



FEDERALISMO/ Indagine in Friuli sulla valutazione economica dei comportamenti dei generalisti

Mmg ago dei costi standard

Il peso economico maggiore è determinato dallo stato di salute e non dall'età

La valutazione delle attività del medico di medicina generale è un problema complesso e di difficile soluzione. Specie sul versante "costi", non mancano diatribe e forti polemiche tra parte pubblica e medici su appropriatezza e giustificazione dei livelli di spesa, generati. Ma tale metodologia potrebbe essere considerata per la definizione dei costi standard: modelli di aggiustamento basati solo sull'età sono inadeguati perché il costo sanitario dipende dallo stato di salute.

Comportamenti prescrittivi diversi da medico a medico possono dipendere essenzialmente da tre fattori:

1. le condizioni del paziente cui la prescrizione è rivolta: il tipo di patologia, la sua severità, le condizioni socio-economiche e altre variabili personali;

2. la disponibilità di strutture e servizi; in un ambito territoriale in cui certi servizi non sono disponibili, saranno prescritti meno spesso, o per nulla;

3. la variabilità di comportamento propria del professionista, influenzata da molteplici fattori: cultura, formazione, aggiornamento, etica, passione professionale, attitudine, incentivazioni professionali ed economiche, pressione del mercato, marketing ecc.

Oggetto del nostro interesse è la variabilità dipendente dalla terza componente. Per poterla studiare in modo equo e credibile, però, è necessario depurare gli indicatori prescelti dall'effetto dovuto agli altri due fattori, che non dipendono dai medici.

Una disomogenea disponibilità di servizi, in ambiti geografici circoscritti, difficilmente genera differenze di offerta tali da influenzare significativamente i comportamenti, e pertanto può essere trascurata. Non si può invece prescindere dalle condizioni del paziente. Un medico che ha un insieme di assistiti mediamente più grave di altri dovrà di necessità generare tassi di ospedalizzazione o spesa farmaceutica più alta di altri suoi colleghi.

In un lavoro basato su dati di una Usls del Veneto pubblicato su *Simg*, per esempio, si dimostra come il medico maggior prescrittore di quella Usls in termini di costo per assistito, rientri invece perfettamente nella media una volta che si tenga conto della severità della casistica trattata.

In ambito ospedaliero questo lo si è perseguito con i Drg, o altri strumenti di misurazione della severità della casistica. Si tratta di sistemi di classificazione dei pazienti (e non delle malattie) che permettono di rendere paragonabili ospedali o reparti che trattano pazienti con complessità diversa rispetto a parametri come per esempio la degenza media oppure il costo.

L'Ass6 Friuli occidentale si è posta il problema e, assieme all'Agenzia regionale della Sanità dei Friuli Venezia Giulia (ora sciolta e confluita nell'Assessorato) e il Ceformed, Centro di formazione regionale del Fvg per i medici di famiglia, ha presentato un progetto al bando 2007 del ministero della Salute per la ricerca applicata. Il progetto (*Risk adjusted evaluation of treatments and costs attributable to general practitioners - Gps*), ovvero Valutazione basata su metodologie di risk adjustment dei

Modello spesa complessiva dei Friuli Venezia Giulia							
Variabili predittive		Coef.	Std. Err.	t	P>t	Interv. di confidenza al 95%	
Sesso ³	Femmina	-0,012109	0,0012057	-10,04	0,000	-0,0144720	-0,0097460
	35-44	0,039978	0,0019213	20,81	0,000	0,0362125	0,0437438
	45-54	0,103009	0,0020044	51,39	0,000	0,0990811	0,1069381
	55-64	0,208382	0,0020329	102,50	0,000	0,2043976	0,2123665
Età ⁴	65-74	0,371536	0,0021366	173,89	0,000	0,3673492	0,3757245
	≥75	0,469590	0,0022413	209,52	0,000	0,4651975	0,4739831
	Malattie apparato circ.	0,187253	0,0043582	42,97	0,000	0,1787113	0,1957949
Esenzioni	Mal. cardiache ischemiche	0,275331	0,0042239	65,18	0,000	0,2670530	0,2836103
	Diabete	0,321315	0,0027548	116,64	0,000	0,3159160	0,3267148
	Glaucoma	0,210229	0,0047888	43,90	0,000	0,2008438	0,2196156
	Colesterolo	0,291585	0,0044362	65,73	0,000	0,2828909	0,3002804
	Iperensione con danno	0,290403	0,0024131	120,34	0,000	0,2856739	0,2951332
	Iperensione no danno	0,228986	0,0028800	79,51	0,000	0,2233414	0,2346308
	Neoplasia	0,355804	0,0025415	140,00	0,000	0,3508234	0,3607860
	Invalità civile	0,234407	0,0038741	60,51	0,000	0,2268148	0,2420009
	Invalità civile accomp.	0,049687	0,0041625	11,94	0,000	0,0415288	0,0578457
	Invalità civile 100%	0,235008	0,0042849	54,85	0,000	0,2266098	0,2434063
	Altre	0,252443	0,0020231	124,17	0,000	0,2484585	0,2564281
	Cambio Mmg	0,204004	0,0024292	83,98	0,000	0,1992434	0,2087656
Adi	0,104069	0,0029288	35,53	0,000	0,0983294	0,1098102	
Deceduto	1,047240	0,0051541	203,19	0,000	1,0371440	1,0573480	
Maternità	0,013659	0,0057867	2,36	0,018	0,0023176	0,0250012	
Farmaci ⁵	0,696056	0,0014770	471,27	0,000	0,6931621	0,6989517	
Specialistica ⁶	0,710316	0,0014078	504,55	0,000	0,7075568	0,7130754	
Ricoveri ⁷	2,252280	0,0018933	1189,61	0,000	2,2485760	2,2559970	
Costante ⁸	-0,737322	0,0018780	-392,62	0,000	-0,7410030	-0,7336410	

N. di record = 1.104.384 di cui 245.352 presentano spesa tariffaria = 0; 859.032 presentano spesa tariffaria >0; Pseudo R² = 0,5272

Legenda: 1. Coefficiente. Rappresenta il contributo di ogni voce al modello; l'unità di riferimento è il costo tariffario individuale giornaliero medio (semplificando, la spesa tariffaria di ogni individuo con una certa esenzione o condizione diviso il numero di giorni in cui si è trovato in quella situazione, generalmente 365 giorni).
2. Altri parametri. Questi parametri sono riportati per gli appassionati di statistica. Sono una misura della forza del coefficiente; basterà qui dire che tutti i coefficienti hanno alta significatività statistica.
3. Sesso. Il coefficiente indica l'effetto sulla spesa tariffaria del sesso femminile; per i maschi il valore del coefficiente è 0.
4. Età. Il coeff. indica l'effetto sulla spesa tariffaria dei vari gruppi di età; il gruppo di riferimento (con coefficiente 0) è quello <35 anni.
5. Servizi goduti. Questi coefficienti indicano l'effetto sul modello di aver goduto dei servizi indicati: ricovero, farmaci, specialistica; l'introduzione di queste variabili nel modello serve tra l'altro a tener conto del diverso peso tariffario dei servizi.
6. Costante. Indica la spesa media di chi non ha nessuna delle variabili predittive; il fatto che nel caso specifico la costante abbia un valore negativo è un artefatto del modello.
7. R al quadrato. Questo parametro stima la variazione del parametro costo tariffario (la variabile dipendente) spiegata dal modello a livello individuale; in questo caso vuol dire che il 52% della variazione è spiegata dalle variabili del modello; il rimanente della variazione è dovuto a fattori non presenti nel modello (in genere perché impossibili da misurare); es: status socio-economico, patologie acute non colte dal sistema delle esenzioni, la piccola quota di variabilità residua ascrivibile al medico di famiglia, altri fattori non noti.

trattamenti e dei costi riportabili al medico di famiglia) si propone di elaborare metodologie per descrivere in modo equo e corretto la variabilità dei medici di famiglia. La ricerca ha vinto il bando, è stata finanziata, ed è attualmente in corso. I primi risultati sono estremamente interessanti e sorprendenti, specie ora che si discute di costi standard, tanto da aver indotto il team di ricerca a diffondere un report preliminare.

L'idea alla base del progetto è utilizzare dati già disponibili, il cui costo di raccolta sia basso (database amministrativi). Questo tanto per elaborare gli indicatori descrittivi dell'attività (di esito/prodotto), che per descrivere la complessità della casistica che i medici di medicina generale affrontano.

I dati che descrivono l'attività dei medici di medicina generale sono ampiamente disponibili: le dimissioni ospedaliere, le prescrizioni di farmaci, le prestazioni specialistiche, e altri, sono database ormai disponibili e di qualità accettabile in tutte le aziende.

Ma dove trovare in modo facile ed economico informazioni sulla severità delle condizioni degli assistiti di ogni medico? Esiste un insieme di dati molto vasto e molto (ingiustamente) poco considerato come fonte di informazioni sanitarie: le esenzioni ticket, che come noto sono associate al possesso

di parte dell'assistito di una o più situazioni patologiche. Si tratta di un vasto insieme di dati raccolto routinariamente, e quindi facilmente accessibile ed economico. Ha limiti di completezza e qualità, ma una fonte di dati di cui si conoscono i difetti è di gran lunga meglio di nessuna fonte.

Si è quindi proceduto a raccogliere questi dati (resi anonimi dai gestori) e li si sta analizzando per calcolare il valore predittivo del possedere questa o quella esenzione (più alcune altre variabili) sull'uso di risorse stimate dai database amministrativi di cui sopra e sulla variabilità di comportamenti assistenziale fra i medici di medicina generale.

I dati sono stati analizzati con modelli statistici multivariati. In una prima fase la variabile dipendente è stata individuata nella somma delle tariffe e prezzi che ogni assistito ha ricevuto in un anno. In realtà si è utilizzato il valore tariffario giornaliero medio.

Le variabili indipendenti (predittive) inserite nel modello sono un insieme di misure volte a cogliere le principali caratteristiche e condizioni di salute degli assistiti (v. tabella).

Il parametro tariffa potrebbe essere fuorviante, perché potrebbe far pensare che questo lavoro abbia come scopo la stima dei costi; a parte l'ovvia considerazione che la tariffa è cosa ben diversa dal costo, in realtà la tariffa è l'unica variabile facilmente calcolabile che renda immediatamente comparabile il peso di prestazioni molto diverse fra loro (per es. un ricovero ospedaliero verso una

analisi biochimica). Pertanto nel lavoro il valore tariffario dovrebbe essere considerato come una sorta di incidenza pesata di prestazioni sanitarie.

Sono state fatte molte elaborazioni che non vengono qui riportate in dettaglio per semplicità. I risultati più rilevanti (e talora sorprendenti) sono in sintesi i seguenti:

a. l'intuizione circa le potenzialità delle esenzioni dei ticket come estimatore del bisogno assistenziale si è dimostrata fondata,

al di là delle aspettative; il modello predittivo ha una grande validità statistica, non solo, permette di valutare l'entità del possesso di questa o quella esenzione (patologia) sul costo complessivo; per esempio i fattori che più incidono nel generare costi sono, oltre l'età, ma più dell'età, le neoplasie, le malattie cardiache ischemiche e il diabete; impatta molto sui costi l'ultimo anno di vita

(variabile deceduto) e la maternità; i valori trovati possono essere visti nella tabella 1 (colonna coefficienti, che può essere assimilata a un costo giornaliero medio in euro);

b. i modelli relativi ai costi complessivi arrivano a spiegare circa il 50% della variabilità delle prestazioni ricevute a livello individuale; questo risultato è semplicemente stupefacente, ove si consideri che la varianza che era spiegata dai Drg agli inizi della loro applicazione (dopo una ricerca costata svariati milioni di dollari) era del 30-35%;

c. la variabilità tra i medici dei costi complessivi è praticamente nulla; questo lo si osserva sia relativamente alla somma delle tariffe e prezzi di tutti i beni e servizi, che nell'analisi delle singole componenti (tariffe ricoveri, prezzi farmaci ecc.); la varianza ascrivibile ai Mmg è praticamente nulla nei ricoveri ospedalieri, attorno al 2-3% nella specialistica e nella farmaceutica, e non supera l'8% nella spesa complessiva.

Questo insieme di risultati induce ad alcune riflessioni.

Innanzitutto che la metodologia potrebbe essere considerata per la definizione dei costi standard; si dimostra in grado di tener conto in modo robusto del bisogno sanitario espresso dalla popolazione attraverso un modello di facile e immediata applicazione; infatti modelli di aggiustamento basati solo sull'età sono inadeguati in quanto è ormai ampiamente dimostrato che il costo sanitario dipende dalla malattia e non dall'età. Non solo, un modello che già in partenza spiega il 50% della variabilità, prima cioè di scontare il miglioramento della qualità dei dati che un uso routinario in funzione valutativa implica sempre (si veda l'esperienza dei Drg), è assolutamente un modello valido su cui puntare.

Ma ancor più interessante è la mancanza di variabilità residua ascrivibile ai medici di medicina generale. Questo dato va associato al fatto che il Friuli Venezia Giulia, in tutti i settori di attività, presenta livelli di spesa sanitaria pro capite tra i più bassi in Italia. Spesa pro capite bassa associata a una variabilità ascrivibile ai Mmg insignificante può voler dire che l'appropriatezza è alta e che in generale il livello qualitativo del lavoro dei Mmg è molto buono.

Potremmo in altri termini aver trovato (salvo verifica) una misura robusta della qualità del lavoro dei Mmg di azienda o di Regione.

Questo risultato ha però un altro significato, a nostro avviso: almeno in Friuli Venezia Giulia, ulteriori recuperi di efficienza e quindi risparmi derivanti dall'aumento dell'appropriatezza sono certamente possibili, ma saranno comunque sempre più difficili da ottenere e comunque marginali.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Creare l'analogo del Drg ospedaliero

Una misura del lavoro dei dottori

Paolo Piergentili
Direttore ospedale di Noale (Ve) (dal 2007 al 2010 dir. san. Ass6 Friuli occ.)

Giorgio Simon
Direttore Uo Cure primarie - Distretto Est, Ass6 (fino al 2010 direttore dell'Area Governo clinico, Agenzia regionale sanitaria Fvg)

Fabio Samani
Dir. gen. Ass1 Triestina (già medico di med. gen. e membro dir. Ceformed)

Elaborazioni statistiche:
Omar Paccagnella
Dipartimento Scienze statistiche Università di Padova
Luca Grassetto, Laura Rizzi
Dipartimento Scienze statistiche Università di Udine