

A proposito della domanda sanitaria indotta

Giuseppe Belleri

Medico di medicina generale
Flero (BS)

Appare sempre più improbo il compito programmatico attribuito alla MG dalle amministrazioni regionali, atto a fronteggiare e governare una dialettica tra domanda e offerta sempre meno inquadrabile sia nei tradizionali schemi dell'economia sanitaria (la funzione d'agenzia) sia nei modelli classici di espressione dei bisogni sanitari (la teoria della dominanza medica)

Per gli economisti è il principale "sintomo" del fallimento del mercato in sanità: il cittadino per consumare le prestazioni di cui necessita si deve affidare a un "mediatore" professionale (l'agente medico) che converte il bisogno soggettivo in una prescrizione di accertamenti o cure. In questo processo di transizione dalla domanda all'offerta può anche accadere che l'agente tenda a calcare la mano, inducendo prestazioni eccedenti rispetto al "giusto". Si possono così distinguere due forme di induzione della domanda una specifica e una aspecifica di prestazioni medico-sanitarie da parte dell'offerta medica (ma non solo).

Nella sua forma più tipica l'induzione di prestazioni viene definita anche *self-referral*, termine che indica la circostanza in cui un medico consiglia ad un assistito una procedura o un trattamento che lui stesso poi eseguirà.

In questo campo le ricerche si sono concentrate sulla chirurgia perché rappresenta l'area clinica in cui l'offerta è in grado di orientare la domanda in modo diretto. Non è un caso: le decisioni in questo settore sono prevalentemente prese dal livello specialistico, mentre il Mmg "medio" difficilmente può influire sull'indicazione chirurgica o sulla prescrizione di accertamenti propedeutici.

In una ricerca empirica, condotta in Svizzera alla fine degli anni Ottanta, Gianfranco Domenighetti (Il mercato della salute, CIS, Milano, 1994; Induction de l'offre de prestations médicales par la demande,

Primary Care 2002; 2:241-5) ha confrontato i consumi sanitari della popolazione generale con quelli dei medici e dei loro familiari, al fine di mettere in luce le differenze tra consumatori informati e "smaliziati" (medici e familiari) e cittadini meno informati ed esperti, che in genere delegano la decisione al medico (funzione di agenzia). La differenza tra volumi di prestazioni consumate dai familiari dei medici e quelle registrate nel gruppo di controllo sarebbe rivelatrice di induzione della domanda. Da questa e altre ricerche analoghe è emerso che il 25-35% delle prestazioni è imputabile all'induzione da parte dell'offerta.

In generale il numero di medici influenza in modo diretto il volume di prescrizioni e analogamente l'introduzione di un nuovo strumento diagnostico o la sostituzione di attrezzature di laboratorio obsolete con nuove tecnologie induce un aumento di richieste di test. In linea di massima ciò che passa per educazione sanitaria non fa altro che raccomandare controlli più frequenti, che si traducono in altrettanti contatti con medici, dentisti, farmacisti e quindi in una dilatazione della domanda.

Per esempio le periodiche manifestazioni pubbliche di sensibilizzazione organizzate dalle associazioni di malati o da società scientifiche, con giornate dedicate alle varie patologie per informare ed educare la popolazione, si concretizzano in visite e consulenze gratuite e/o esecuzione di esami diagnostici per individuare le patologie asintomatiche o situazioni di

rischio. Talvolta queste iniziative esitano in inviti a recarsi dal Mmg per eseguire ulteriori accertamenti diagnostici e preventivi, analogamente a quanto accade dopo le trasmissioni televisive sulla salute. L'economista sanitario **Antonio Brenna** (Manuale di economia sanitaria, CIS editore, Milano, 1999) osserva che in altri contesti tali interventi "educativi" passerebbero sotto la denominazione di "attività promozionali" o di "marketing".

■ PDTA: applicazione e differenze

Esiste anche una forma intermedia, tra questi due categorie, di induzione della domanda che non riguarda un particolare intervento, ma si estende a tutta la gamma delle prestazioni connesse alla gestione di una patologia cronica. Questa forma di induzione ha connotati geografici, probabilmente correlati alla concentrazione dell'offerta e alla caratteristiche socioculturali di alcuni contesti territoriali. Mi riferisco all'applicazione dei cosiddetti Percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) che da almeno un lustro a questa parte coinvolge sia i Mmg sia gli specialisti della branche coinvolte nella gestione delle prevalenti patologie croniche (diabete, ipertensione, scompenso cardiaco, BPCO, ecc.).

Tra le Aziende sanitarie della Lombardia quella provinciale di Brescia vanta ormai una consistente mole di dati sui consumi di accertamenti, visite specialiste e farmaci per la gestione delle malattie croniche e quindi può essere portata

ad esempio. In questa Asl, a seguito dell'elaborazione dei report relativi agli ultimi anni è emerso un dato inatteso e omogeneamente distribuito nel campione di medici aderenti ai diversi PDTA (Assistenza Primaria, luglio 2010, www.asl-brescia.it).

L'elaborazione statistica dei dati, relative al periodo 2003-2008, ha confrontato gli assistiti di diversi gruppi di Mmg con differenti livelli di partecipazione al progetto di Governo Clinico (dai epidemiologi, di processo, esito e consumi di prestazioni per la gestione di diabete, ipertensione arteriosa e rischio cardio-cerebrovascolare). Dall'analisi tramite regressione multivariata della spesa pro-capite lorda per ricoveri, farmaceutica e specialistica del periodo 2003-2008 si nota:

- un aumento annuo per le tre tipologie di prestazione, più elevato per la specialistica (+13 euro annui) e meno per la farmaceutica (+4 euro annui);
- un aumento della spesa per tutte e tre le tipologie di prestazione all'avanzare dell'età del paziente (circa 40 euro per ogni anno in più) e una minore spesa per gli assistiti

di sesso femminile per ricoveri (-91 euro) e farmaceutica (-50 euro) a fronte di una maggiore spesa per specialistica (+12 euro);

- una maggiore spesa per i residenti in zona urbana per tutte e tre le tipologie di prestazione statisticamente significativa: +40, +24 e +25 euro rispettivamente per ricoveri, farmaceutica e specialistica.

Il dato più inatteso, per certi versi sorprendente, è stato proprio quello relativo alle differenze rilevate tra aree urbane ed extra-urbane nell'applicazione dei PDTA: nel periodo 2003-2008, a fronte di un aumento medio annuo di 29 euro, i residenti in zona urbana hanno fatto registrare un aumento di +104 euro rispetto agli assistiti residenti in aree rurali. Per esempio la differenza tra i tassi di ospedalizzazione nelle aree urbane rispetto alle extra era nel 2003 di 237 contro 211 ricoveri per 1.000 abitanti e si è mantenuta costante fino al 2008 (213 *versus* 198) con valori sempre statisticamente significativi. Una differenza dell'ordine del 10-15% che può essere interpretata sia alla luce dei tassi più elevati di presa in carico delle patologie croniche sia come prodotto della diversa com-

posizione socio-economica e della rete assistenziale.

In buona sostanza tra zone urbane ed extra urbane i diversi volumi di prestazioni consumate possono essere ricondotti a diverse concause:

- una maggiore sensibilità, di matrice culturale e sociale, da parte della popolazione urbana verso la propria salute, che si traduce in un più frequenti contatti con i servizi sanitari;
 - una più attenta applicazione dei PDTA nelle zone cittadine da parte dei medici: per esempio la prevalenza del diabete per tutto il periodo è risultata superiore dello 0.5% nelle aree urbane rispetto a quelle extra-urbane;
 - gli effetti di una sorta di induzione ambientale per la disforme distribuzione delle strutture di offerta (ospedali, case di cura e ambulatori polispecialistici accreditati, centri anti-diabetici, per la cura dell'ipertensione ecc.).
- Ma poiché il Mmg ha uno scarso ruolo nella decisione di ricorrere alla degenza, la differenza tra le ospedalizzazioni andrebbe imputata in gran parte all'eccesso di offerta che caratterizza le aree urbane.