



IRPET

Istituto
Regionale
Programmazione
Economica
Toscana

AIES

Associazione Italiana di Economia Sanitaria

La percezione dei Medici di medicina generale degli strumenti di governo della domanda

Veronica Scardigli

PRIORITÀ ED EQUITÀ NELLE SCELTE DI POLITICA SANITARIA

Facoltà di Economia - Università di Firenze

18-19 ottobre 2007

Un disegno di ricerca più ampio

Quali strumenti aziendali e quali modalità organizzative le organizzazioni sanitarie hanno a disposizione per implementare un approccio di governo della domanda

Il governo della domanda consiste nell'identificare dove, come, perché e da chi origina la domanda di prestazioni sanitarie e nel decidere come questa deve essere trattata (ridotta, modificata o accresciuta) in modo che si possa sviluppare un sistema sanitario efficiente, appropriato ed equo (Pencheon D., 1998).

Revisione della letteratura – Conceptual framework

Approfondimento della definizione di governo della domanda, del rapporto tra il Medico e l'assistito e degli strumenti aziendali

- Implementazione logiche di empowerment
- Strumenti di compartecipazione alla spesa e gestione delle liste di attesa
- Modelli organizzativi del distretto e della Medicina generale
- Strumenti di programmazione e controllo – budget di distretto
- Gestione integrata del paziente - disease e case management
- La funzione di committenza

Revisione della letteratura – Conceptual framework

Tutta la letteratura che tratta il tema del governo della domanda è concorde nell'identificare il Medico di medicina generale come l'operatore sanitario maggiormente coinvolto in questo approccio.

Questo discende da almeno quattro fattori:

- 1) definizione di governo della domanda;
- 2) particolare ruolo assunto dal medico nel processo di trasformazione del bisogno in domanda di prestazioni sanitarie, come conseguenza dell'assimmetria informativa;
- 3) funzione di gate di accesso attribuita al Mmg verso le prestazioni erogate dal Ssn;
- 4) utilizzo della leva economica per influenzare il comportamento prescrittivo del medico.

Analisi empirica – Aspetti indagati

1. percezione che il medico ha del proprio ruolo

- la gestione del tempo e la percezione del livello di adeguatezza rispetto all'attività svolta;
- le richieste che i pazienti rivolgono al medico e il conseguente comportamento prescrittivo del medico;
- i fattori che influenzano le richieste dei pazienti.

2. percezione del budget di distretto

- la percezione del livello di utilità di alcuni strumenti rientranti nel budget di distretto;
- la percezione del cambiamento comportamentale conseguente all'introduzione del budget di distretto.

Analisi empirica - Percezione dei Mmg

Asl che avesse implementato strumenti di governo della domanda



Asl della Provincia di Mantova

Contesto aziendale

Contenuti del Budget di distretto

- 1) **adesione a Pdta** almeno 1 dei Pdta elaborato a livello aziendale: ipertensione, diabete, bpcO.

- 2) **adesione a programmi aziendali**
 - somministrazione Carta del Rischio Cardiovascolare alla popolazione target
 - collaborazione agli screening oncologici aziendali;
 - condivisione protocollo per l'accesso appropriato alle prestazioni di diagnostica per immagini, per il quale è prevista la partecipazione ad un incontro di revisione tra pari nell'ambito dei Cdr territoriali;
 - spostamento del consumo dei farmaci, per alcune specialità farmaceutiche, verso principi attivi di tipo equivalente e/o brevetto scaduto o in generale a minor costo ma di pari efficacia;
 - incremento del 10% del numero di pezzi prescritti di farmaci equivalenti e/o a brevetto scaduto;
 - adesione al protocollo aziendale dell'assistenza domiciliare programmata (adp) e appropriatezza degli accessi sulla base di quanto autorizzato dal distretto.

Analisi empirica - Metodologia

1. Fase conoscitiva propedeutica.
2. Costruzione del questionario.
3. Approvazione del progetto di ricerca nell'ambito del comitato aziendale.
4. Condivisione degli obiettivi della ricerca con i referenti distrettuali.
5. Somministrazione dei questionari nell'ambito degli incontri dei peer review (centro di responsabilità) organizzati a livello sub-distrettuale.
6. Archiviazione dei questionari su supporto informatico e successiva elaborazione dei dati.
7. Interpretazione dei risultati in relazione al disegno di ricerca ed agli obiettivi aziendali.

Campione 185 Mmg 66% dei Mmg dell'Asl - 71% tasso di risposta

Analisi empirica – Il profilo del Mmg

Il profilo del Mmg

1200 assistiti in carico e 23 anni di esperienza professionale

Il 73% dei medici del campione aderisce ad una forma associativa.

31% medicina in associazione

21% medicina di gruppo

21% medicina in rete

22% non associati

Analisi empirica - Risultati

- scarsa adesione al modello del gatekeeping (27% del campione)

Debole propensione dei medici ad assumersi la responsabilità di svolgere il ruolo di filtro nell'accesso alle prestazioni sanitarie ritenute non del tutto appropriate. Il 61% del campione pur non essendo d'accordo con le prestazioni richieste dai pazienti, sceglie di assecondarle

- profilo di medico consapevole dal punto di vista professionale, difficoltà nella gestione del rapporto con il paziente

L'attività clinica lo impegna per il 76% del tempo, interessato ad una crescita professionale disposto a sperimentare nuove modalità organizzative e gestionali (elevata adesione a forme associative) ma con evidenti difficoltà nella gestione del rapporto con il paziente.

Analisi empirica - Risultati

- le richieste che i pazienti rivolgono al medico: consigli (2,39), prescrizioni di farmaci (2,18), diagnosi (2,09), prescrizioni di esami di specialistica (1,9) e di visite di specialistica (1,86)

I pazienti si rivolgono al medico per tradurre una domanda di prestazioni sanitarie, già decodificata, in una prescrizione per accedere a livelli di cura superiori

- livello di accordo dei medici prescrizioni di esami di specialistica (1,23) e di visite specialistiche (1,26), prescrizioni di farmaci (1,43)

conferma quanto rilevato in altre ricerche sull'elevato livello di induzione di prestazioni sanitarie non appropriate

- informazioni ricevute dai pazienti: persone di fiducia (1,68), informazione passiva (1,65)

Analisi empirica - Risultati

- profilo del Medico gatekeeper: scelta individuale

Questo modello è più diffuso tra i medici soli e tra i medici aderenti a medicine di gruppo. Forte componente individuale come il medico interpreta il proprio ruolo.

- per l'interpretazione del ruolo del Mmg percezione del medico singolo affine a medicina di gruppo

I medici in gruppo e i medici soli percepiscono una minore incidenza delle richieste indotte dai pazienti a fronte di una maggiore richiesta di diagnosi.

- per la percezione sugli strumenti del governo della domanda

medicina di gruppo forte livello di criticità

medici non associati elevata utilità e di leva di cambiamento

Analisi empirica - Risultati

- Utilità degli strumenti di governo della domanda

Percezione mediamente bassa.

Maggiore utilità strumenti: sistema reporting, incontri di peer review

- Cambiamenti comportamentali indotti dal budget di distretto

Miglioramento rapporti colleghi Mmg e distretto

Miglioramento appropriatezza prescrittiva area farmaceutica

Analisi empirica - Risultati

- Aspetto maggiormente critico

Rapporto con i colleghi specialisti e non applicazione dei Pdt

- Aspetto strategico

Ruolo svolto dal distretto

Riflessioni conclusive



Ruolo della corretta informazione agli utilizzatori dei servizi sanitari



Integrazione organizzativa



Ruolo svolto dal distretto