
Priorità ed equità nelle scelte di politica sanitaria

AIES 12° Convegno Annuale - Facoltà di Economia - Università di Firenze

18-19 ottobre 2007

TITOLO: La percezione dei Medici di Medicina generale degli strumenti di governo della domanda di Veronica Scardigli¹

SOMMARIO 1 Il Medico di medicina generale e il governo della domanda - 2 Il disegno della ricerca - 2.1 La metodologia della ricerca - 2.2 I contenuti del questionario - 2.3 La metodologia di elaborazione dei dati - 3 Il contesto aziendale di riferimento ed i contenuti del budget di distretto - 4 I principali risultati della ricerca e alcune riflessioni conclusive - 5 Riferimenti bibliografici

1 Il Medico di medicina generale e il governo della domanda

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'asimmetria 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.

Il governo della domanda ha insito nella propria definizione la strategicità del ruolo assunto dagli operatori responsabili dell'interpretazione della domanda sanitaria; infatti secondo la definizione fornita nell'ambito del dibattito sul National Health Service, tale approccio 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).

Il Mmg, come conseguenza dall'asimmetria informativa esistente tra il medico stesso ed il paziente, si inserisce nel processo decisionale del paziente, comportandosi come agente dello stesso,

¹ Dottore di ricerca e Cultrice della materia in Economia delle Aziende pubbliche, presso la Facoltà di Economia dell'Università degli Studi di Parma

ovvero, mettendogli a disposizione la propria competenza professionale per tradurre il suo stato di bisogno in domanda di prestazioni sanitarie. La necessità dell'intervento del medico nel processo di determinazione della domanda, deriva dal fatto che il paziente non è in grado di avere informazioni precise e complete sul proprio stato di salute, sulla disponibilità di cure alternative e sull'efficacia delle stesse.

Gli studi di economia sanitaria mettono in evidenza come il rapporto di agenzia tra il medico e il paziente in realtà non possa essere definito perfetto in quanto il medico-agente è portatore di propri interessi, quindi la scelta migliore per il paziente potrebbe essere mediata dall'utilità del medico, in altre parole si potrebbe dire che il medico indirizza il paziente verso la scelta che egli ritiene migliore (Levaggi R., Capri S., 2003). Alcuni autori stanno introducendo il tema dell'induzione della domanda, sull'offerta. Domenighetti (Domenighetti G., 2006) riporta i risultati di una indagine empirica condotta in Svizzera nell'anno 2002, che dimostra che i pazienti, in una percentuale di circa il 34% dei casi, avanzano ai propri medici curanti richieste di prestazioni supplementari esplicitamente indotte dagli assistiti, e assecondate, nel 75% dei casi, dai medici. Questo nuovo profilo di paziente, definito competente, è caratterizzata da un atteggiamento fortemente critico rispetto all'asimmetria del rapporto medico-paziente.

Nel sistema sanitario italiano, anche se in misura minore rispetto a quello anglosassone, il Mmg è il primo gate di accesso alle prestazioni sanitarie attraverso il suo comportamento prescrittivo. Il Mmg autorizza infatti l'accesso alle prestazioni sanitarie finanziate dal sistema sanitario nazionale, si pensi alle prescrizioni dei farmaci, alle richieste di visite specialistiche ed in alcuni casi anche ai ricoveri. Come conseguenza di questo, al medico viene richiesto di svolgere una funzione di filtro, gatekeeping, che abbia come riferimento il principio dell'appropriatezza, rispetto alle domande rivolte dai pazienti. Alcune ricerche empiriche rilevano come per alcune prestazioni il suo ruolo nel governare l'accesso sia decisamente marginale e parallelamente come a costui si rivolgano assistiti con particolari caratteristiche.

Per incidere sul comportamento prescrittivo del medico, anche in conseguenza del fatto che costui è un professionista esterno all'azienda sanitaria, viene utilizzata la leva economica, attraverso l'implementazione di strumenti di programmazione e controllo. Lo strumento del budget di distretto deve essere interpretato come strumento in grado di incidere sul comportamento dei medici orientandolo al fine del raggiungimento degli obiettivi aziendali.

2 Il disegno della ricerca

L'obiettivo della presente ricerca è quello di approfondire la percezione del Medico di medicina generale del proprio ruolo e degli strumenti di governo della domanda. Poiché il fenomeno analizzato è la percezione soggettiva del medico, l'unità di analisi rispetto alla quale è stato condotto lo studio è il singolo medico. La ricerca è stata, quindi, condotta attraverso la somministrazione di questionari ai medici operanti presso una Azienda sanitaria locale che ha implementato il budget di distretto: l'Asl della provincia di Mantova. La ricerca si presenta pertanto come una *survey*, ovvero come una rilevazione diretta.

Gli aspetti indagati sono riconducibili alle seguenti 2 macro aree: 1) percezione che il medico ha del proprio ruolo; 2) percezione degli strumenti di governo della domanda.

La prima macroarea ha la finalità di focalizzare il comportamento del medico, soprattutto prescrittivo, al fine di comprendere se e in che modo costui interpreta il ruolo di gatekeeper, attraverso l'approfondimento dei seguenti aspetti:

- 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.

La seconda macroarea ha l'obiettivo di approfondire come gli strumenti di governo della domanda (Percorso diagnostico terapeutico assistenziale, sistema di reporting, incontri di peer review etc), contenuti nel budget di distretto, sono percepiti dal medico e in che modo riescono ad incidere sul suo comportamento. Gli aspetti indagati in quest'area riguardano:

- 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.

La ricerca si è avvalsa di diversi strumenti e metodi di indagine. In particolare si è fatto uso di: documentazione aziendale, interviste rivolte agli operatori, questionari somministrati ai medici di medicina generale, confronti con gli operatori al fine dell'interpretazione dei fenomeni emersi dall'elaborazione dei dati.

2.1 La metodologia della ricerca

Il campione della ricerca è costituito dai 185 Mmg che hanno risposto al questionario somministrato e che rappresentano numericamente il 66% dei Mmg dell'Asl di Mantova e il 71% dei medici ai quali il questionario è stato somministrato (tasso di risposta)². Il questionario, come verrà di seguito descritto è stato somministrato nell'ambito di incontri di peer review organizzati a livello sub-distrettuale nell'ambito del progetto di budget di distretto. Il campione non ha quindi la pretesa di essere rappresentativo dell'universo dei Mmg ma solo di fornire indicazioni di massima sulla percezione soggettiva dei medici rispetto ai fenomeni indagati. La scelta del campione, come verrà di seguito descritto, è vincolata e, di conseguenza, la sua rappresentatività è distorta. I risultati di questa indagine non possono rappresentare l'universo dei Mmg.

Di seguito sono sintetizzate le fasi metodologiche seguite.

1. Fase conoscitiva propedeutica. In questa fase, è stata condotta un'analisi della documentazione aziendale finalizzata a comprendere a fondo i contenuti del budget di distretto e le modalità in cui esso è stato implementato, alla luce delle peculiarità del contesto aziendale. Successivamente sono state condotte alcune interviste, rivolte agli attori principali del processo con l'obiettivo di approfondire i contenuti emersi dall'analisi della documentazione aziendale (giugno – luglio 2006).
2. Costruzione del questionario. La fase successiva, una volta definite e condivise le finalità della ricerca, è stata quella di identificare le aree oggetto di indagine e gli items contenuti nel questionario. La costruzione della prima bozza del questionario è stata realizzata in modo partecipativo nell'ambito di un gruppo di lavoro organizzato a livello di Dipartimento di Cure Primarie³. (agosto – settembre 2006).
3. Approvazione del progetto di ricerca nell'ambito del comitato aziendale (settembre 2006).
4. Condivisione degli obiettivi della ricerca con i referenti distrettuali. In seguito alla scelta di somministrare i questionari nell'ambito degli incontri di peer review (incontri di centro di responsabilità - Cdr) organizzati a livello distrettuale, di cui si approfondirà di seguito, si è scelto di condividere con i referenti distrettuali gli obiettivi della ricerca e di confrontarsi sugli specifici items del questionario (settembre 2006).

² A causa di un problema di tipo comunicazionale ad alcuni medici è stata somministrata una versione non aggiornata del questionario, che ha comportato l'eliminazione di tali questionari dal campione. Ai medici è stato chiesto di compilare la versione aggiornata, costoro si sono resi disponibili ma per i ristretti tempi a disposizione non è stato possibile aggiornare la base dati con i nuovi questionari.

³ Oltre alla sottoscritta il gruppo di lavoro ha coinvolto la Dott.ssa Manuela Ceccarelli, Direttore del Dipartimento di cure primarie, la Dott.ssa Emanuela Vettorelli, il Dott. Lorenzo Tartarotti e la Sig. Ivana Trofiei.

5. Somministrazione dei questionari nell'ambito degli incontri dei peer review (centro di responsabilità) organizzati a livello sub-distrettuale. I questionari sono stati spiegati e distribuiti dal referente distrettuale nell'ambito degli incontri di peer review, e raccolti alla fine degli incontri stessi (settembre - novembre 2006).
6. Archiviazione dei questionari su supporto informatico e successiva elaborazione dei dati. E' stata costruita una maschera con il programma Microsoft Access per facilitare l'inserimento dei dati e permettere un controllo di qualità degli stessi. Successivamente i dati sono stati elaborati con lo stesso programma ed analizzati (novembre – dicembre 2006).
7. Interpretazione dei risultati in relazione al disegno di ricerca ed agli obiettivi aziendali. In questa fase, al fine di una corretta interpretazione dei fenomeni rilevati dall'elaborazione dei questionari, c'è stato un forte coinvolgimento del Dipartimento di cure primarie nella persona della Dott.ssa Emanuela Vettorelli (dicembre 2006 - febbraio 2007).
8. Presentazione dei dati al Dott. Antonio Brambilla al fine di una supervisione scientifica (febbraio 2007).

La scelta di utilizzare una situazione formale, coordinata da parte dei referenti distrettuali, per somministrare i questionari ai medici, ha rappresentato un limite ed una opportunità. Un limite nella misura in cui i medici nella compilazione del questionario, per quanto anonimo, potrebbero essere stati condizionati, dalla presenza di un operatore Asl e potrebbero quindi non essersi sentiti totalmente liberi nel rispondere. Al tempo stesso, la gestione del questionario a livello "istituzionale" ha garantito un'elevata percentuale di ritorno degli stessi, infatti il tasso di risposta totale è stato dell'84%, pari a 220 questionari.

2.2 I contenuti del questionario

Come più volte affermato, lo strumento della presente ricerca è il questionario. Tale strumento è stato elaborato nel rispetto dei criteri indicati nella letteratura che ne garantiscono l'efficacia⁴. Il disegno di ricerca ed il questionario sono stati inoltre presentati nell'ambito del corso Research methods in Public and Health Care Management presso Institute of Public Administration and Health Care - Bocconi University, a cura di Daniela Cristofoli e Giovanni Fattore.

Il questionario è stato suddiviso in quattro parti, di seguito descritte.

- Caratteristiche anagrafiche del medico. In questa parte, definita preliminare, sono richieste al medico informazioni anagrafiche legate alla sfera della sua esperienza professionale quali: distretto di appartenenza, forma associativa, anni di esercizio della professione medica, numero degli assistiti in carico, ed infine se ha sottoscritto il budget e in riferimento a quali anni. Questa parte del questionario risponde a due finalità: definire il profilo dei medici che costituiscono il campione, individuare alcune variabili ritenute determinanti al fine di studiarne gli effetti sulla percezione dei medici.
- Percezione del medico sulla gestione del proprio tempo, in riferimento all'attività svolta. In questa parte è chiesto al medico di stimare e quindi quantificare il tempo che dedica a diverse voci di attività riportate in elenco, chiedendo anche una valutazione sul livello di adeguatezza della gestione del tempo. Questa analisi è richiesta sia per la totalità di pazienti, che nello specifico, per i pazienti cronici.

⁴ 1) Utilizzare un linguaggio semplice e adatto alle caratteristiche delle persone intervistate; 2) Evitare domande inutilmente lunghe e sintatticamente complesse; 3) Evitare espressioni in gergo; 4) Evitare definizioni ambigue o che possono apparire tali; 5) Evitare parole dal forte connotato negativo; 6) Assicurare l'unicità della domanda; 7) Evitare domande tendenziose; 8) Evitare domande che presumono un comportamento non verificato; 9) Quando opportuno, specificare il riferimento temporale della domanda; 10) Preferire domande concrete a domande astratte; 11) Evitare domande imbarazzanti e che non rispettano la privacy personale ed aziendale; 12) Formulare domande che minimizzino distorsioni da "desiderabilità sociale"; 13) Prevedere la possibilità che la persona interessata non abbia una opinione o non sappia rispondere; 14) Evitare formulazioni che inducano acquiescenza e pigrizia da parte dell'intervistato; 15) Definire la sequenza delle domande (Fattore G., 2006).

- Percezione del medico delle richieste degli assistiti e valutazione del proprio comportamento. In questa parte è chiesto al medico di attribuire una frequenza (mai, qualche volta, spesso, sempre) alle richieste rivolte dagli assistiti e di definire il livello di accordo. Inoltre è richiesto di indicare il proprio comportamento in riferimento alle richieste per le quali egli non si trova d'accordo ed una valutazione sulle fonti informative che influenzano le richieste. L'obiettivo è di approfondire la percezione che il medico ha di se, del proprio ruolo e della funzione di gatekeeper che è chiamato a svolgere.
- Percezione degli strumenti di governo della domanda. Questa parte fa riferimento specifico alla percezione che i medici hanno degli strumenti di governo della domanda. Essa è articolata in una domanda indiretta nella quale si chiede di attribuire un livello di utilità ad alcuni strumenti di cui solo alcuni rientrano nel budget di distretto, e in alcune domande dirette finalizzate a comprendere la percezione che i medici hanno degli strumenti di budget, il modo in cui hanno cambiato il modo di lavorare, le criticità rilevate e gli aspetti positivi/negativi.

Il questionario è pertanto articolato in diciassette domande, di cui sei definite preliminari che rispondono alla necessità di rilevare alcune variabili significative al fine di approfondirne l'influenza sulle modalità di percezione dei medici, undici domande chiuse, fatta eccezione per quattro, in cui si chiede al medico di quantificare in termini di frequenza, di utilità e di intensità di cambiamento un certo fenomeno, all'interno di una scala predefinita⁵.

2.3 La metodologia di elaborazione dei dati

I dati rilevati al fine della presente ricerca sono stati elaborati come media del campione. Successivamente per rispondere alla domanda di ricerca sull'influenzabilità del comportamento dei medici rispetto ad alcune variabili, i dati sono stati elaborati in funzione delle c.d. variabili di contesto.

Le variabili di contesto sono: distretto di appartenenza, numero assistiti in carico, anni di esercizio della professione medica, forma associativa, adesione al progetto di budget. Queste variabili sono rilevate nella parte anagrafica del questionario.

Per analizzare l'influenza delle variabili di contesto sulla percezione dei medici, sono stati elaborati due indicatori: indicatore di deviazione e % di deviazione sul minimo.

L'indicatore di deviazione esprime la differenza tra il valore minimo e il valore massimo della percezione, calcolata facendo la media delle risposte dei medici raggruppati in funzione delle variabili di contesto.

La percentuale di deviazione sul minimo esprime il peso % dell'indicatore di deviazione rispetto al valore minimo. I pesi % al di sotto del 20% sono stati considerati non rilevanti al fine di rappresentare una diversa percezione dei medici in funzione delle variabili di contesto.

Per le parti del questionario in cui è richiesto ai medici di attribuire un livello di intensità ad un fenomeno sulla base di una scala, si veda di seguito la sintesi, è stato creato un indicatore, attribuendo alla scala di intensità un valore numerico⁶.

A seconda della tipologia della domanda, l'indicatore esprime una frequenza, un livello di utilità un livello di cambiamento.

⁵ Per esempio nella domanda 4, si chiede al medico di quantificare con quale frequenza i pazienti gli rivolgono alcune richieste, riportate in elenco, ad esempio prescrizioni di farmaci, diagnosi, consigli etc, dando la possibilità di scegliere all'interno di una scala definita: mai, qualche volta, spesso, sempre.

⁶ Per esempio nel caso della domanda 4, è richiesto ai medici di indicare con quale frequenza i pazienti gli rivolgono alcune richieste, riportate in elenco. Le possibili risposte sono: mai, qualche volta, spesso, sempre. Al fine di sintetizzare la lettura dei dati, è stato costruito un indicatore di sintesi attribuendo alle risposte i seguenti valori numerici: mai= 0, qualche volta= 1; spesso= 2; sempre= 3. L'indicatore è la media dei valori attribuiti sulla base delle risposte dei medici.

Domande	Possibili risposte				Indicatore
DOM 4, 5 e 7	mai	qualche volta	spesso	sempre	Indic. di frequenza
DOM 9	del tutto inutile	poco utile	abbastanza utile	molto utile	Indic. di utilità
DOM 11	molto peggiorato	un poco peggiorato	un poco migliorato	molto migliorato	Indic. di cambiamento
Peso costruzione indicatore	0	1	2	3	

3 Il contesto aziendale di riferimento ed i contenuti del budget di distretto

L'Asl di Mantova si colloca nella parte a sud est della Regione Lombardia e comprende 70 comuni corrispondenti al territorio provinciale. La popolazione al 31/12/2005 è pari a 393.723 residenti (fonte istat). L'articolazione organizzativa su base territoriale dell'Asl comprende sei distretti socio-sanitari. I medici operanti nel territorio dell'Asl sono 324 di cui 280 Mmg e 44 Pls.

Il 71% dei Mmg aderisce ad una forma associativa assicurando assistenza al 66% della popolazione. Non esistono in letteratura dati riferiti a questo fenomeno, una elaborazione su dati della Regione Lombardia porta ad affermare che il tasso di associazionismo regionale sia del 68%, mentre una recente indagine condotta in Emilia Romagna riporta un tasso del 63,57% e una conseguente copertura della popolazione del 71% (Giarelli G., 2006).

La forma associativa maggiormente diffusa è la medicina in associazione, che coinvolge circa il 28% dei medici (25% della popolazione); la medicina in rete ne coinvolge il 24% (22% della popolazione) mentre la medicina di gruppo ne coinvolge il 20% (18% della popolazione). Gli stessi dati rilevati in Emilia Romagna evidenziano una distribuzione affine per la medicina di gruppo (19,5% dei Mmg) ed una maggiore diffusione della medicina di rete (30,23%) a fronte di una minore diffusione della medicina in associazione (13,8%) (Giarelli G., 2006).

L'esperienza dell'Asl di Mantova rispetto al governo della domanda⁷, si colloca in un determinato contesto di regole in cui la Regione Lombardia ha svolto un ruolo di stimolo perché fosse implementato il budget di distretto⁸.

Nell'esperienza lombarda, ma la stessa osservazione potrebbe essere fatta anche per le altre esperienze italiane, non c'è stata un'attribuzione economica tipo *fundholding* all'inglese, ma semplicemente i medici sono stati responsabilizzati ed incentivati ad aderire a programmi e/o progetti specifici e sensibilizzati rispetto all'impatto che il loro comportamento prescrittivo ha sulle risorse, soprattutto, economiche.

⁷ Il Piano di organizzazione e funzionamento aziendale (Pofa) attribuisce al governo della domanda la valenza di strumento al fine del perseguimento della mission istituzionale dell'Asl. "L'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Mantova assicura a tutti i cittadini gli obiettivi di salute e benessere definiti dalla Regione Lombardia, così come esplicitati nei relativi atti normativi ed amministrativi, costruendo e sviluppando:

- il governo della domanda, mediante risposte coerenti, per quantità e qualità, ai bisogni sanitari e socio sanitari espressi dai cittadini mantovani, assicurando piena tutela al diritto di libera scelta nell'accesso alle strutture erogatrici (pubbliche e private) e agendo con indirizzi condivisi dagli attori del sistema per un accesso equo ed appropriato;
- il governo dell'offerta, secondo regole di appropriatezza delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie rese dagli erogatori, riconosciuti in base agli standard di accreditamento istituzionale [...]"

⁸ La definizione del budget di distretto è l'ultimo di una serie di strumenti messi in campo dalla Regione Lombardia al fine di governare la domanda (Zocchetti, 2004):

- tetti economici al bisogno, attraverso meccanismi di disincentivazione delle prestazioni erogate dall'offerta (per esempio meccanismi di abbattimento);
- introduzione dei contratti tra le Asl, acquirenti delle prestazioni, e gli erogatori, produttori delle prestazioni;
- budget di distretto, attraverso il superamento della visione di domanda composta da singole componenti separate tra loro.

Il Budget di distretto per i Mmg è articolato nei seguenti punti: 1) adesione a Pdta; 2) adesione a programmi aziendali; 3) adesione a programmi distrettuali.

In riferimento al primo punto è prevista da parte del singolo medico l'adesione ad uno dei Pdta elaborato a livello aziendale: ipertensione, diabete, bpc.

In riferimento al secondo punto, i medici sono chiamati ad aderire ai seguenti progetti/programmi aziendali:

- somministrazione Carta del Rischio Cardiovascolare⁹ alla popolazione target e successiva trasmissione trimestrale all'Asl del flusso informativo;
- 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 farmaceutiche¹⁰, 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 e appropriatezza degli accessi sulla base di quanto autorizzato dal distretto.

Per quanto riguarda invece il sistema incentivante è articolato in 2 componenti:

1. una componente economica, non direttamente collegata al budget di distretto, che prevede il riconoscimento della quota contrattuale definita nell'articolo 59 punto B 15 dell'ACN, sulla base della partecipazione dei medici ad alcuni eventi formativi, pari a 3,08 euro per assistito;
2. una componente non economica, direttamente collegata all'adesione al budget di distretto;
3. una componente economica, direttamente collegata alla partecipazione dei medici agli obiettivi aziendali e costituita dagli eventuali risparmi derivanti da azioni di buona prassi clinica e comportamenti prescrittivi.

L'incentivo economico è collegato alla partecipazione dei medici ad almeno 3 iniziative organizzate dall'Asl tra gli eventi formativi¹¹ e l'incontro di revisione tra pari a livello di Cdr, sulla base degli accordi sottoscritti dalle Organizzazioni sindacali dei Mmg a livello regionale¹² ed aziendale¹³.

⁹ Progetto cuore – Istituto superiore di sanità.

¹⁰ Le Atc scelte per il monitoraggio della farmaceutica sono le seguenti: A02B Farmaci per il trattamento dell'ulcera peptica e della malattia da reflusso Gastroesofageo; J01 Antibatterici per uso sistemico; M01A Farmaci antinfiammatori/antireumatici, non steroidei; C02 Antipertensivi; C03 Diuretici; C07 Betabloccanti; C08 Calcioantagonisti; C09 Sostanza ad azione sul sistema renina – angiotensina: ACE-inibitori e statinici; C10 Sostanze ipolipemizzanti.

¹¹ Gli eventi formativi riguardano: Banca dati assistiti ed i relativi flussi, utilizzo dei report sui consumi degli assistiti; protocolli per l'accesso appropriato alle prestazioni di diagnostica per immagini.

¹² L'Accordo tra Regione Lombardia e OO.SS dei Medici di Medicina Generale del 13/12/2005 (Accordo di Santa Lucia) "Indicazioni per l'applicazione dell'art.59, comma 15 punto B dell'ACN del 23 marzo 2005" stabilisce quanto segue: Le Asl dovranno pertanto definire progetti relativi ad iniziative tendenti ad illustrare ai medici, convocati a piccoli gruppi, le caratteristiche della banca dati assistiti e le possibilità di analisi consentite dalla stessa. Dovranno inoltre essere poste in atto iniziative di revisione tra pari a livello aziendale, per piccoli gruppi riferiti ad aree territorialmente omogenee [...]. La partecipazione dei medici di famiglia sarà retribuita con la quota contrattuale di cui al citato art. 59 punto B 15 dell'ACN.

¹³ L'Accordo tra Asl e OOSS del 14/03/06 "Recepimento progetto attuativo sul governo clinico dell'Asl della provincia di Mantova Piano di sviluppo 2006 per la valorizzazione delle cure primarie", stabilisce che il

Per i Medici che hanno partecipato al budget di distretto è previsto il riconoscimento di un incentivo non economico che consiste nell'attivazione della Continuità assistenziale dalle 8 alle 10 del sabato mattina.

Per l'anno 2006 il tasso di adesione al budget di distretto è stato dell'87% mentre il tasso di adesione ai corsi che hanno garantito l'erogazione dell'incentivo economico è stato del 98%.

4 I principali risultati della ricerca e alcune riflessioni conclusive

Il campione della ricerca è costituito da 185 Medici di medicina generale operanti presso il territorio dell'Asl di Mantova, per un bacino di utenza di circa 220.000 assistiti.

Il profilo medio del Mmg corrisponde ad un medico con circa 1200 assistiti in carico¹⁴ e 23 anni di esperienza professionale¹⁵. L'associazionismo è un fenomeno diffuso, infatti il 73% dei medici del campione aderisce ad una forma associativa. La medicina in associazione è la forma più diffusa: vi aderisce il 31% dei medici. La medicina di rete e la medicina di gruppo hanno lo stesso livello di diffusione (21%). I medici che operano da soli, non aderendo ad alcuna forma associativa, sono il 22% del campione. Il restante 4% del campione non ha risposto alla domanda.

Il fenomeno dell'associazionismo non è legato all'anzianità del medico e neppure al numero degli assistiti in carico. Questo aspetto è in parte confermato in un'altra ricerca empirica finalizzata ad approfondire il fenomeno dell'associazionismo in Emilia Romagna. Tale ricerca rileva come la scelta del medico di aderire ad una forma associativa sia una scelta interna, frutto di una necessità che parte dall'interno, dai singoli medici (Pizzardo C., 2006). La scelta sembra però fortemente influenzata dal contesto territoriale di riferimento, con una valenza che va oltre a quella culturale e professionale. Infatti l'analisi della distribuzione dell'associazionismo in funzione del distretto rileva una forte correlazione.

I risultati di questa ricerca offrono l'opportunità di apportare alcuni spunti al dibattito in corso sul ruolo del Mmg nell'ambito del governo della domanda.

Il primo tema sul quale è rilevante porre l'attenzione è la scarsa adesione culturale al modello del gatekeeping. La ricerca rileva infatti una 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 afferma, infatti, che pur non essendo d'accordo con le prestazioni richieste dai pazienti, di fronte ad una insistenza, asseconda la richiesta¹⁶. La debole adesione al modello di gatekeeping è conseguente al cambiamento della relazione medico-paziente, che vede quest'ultimo adottare comportamenti autonomi per riequilibrare l'assimmetria informativa.

La relazione tra il medico ed il paziente ha subito negli ultimi anni una forte evoluzione per altro ben distante dal modello di agenzia, che vorrebbe il medico comportarsi come agente perfetto del paziente, mettendo a disposizione tutte le proprie conoscenze per riequilibrare l'assimmetria informativa. Quello che si osserva nella realtà, oltre ad essere distante dal modello teorico, si avvicina ad un rapporto in cui il medico asseconda le richieste del paziente nonostante le valutazioni non appropriate,

riconoscimento della quota contrattuale art.59 punto B 15 dell'ACN avvenga sulla base della partecipazione a 3 momenti formativi/ revisione tra pari.

¹⁴ Il 69% della popolazione è assistita da medici che hanno 1.000-1.500 assistiti, il 12% da medici che ne hanno meno di 1.000, il 19% da medici che ne hanno più di 1.500. Questo dato, se confrontato con altre ricerche, rileva un aumento del numero degli assistiti in carico ai medici rispetto all'inizio degli anni novanta, infatti una ricerca a cura di Mapelli, relativa a quel periodo, rileva che il 25% della popolazione è in carico a medici con meno di 1.000 assistiti, a fronte di un 75% in carico a medici con più di 1.000 assistiti (Mapelli V., 1994).

¹⁵ Il 76% dei medici esercita la professione medica da 15-28 anni, il 17% da più di 28 anni, il 7% da meno di 15.

¹⁶ Di fronte ad una richiesta di prescrizione ritenuta inappropriata, il 61% dei medici cerca di spiegare al paziente l'inutilità di ciò che richiede e di fronte all'insistenza del paziente asseconda la richiesta, il 27% non asseconda la richiesta del paziente, mentre il 12% risponde altro senza fornire alcuna indicazione sul comportamento.

confermando una certa influenzabilità esercitata dall'emotività del paziente. In effetti questo fenomeno è già stato analizzato in letteratura; esistono più studi che elaborano la teoria dell'*emotional agency* (Barigozzi F., Levaggi R., 2005).

Si delinea un profilo di medico consapevole di se stesso e della propria collocazione da un punto di vista professionale¹⁷, infatti l'attività clinica lo impegna per il 76% del tempo, interessato ad una crescita professionale, infatti all'aggiornamento professionale attribuisce un peso dell'8% e ritiene che sia inadeguato e dovrebbe essere aumentato, e disposto a sperimentare nuove modalità organizzative e gestionali, infatti l'adesione a forme associative è decisamente elevata, ma con evidenti difficoltà nella gestione del rapporto con il paziente.

In effetti questa tendenza è confermata in altre ricerche empiriche che rilevano una difficoltà nella gestione del rapporto con il paziente come conseguenza delle numerose e confuse fonti informative (Maturò A., Agnoletto V., 2006) che creano in quest'ultimo l'aspettativa di avere una certa competenza.

Rispetto al passato il paziente non è più disposto ad affidarsi totalmente alle decisioni del medico, cerca di crearsi una propria conoscenza anche sulle questioni che riguardano lo stato di salute, le alternative terapeutiche, i servizi disponibili e le modalità di cura, ma spesso, come conseguenza di questo, i pazienti si illudono di essere informati correttamente mentre le fonti informative non sempre sono di qualità. La mancanza di un'informazione corretta e coerente con le reali opportunità offerte dalla medicina mette i pazienti nelle condizioni di rivolgersi al medico, non perché quest'ultimo interpreti un bisogno ma perché semplicemente traduca una domanda di prestazioni sanitarie, già decodificata, in una prescrizione che permetta l'accesso a livelli di cura superiori (assistenza farmaceutica, assistenza specialistica). Ecco che come conseguenza il medico perde consapevolezza del proprio ruolo e ritiene che la richiesta che più frequentemente gli viene rivolta riguarda non una diagnosi, bensì un consiglio. Su questo punto varrebbe la pena fare una riflessione e approfondire che tipo di significato i medici vi attribuiscono. La ricerca rileva, infatti, che le richieste che i pazienti rivolgono al medico, se ordinate secondo una scala di frequenza sono: 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)¹⁸.

Il tema dell'informazione riveste un'importanza particolare. Numerose ricerche empiriche rilevano come l'assunto che vuole legare l'aumento delle richieste dei pazienti, all'aumento delle informazioni disponibili, sia discutibile e debba essere arricchito di una valutazione circa il livello di qualità e correttezza delle informazioni. Un maggiore livello informativo corretto equo e concernente oltre ai benefici anche i rischi determina, in alcuni casi osservati, una riduzione della domanda di prestazioni sanitarie (Domenighetti G., 2001).

In effetti una buona parte delle informazioni ricevute dai pazienti, o sono frutto del passaparola e del confronto con persone di fiducia, oppure sono frutto di un'informazione passiva, "subita" dai mass media, in particolare dalla Tv. Negli ultimi anni la letteratura ha rilevato una forte induzione ad opera

¹⁷ Il profilo di medico che si delinea è quello di un medico principalmente impegnato nell'attività ambulatoriale e domiciliare (76% del tempo). Il restante 15% del tempo è assorbito dall'aggiornamento professionale (7,76%) e dagli adempimenti burocratici verso l'Asl (7,41). Rispetto a quest'ultimo dato ci si aspettava che la percezione del carico burocratico fosse più elevata, soprattutto perché è considerata dai medici un'attività che sta al di fuori della loro competenza. Infine sia la comunicazione sui casi con gli altri medici, sia gli informatori scientifici assumono un ruolo marginale nella gestione del tempo dei medici: al di sotto del 5% (4,37 e 3,61), mentre ad altra attività è attribuito un peso inferiore all'1%.

¹⁸ Le richieste che i pazienti rivolgono ai medici, sulla base della frequenza, possono essere suddivise in 3 gruppi. Il gruppo delle richieste più frequenti comprende: consigli (2,39), prescrizioni di farmaci (2,18) e diagnosi (2,09). La richiesta di consigli può essere letta come la ricerca di un secondo parere (Maturò A., Agnoletto V., 2006) a fronte di un'attività di auto-informazione del paziente. Il gruppo delle richieste mediamente frequenti comprende: prescrizioni di esami di specialistica (1,9) e di visite di specialistica (1,86). Infine il gruppo delle richieste meno frequenti: certificazioni (1,51), ausili (1,21) e ricoveri (0,96). In questo ultimo gruppo rientra anche la voce altro, senza ulteriori indicazioni, alla quale i medici attribuiscono un indicatore di frequenza pari a 1,31.

dell'attività di marketing del settore industriale. La ricerca conferma questa percezione in quanto i medici affermano che i mass media esercitano un'induzione superiore a quella esercitata dagli specialisti¹⁹.

Ritornando al tema del governo della domanda, risulta sempre più rilevante investire sulla corretta informazione dei pazienti e dei cittadini in generale, perché costoro partecipino al processo di assunzione delle decisioni che riguardano il proprio stato di salute ma sulla base di una conoscenza corretta. Questo è indispensabile anche per permettere ai pazienti di recuperare fiducia nel proprio medico, e ai medici per recuperare una certa serenità nella gestione del rapporto con i pazienti. Per altro la relazione medico-paziente sembra essere stata ancora di più compromessa dall'implementazione di strumenti di programmazione e controllo, ma di questo si approfondirà successivamente. La conseguenza di una non corretta informazione dei pazienti è anche imputabile alla scarsa importanza attribuita dai medici a questa attività. Emerge infatti che per i pazienti cronici, per i quali è determinante l'importanza di una corretta informazione ed educazione sanitaria finalizzata ad insegnare loro a convivere con la patologia e a gestirla autonomamente nel quotidiano, i medici dedicano all'informazione/educazione solo il 16% del tempo dedicato ai pazienti cronici.

Il cambiamento della relazione medico paziente è conseguente alla necessità percepita dal paziente di riequilibrare l'assimmetria del rapporto con il medico, ed è riconducibile, oltre che, alla maggiore disponibilità e più facile accessibilità alle informazioni, anche alla scarsa importanza che i medici attribuiscono all'informazione del paziente.

Per concludere il tema del rapporto tra il medico e il paziente, si conferma quanto rilevato in altre ricerche sull'elevato livello di induzione di prestazioni sanitarie non appropriate, in conseguenza di richieste specifiche dei pazienti²⁰. La maggiore area di inappropriatezza riguarda la specialistica ambulatoriale sia per le visite che per la diagnostica. I medici esprimono un basso livello di accordo con le richieste dei pazienti, il minore accordo è espresso in riferimento alle richieste di prescrizioni di esami di specialistica (1,23) e di visite specialistiche (1,26); le prescrizioni di farmaci (1,43), trovano un accordo leggermente superiore come del resto le prescrizioni di ausili (1,62). Il governo delle richieste sulla base dei criteri di appropriatezza porterebbe ad una riduzione dei consumi con una conseguente ridimensionamento delle liste di attesa.

Riprendendo il tema del gatekeeping questo modello si traduce in "comportamento" solo per il 27% dei medici del campione. Interessante quanto emerge sul profilo del medico. Infatti non è possibile delineare in modo netto un profilo di medico gatekeeper in quanto è una scelta fortemente individuale che dipende dalle caratteristiche personali del medico, con più probabilità è un medico con maggiore esperienza dal punto di vista professionale e che, se ha fatto la scelta di associarsi, si è associato in una medicina di gruppo. Questo modello è più diffuso tra i medici soli e tra i medici aderenti a medicine di gruppo, la minore diffusione si rileva nella medicina in associazione e nella medicina in rete.

Questa osservazione ci porta a farne un'altra. In riferimento a specifiche aree di indagine, la percezione del medico singolo è affine a quella dei medici in medicina di gruppo, che decisamente si discosta dalle altre forme associative, medicina in associazione e in rete, che viceversa esprimono una certa affinità. In particolare sulle richieste che i pazienti rivolgono ai medici, i medici in gruppo percepiscono una minore frequenza di richieste di prescrizioni (soprattutto di specialistica) a fronte di una maggiore richiesta di diagnosi. La percezione del medico solo, per le richieste di specialistica è

¹⁹ Le richieste formulate dai pazienti sono influenzate da informazioni apprese da amici o in generale da persone di fiducia (indicatore di frequenza: 1,68), dalla televisione (1,65), da altri medici (1,57) e infine dall'attività di auto informazione dell'assistito (1,31). I valori corrispondono alla seguente scala di frequenza: mai=0, qualche volta=1, spesso=2, sempre=3.

²⁰ In particolare una ricerca empirica da evidenza di come i pazienti rivolgono ai propri medici richieste supplementari, quantificabili in una percentuale del 34%, di cui 15,8% esami diagnostici e 12,6% visite specialistiche, che sono assecondate dai medici nel 75% dei casi (Domenighetti G., Pipitone E., 2002).

sovrapponibile a quella del medico in gruppo. Mentre la percezione dei medici in associazione e in rete è affine.

Quanto affermato non vale per la percezione sugli strumenti del governo della domanda. Infatti rispetto a questa area i medici in medicina di gruppo esprimono un forte livello di criticità ed una scarsa percezione di utilità e di cambiamento comportamentale conseguente all'introduzione degli stessi. Viceversa i medici che operano soli esprimono elevato interesse, gli attribuiscono più alti livelli di utilità e di leva di cambiamento comportamentale. Questo dato potrebbe essere letto come conseguenza del fatto che l'introduzione del budget abbia comportato momenti (incontri di cdr) e strumenti (sistema di reporting) di confronto professionale con i colleghi, liberando i medici dall'isolamento professionale. Per i medici aderenti ad una qualche forma associativa, la scelta dell'associazionismo è stata vissuta come liberazione dall'isolamento (Pizzardo C., 2006), allo stesso modo in cui attualmente l'introduzione del budget di distretto è vissuta dai medici che operano singolarmente.

Tra i medici che aderiscono a forme associative, soprattutto i medici aderenti a medicine di gruppo, hanno adottato la pratica del confronto come modalità di lavoro quotidiana come conseguenza della condivisione degli spazi in cui hanno allestito gli ambulatori, della condivisione del personale infermieristico e di segreteria etc. Anche questo aspetto meriterebbe un approfondimento, in quanto esiste una ricerca empirica condotta nel 2000 sui medici in medicina di gruppo, che evidenzia come per i medici i vantaggi dichiarati per l'associazionismo sono riconducibili al confronto culturale con gli altri medici (33,7%), ma in realtà difficilmente questo trova riscontro in un cambiamento comportamentale (Landau J., Brambilla A., 2001). L'ipotesi che nell'ambito della medicina di gruppo si attivi il confronto tra pari etc. come modalità operativa meriterebbe un approfondimento con i medici stessi.

Il tema della percezione dei medici degli strumenti di governo della domanda, induce una riflessione interessante che meriterebbe alcuni approfondimenti. Il livello di utilità attribuito ai singoli strumenti rientranti nel budget di distretto è mediamente bassa, e questo si desume dalla domanda indiretta in cui si chiede ai medici di esprimere un livello di utilità ad una serie di strumenti in elenco tra i quali ve ne sono alcuni riconducibili al budget di distretto²¹. La percezione del cambiamento conseguente all'introduzione del budget di distretto è più elevata, e questo si desume dalla domanda diretta in cui esplicitamente si chiede ai medici di esprimere in che modo il budget ha cambiato il loro modo di lavorare²².

Le evidenze empiriche rilevano come i medici attribuiscono al budget una serie di cambiamenti comportamentali ritenuti migliorativi, che riguardano i rapporti con i colleghi Mmg e con il distretto, e l'attenzione all'appropriatezza nella prescrizione della farmaceutica. Parallelamente, e questo esprime un certo livello di coerenza dei medici, la maggiore utilità è attribuita al sistema di reporting e agli incontri di Cdr. Il sistema di reporting è lo strumento di autovalutazione e di confronto sui consumi degli assistiti e quindi sulle scelte prescrittive effettuate dai medici, soprattutto per l'area della farmaceutica. Gli incontri di Cdr hanno come presupposto la promozione del confronto tra colleghi su contenuti clinici.

I medici riconducono il cambiamento di alcuni loro comportamenti all'introduzione del budget. Questo dato è significativo, per quanto potrebbe essere condizionato dalla "campagna informativa"

²¹ Report farmaceutica (1,90), incontri di cdr (1,88), report consumi (1,79), rilevazione carta del rischio (1,7), Pdta (1,7), Corso formazione Bda (1,56). I valori corrispondono alla seguente scala di utilità: del tutto inutile=0, poco utile=1, abbastanza utile=2, molto utile=3.

²² Rapporti con i colleghi Mmg (2,13), prescrizione generifi e farmaci a brevetto scaduto (2,07), appropriatezza dei farmaci prescritti (2,06), rapporto con il distretto (2,05), Attenzione a costo-efficacia (1,99), livello di autovalutazione (1,97), Capacità buone prassi cliniche (1,88), efficacia presa in carico Pdta (1,88), relazione umana con il paziente (1,78), rapporti con gli specialisti (1,59), adempimenti burocratici (1,07). I valori corrispondono alla seguente scala di cambiamento comportamentale: molto peggiorato=0, un poco peggiorato=1, un poco migliorato=2, molto migliorato=3.

condotta dall'Asl per promuovere l'adesione al progetto. Del resto l'obiettivo del budget è quello di incentivare l'adozione di comportamenti funzionali al raggiungimento di obiettivi comuni. Analizzando questi dati si potrebbe affermare che il budget è stato accettato dai medici e ne sono state colte le potenzialità. L'unico dato che denota una certa criticità, ed una forte connotazione negativa, riguarda il fatto che il cambiamento indotto dal budget nei confronti dei pazienti sia stato quasi peggiorativo.

Altro elemento che dovrebbe fare riflettere riguarda la scarsa utilità riconosciuta ai Pdta. Un'analisi complessiva dei dati porta ad affermare che questa percezione non si riferisce in assoluto alla logica dei Pdta, ai quali si attribuiscono i seguenti aspetti positivi: razionalizzazione delle procedure e conseguente miglioramento degli aspetti clinici per i pazienti, individuazione di un riferimento comune al quale uniformarsi che tiene conto delle linee guida; bensì alle difficoltà di applicazione nel contesto locale come conseguenza, in parte della scarsa compliance dei pazienti, ma soprattutto, alla difficoltà di rapportarsi con gli specialisti ospedalieri. La difficoltà del rapporto tra i Mmg e gli specialisti emerge anche dallo scarso peso attribuito alla comunicazione sui casi con gli altri medici (il 4% del tempo). In effetti i Mmg ritengono che il tempo dedicato a questa attività sia inadeguato, e sottolineano come il budget di distretto sia un'occasione mancata (per ora) rispetto alla possibilità di migliorare questo rapporto.

Questa osservazione induce a rilevare l'importanza e la criticità del rapporto tra il mondo ospedaliero e quello territoriale. Emerge sempre di più la necessità di superare le reciproche resistenze e i reciproci pregiudizi, per tendere ad un modello che sviluppi l'integrazione gestionale e che abbia come riferimento il processo di cura. Sul piano teorico l'implementazione di Pdta è lo strumento operativo e gestionale che risponde alla logica della gestione per processi, ma le difficoltà riscontrate nella fase di implementazione ne evidenziano le forti contraddizioni. Nel contesto dell'Asl di Mantova la resistenza alla gestione per processi potrebbe essere ricondotta alla mancanza di integrazione istituzionale ma questa è superata attraverso lo strumento del contratto, che pone gli stessi obiettivi in ambito ospedaliero, che il budget di distretto pone a livello territoriale.

Una possibile soluzione per superare le difficoltà di integrazione tra i due mondi potrebbe essere quella dell'integrazione organizzativa. Per esempio il budget di distretto potrebbe essere finalizzato a diffondere l'integrazione organizzativa visto che rappresenta la maggiore criticità, considerando anche le difficoltà dei Mmg di contenere la domanda impropria relativa all'area della specialistica ambulatoriale. L'integrazione organizzativa potrebbe andare nella direzione di promuovere la diffusione della medicina di gruppo come evoluzione delle altre forme associative a minore intensità (medicina in associazione e medicina di rete) attribuendo nel budget obiettivi di integrazione che potrebbero per esempio assumere la forma di ambulatori specialistici dedicati alla presa in carico di particolari patologie croniche, piuttosto che ambulatori dedicati alla diagnostica. A sostegno di questa tesi si rileva che i dati evidenziano nei medici aderenti a medicine di gruppo una minore propensione alla delega in ambito specialistico²³.

Un ulteriore spunto di riflessione è fornito dall'analisi dell'influenza esercitata dalle variabili di contesto nell'influenzare la percezione dei medici. Questo denota una forte componente culturale e sociale determinata dal contesto locale in cui il medico svolge la propria professione e dal ruolo di promozione svolto dal distretto. Si rileva infatti una interessante eterogeneità collegata alla distribuzione territoriale dei medici, certamente questo dato meriterebbe un approfondimento anche in relazione al ruolo assunto dal distretto in funzione del governo della domanda. Infatti nel contesto mantovano il Dipartimento di cure primarie si pone come regia del budget di distretto, ma una parte degli obiettivi e dei contenuti del budget sono articolati a livello distrettuale (progetti distrettuali) e in particolare i rapporti con i medici sono tenuti dai distretti. Significativo è infatti il ruolo svolto dal distretto in riferimento alla scelta dei medici di aderire all'associazionismo, sebbene la scelta sia condizionata dalla disponibilità di colleghi con cui condividerla, è stata indotta, soprattutto in

²³ Frequenza delle richieste rivolte al medico percezione medici in gruppo vs campione: consigli 2,32 Mmg in gruppo (2,39 campione), prescrizioni di farmaci 1,87 (2,18), diagnosi 2,19 (2,09), prescrizioni di esami di specialistica 1,79 (1,9) e di visite di specialistica 1,68 (1,86).

riferimento della forma associativa a cui aderire, dal ruolo svolto dal distretto. La stessa influenza la si denota anche in riferimento alla scelta dei medici di aderire al budget.

Da qui la riflessione che è strategico ai fini del governo della domanda attribuire al distretto responsabilità e autonomia nei rapporti con i medici di medicina generale. Il processo di decentramento deve essere portato avanti con la consapevolezza che gli operatori del distretto devono essere messi nelle condizioni di assumersi le responsabilità e l'autonomia attraverso un percorso formativo finalizzato alla crescita professionale.

Riprendendo il tema delle variabili di contesto, è molto interessante osservare come la forma associativa influenza la percezione dei medici. Sembrerebbe che per quanto l'adesione ad una forma associativa sia una scelta individuale, condizionata dalla disponibilità di colleghi con cui condividerla e dal ruolo di promozione del distretto, essa sintetizza una certa sensibilità dei medici nella percezione del proprio ruolo e della realtà. Infatti l'influenza esercitata dalla forma associativa soprattutto se ad elevata intensità o a bassa/media intensità, è maggiore dell'influenza esercitata dall'esperienza (anni esercizio della professione medica) e dall'intensità del carico di lavoro (numero assistiti in carico).

Le osservazioni desunte dalla ricerca non hanno la pretesa di descrivere dei risultati estensibili all'universo dei Mmg, bensì di fornire alcuni spunti di riflessione nell'ambito delle potenzialità offerte dall'implementazione di un approccio di governo della domanda.

5 Riferimenti bibliografici

Atella V., Brindisi F., Deb P., Rosati C., (2003), Determinants of access to physician services in Italy: a latent class seemingly unrelated probit approach, CEIS Tor Vergata - Research Paper Series, Vol. 12, N.36

Atun R. (2004) What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe <http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>

Barigozzi F., Levaggi R. (2005), New Developments in Physician Agency the Role of Patient Information, Working paper, <http://www2.dse.unibo.it/wp/550.pdf>

Belleri G., (2004) Induzione della domanda e dell'offerta in medicina generale, Tendenze nuove - 6/2004 nuova serie

Bisanti L. (2004), Il livello operativo locale del governo della domanda, il parere dell'epidemiologo, Salute e territorio n.143

Brenna E., Rosito A. (2005), Centralità del medico di medicina generale nel riordino delle cure primarie, Politiche sanitarie, 4

Brunello C., (2001), Il budget per i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, in Longo F. Vendramini E., (a cura di), Il budget e la medicina generale, McGraw-Hill, Milano

Cavaliere M. (2005), Incentivi, sistemi di remunerazione e forme organizzative nell'assistenza medica di base, Politiche sanitarie, n.3

Cavallo M.C.(2001), L'architettura organizzativa della medicina di base in Italia, in Cavallo M.C., Gerzeli S., Vendramini E. (a cura di) Organizzazione e gestione delle cure primarie, McGraw-Hill, Milano

Censis, (1998), La domanda di salute negli anni novanta, comportamenti e valori dei pazienti italiani, Franco Angeli, Milano

Cislaghi C. (2004), Il governo della domanda nei sistemi sanitari, il parere dell'economista", Salute e territorio n.143

Cislaghi C., Bianchi I. (2003), Il governo della domanda, Toscana Medica, Novembre-Dicembre

Colozzi I. (2002), Le cooperative dei medici di base in Italia: esperienze, problemi e prospettive, in Genco P., (a cura di), problemi e politiche di razionamento del settore sanitario, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Enzo Albano Editore.

Covolo L. (2005), Esperienze di assistenza primaria - Le unità territoriali di assistenza primaria (UTAP) - supplemento al numero 13 di Monitor, Elementi di analisi e osservazione del sistema salute, Bimestrale dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali

Cuccurullo C., Longo F., (1996), Il governo della medicina di base – Le formule organizzative del distretto e dei medici di medicina generale, Prospettive sociali e sanitarie, n.19

Dirindin N. (2004), Dal bisogno di salute alla domanda di prestazioni, il parere dell'economista, Salute e territorio n.143.

Dirindin N, Vineis P. (2004) Elementi di economia sanitaria, Il Mulino, Bologna

Domenighetti G. (2006), Informazione, comunicazione marketing e medicalizzazione della vita, Lezione frontale tenuta nell'ambito del Master MIMS organizzato da SDA Bocconi, 5 settembre 2006

Domenighetti G. (1996), Educare i consumatori a rimanere sani, L'arco di giano, n.10

Domenighetti G. (1999), I consumatori scientificamente informati, Salute e territorio, n.112-113

Domenighetti G. (2001), Informed choice in screening, Sezione Sanitaria, Bellinzona

Fattore G. (2005), Metodi di Ricerca in Economia Aziendale, Egea, Milano

Fattore G. (2006), Metodi di ricerca in economia aziendale: l'interrogazione degli attori (survey), Research methods in Public and Health Care Management, Institute of Public Administration and Health Care Bocconi University

Fiorentini G., Ugolini C., Virgilio G., (1999) Processi decisionali nella domanda di prestazioni ospedaliere, un'analisi empirica, in Fabbri D., G. Fiorentini (a cura di), Domanda, mobilità sanitaria e programmazione dei servizi ospedalieri, Il Mulino, Bologna

Galli D., Heller L., Tedeschi P. (2005), Nuova convenzione della medicina generale e implicazioni sugli attuali accordi regionali, in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI, Egea, Milano

Galovart J. (1994), The last well person, NEJM, 330

Ghiotto M.C., Pertile C., Caffi S. (2005), Le UTAP quali strumenti per modificare la tradizionale struttura dell'offerta di prestazioni sanitarie: il percorso per una concreta realizzazione, in Convegno AIES Scelte individuali e collettive nella tutela della salute, Università degli Studi di Genova -Genova 10-11 novembre 2005

Giarelli G. (2006), L'associazionismo in Medicina Generale: un fenomeno di innovazione culturale o strutturale?, in Giarelli G., Patierno M. (a cura di), Salute e società – Esperienze, problemi e prospettive dell'associazionismo in Medicina Generale, Franco Angeli, Milano

- Giarelli G., Patierno M. (a cura di) (2006), *Salute e società – Esperienze, problemi e prospettive dell'associazionismo in Medicina Generale*, Franco Angeli, Milano
- Gosden T e al. (2001), *Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review*, *Journal of Health Services Res and Policy*, n.6
- Grilli R. (2004), *Gli strumenti del governo della domanda sanitaria, il parere dell'epidemiologo*, *Salute e territorio* n.143
- Landau J, Brambilla A. (2001), *La medicina di gruppo a milano e provincia: i reali contenuti*, *Mecosan*, n.29
- Levaggi R. (2002), *Forme di organizzazione dei Medici di medicina generale, budget e governo della spesa*, in *Fiorentini, I servizi sanitari in Italia*, Il Mulino, Bologna
- Levaggi R. (2003), *Sistemi di remunerazione per l'assistenza primaria in un contesto di asimmetria informativa*, *Politica Economica*, n.3
- Levaggi R., Capri S. (2003), *Economia sanitaria*, Franco Angeli, Milano
- Levaggi R., Lamberto A. (2005), *La comunicazione fra medico e paziente*, *Salute e territorio*, n.151
- Longo F. (1999)(a cura di), *Asl, distretto e medico di base*, Egea, Milano
- Longo F., Vendramini E., 1998, *Analisi dello scenario strategico per il governo della domanda, logiche e strumenti possibili per le aziende Usl*, *Relazione presentata al IV Workshop di economia sanitaria*, Torino 4-5 giugno
- Mapelli V. (a cura di) (1994), *La domanda di servizi sanitari, Un indagine campionaria*, Roma CNR
- Maturo A., Agnoletto V. (2006), *Il rapporto col paziente competente (e confuso)*, in *Cipolla C., Corposanto C., Tousijn W. (a cura di), Salute e società - I medici di medicina generale in Italia*, Franco Angeli, Milano
- Pencheon D. (1998), *Managing demand, Matching demand and supply fairly and efficiently*, *BMJ*, n.316
- Piperno A., Renieri A. (1982), (a cura di) *Il medico generico nella medicina di base, le caratteristiche degli utenti e degli operatori*, Franco Angeli editore
- Pizzardo C. (2006), *Associazionismo e cambiamenti per la professionedel Mmg in Emilia Romagna*, in *Giarelli G., Patierno M. (a cura di), Salute e società – Esperienze, problemi e prospettive dell'associazionismo in Medicina Generale*, Franco Angeli, Milano
- Salvini R., Solipaca A. (1997), *Analisi della domanda ospedaliera e farmaceutica*, *Economia pubblica*, n.6
- Salvini R., Solipaca A. (1999), *Un modello empirico di domanda e spesa sanitaria*, *Economia pubblica*, n.4
- Satolli R. (2005), *Il mercato delle malattie*, *Salute e territorio*, n.151
- Tedeschi P., Tozzi V. (2004) (a cura di), *Il governo della domanda*, McGraw-Hill, Milano

Testa F., Buccione C. (2002), Il ruolo del distretto sanitario nel governo della domanda di salute: i risultati di una ricerca empirica, in Genco P., (a cura di), problemi e politiche di razionamento del settore sanitario, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Enzo Albano Editore.

Vendramini E. (2000), L'organizzazione del territorio: i distretti e i dipartimenti territoriali, in Bergamaschi M. (a cura di) L'organizzazione nelle aziende sanitarie, McGraw-Hill, Milano

Vendramini E. (2004), Il sistema di budget nelle aziende sanitarie pubbliche, McGraw-Hill, Milano

Vendramini E. (2001a), Il sistema incentivante, in Longo F., Vendramini E. (a cura di), Il budget e la medicina generale, McGraw-Hill, Milano

Vendramini E., (2001b), I risultati sulle tipologie di budget diffuse sul territorio nazionale e i meccanismi operativi di implementazione adottati , in Cavallo M. C., Gerzeli S., Vendramini E., Organizzazione e gestione delle cure primarie. Un'indagine nazionale, McGraw-Hill, Milano

Vendramini E., Tozzi V., Heller L., Nasi G., (2004) Strumenti economico –aziendali per il governo della domanda, in Tedeschi P., Tozzi V., (a cura di) Il governo della domanda , McGraw-Hill, Milano

Zocchetti C. (2004), Il governo della domanda nei sistemi sanitari, il parere dell'epidemiologo, Salute e territorio, n.143