza tra i diversi attori condiziona gli spazi di manovra e i margini decisionali dei singoli professionisti, specie il Mmg, anello debole della catena prescrittiva, che invece altri rivorrebbe additare come responsabile unico dei consumi complessivi. Politici, amministratori pubblici, sindacalisti accorti e culturalmente preparati non possono non tenere in debita considerazione, in parallelo agli aspetti formali e giuridici, la complessità socio-relazionale delle cure primarie.