

La prescrizione di farmaci in relazione all'assetto organizzativo in cui operano i medici: analisi dei dati presso la ASL della provincia di Varese

Olivia Leoni¹, Luca Manfredi¹, Cristina Oria¹, Cinzia Roi¹, Renato Soma², Salvatore Pisani³, Fabio Banfi⁴

Allo scopo di ridurre la spesa farmaceutica convenzionata nel corso degli ultimi anni in Italia il Ministero della Salute ha adottato numerosi provvedimenti riguardanti l'industria, i medici prescrittori e i pazienti (misure di contenimento dei prezzi, modalità di rimborso dei farmaci prescritti, forme di compartecipazione alla spesa da parte dei pazienti, promozione dell'uso dei farmaci a brevetto scaduto, monitoraggio dei profili prescrittivi dei medici, ecc.). Il comportamento sulla prescrizione dei farmaci da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) è influenzato da fattori individuali ma anche di contesto (domanda e offerta). Il presente studio ha indagato l'influenza dell'assetto organizzativo (cioè l'adesione a forme associative dell'assistenza primaria) sull'atteggiamento prescrittivo dei medici, analizzato unicamente in termini «quantitativi» attraverso indicatori quali i volumi di prescrizione e la spesa correlata. Per questo scopo sono state valutate le prescrizioni di farmaci rimborsabili dal Servizio Sanitario Nazionale sul territorio della ASL della Provincia di Varese nel 2005. I dati sono stati standardizzati per composizione demografica della popolazione di assistiti. Per i MMG aderenti ad una forma associativa (71,54% dei MMG totali) tutti gli indicatori (numero di prescrizioni procapite, spesa farmaceutica procapite, costo medio prescrizione) sono inferiori rispetto a quelli dei MMG che svolgono la loro attività individualmente. Gli indicatori per i PLS che operano in una forma associativa (59,63% di tutti i PLS) suggeriscono la loro attitudine all'uso di più farmaci ma di minor costo rispetto agli altri PLS (minore spesa farmaceutica procapite e minore costo medio prescrizione, maggior numero di prescrizioni). La presente indagine fornisce alcune indicazioni generali per valutare l'influenza dell'assetto organizzativo sul comportamento prescrittivo dei medici, evidenziando la presenza di indicatori di spesa inferiori per i medici operanti in forma associativa. Sono tuttavia necessari ulteriori studi per confermare questi risultati e per correlarli con indicatori clinici di qualità e appropriatezza delle prestazioni assistenziali fornite.

Parole chiave:

Farmacoutilizzazione, spesa farmaceutica, comportamento prescrittivo, medicina in associazione.

Introduzione

Nel corso degli ultimi anni in Italia al settore sanitario pubblico è stato chiesto un forte contributo alle politiche di contenimento della spesa al fine di ridurre il livello del disavanzo. All'interno del comparto sanità, in particolare, la spesa farmaceutica convenzionata ha rappresentato una delle voci maggiormente interessate.

In questo ambito sono state promosse sia a livello nazionale sia locale diverse azioni finalizzate alla razionalizzazione della spesa. Tra queste si segnalano l'adozione di misure per il contenimento dei prezzi dei farmaci rimborsabili (1) (revisione del Prontuario Farmaceutico Nazionale e delle Note AIFA (2, 3), sistema del prezzo di riferimento per i farmaci a brevetto scaduto (4), sconti sul prezzo al pubblico) (5), l'introduzione di tetti alla spesa farmaceutica territoriale, di forme di compartecipazione alla spesa e di particolari modalità distributive dei farmaci (6). Presso le ASL sono state sviluppate attività di monitoraggio e verifica dei profili prescrittivi, con elaborazione di una reportistica strutturata per i medici e, in collaborazione con le strutture ospedaliere, di

¹ Osservatorio provinciale sull'impiego dei farmaci e la farmacovigilanza, ASL Varese.

² Direttore Dipartimento Programmazione Acquisto e Controllo, ASL Varese.

³ Osservatorio Epidemiologico e Sistemi Informativi, ASL Varese.

⁴ Direttore Sanitario, ASL Varese - Professore a contratto Università degli Studi dell'Insubria.

promozione della continuità assistenziale farmaceutica Ospedale-Territorio.

Nel complesso, si è sollecitata una profonda modificazione dei comportamenti di consumatori e prescrittori verso una più elevata sensibilità alla dimensione economica dell'assistenza farmaceutica in aggiunta a quella clinico-terapeutica.

Nel dibattito tecnico e politico attuale viene sempre più sottolineato il ruolo delle politiche pubbliche di «governo clinico» del comportamento prescrittivo dei medici, quale efficace strumento di razionalizzazione della spesa farmaceutica. Al fine di poter adottare misure di contenimento che contestualmente garantiscano qualità e appropriatezza dell'assistenza, è tuttavia necessario conoscere quali fattori possono influenzare la prescrizione medica e la spesa correlata.

Tra questi, oltre ai condizionamenti dettati dal contesto regolatorio (7), sono sicuramente rilevanti alcune variabili che afferiscono alla domanda di assistenza farmaceutica (caratteristiche demografiche della popolazione di assistiti, livello di comorbidità, condizioni socio-economiche, ecc). Altri fattori sono riconducibili alle caratteristiche generali del medico (sesso, età, anni di esperienza lavorativa, specializzazione) ed al suo stile di approccio terapeutico (prevenzione attiva, applicazione di linee-guida e Protocolli Diagnostico Terapeutici, ecc), altri ancora al contesto organizzativo (rete d'offerta ed induzione della prescrizione da parte di specialisti, informazione delle aziende farmaceutiche, aspettative del paziente, ecc.) (8, 9). Tra questi ultimi, un ruolo crescente viene attribuito al modello organizzativo in cui il medico svolge la propria attività, che si può realizzare in modo autonomo oppure integrato nell'ambito di una forma associativa dell'assistenza primaria come disciplinato dall'Accordo Collettivo Nazionale (medicina in associazione, medicina di gruppo, medicina in rete) (10).

Sono scarsi gli studi sulla relazione tra assetto organizzativo e comportamento prescrittivo dei medici riferiti alla realtà italiana, soprattutto se confrontati con la letteratura internazionale ed in particolare quella anglosassone relativa all'esperienza del *fundholding* e dei *Primary Care Groups* (11-15). L'elemento caratterizzante il *fundholding*, introdotto nel sistema sanitario inglese nel 1991 e successivamente modificato nel regime dei *Primary Care Groups* (16), è stato quello di attribuire un fondo per

l'acquisto di prestazioni sanitarie (tra cui quelle farmaceutiche) per conto dei propri assistiti a gruppi associati di MMG, con la possibilità di utilizzare gli eventuali risparmi per ulteriori spese sanitarie (ad esempio, investimenti nell'ambulatorio e rafforzamento dello staff) (17). Lo schema è stato strutturato per promuovere tra i MMG aderenti (su base volontaristica) una logica di tipo gestionale, di riflessione sulle conseguenze economiche delle proprie decisioni a fronte di risorse economiche predefinite. Diversi studi hanno indicato che lo schema, oltre ad aver ulteriormente favorito la diffusione dell'associazionismo medico nel Regno Unito (18), ha indotto alcuni cambiamenti nei comportamenti prescrittivi dei MMG, il cui impatto complessivo in termini di efficienza e qualità dell'assistenza a lungo termine è tuttavia stato considerato parziale e controverso (19-25). Soprattutto nei primi anni di applicazione del *fundholding* si è evidenziato un risparmio di risorse nel settore dell'assistenza farmaceutica, consistente soprattutto in un minore incremento di spesa per farmaci tra i MMG *fundholders*, più orientati ad adottare prontuari locali e a prescrivere farmaci generici rispetto ai medici non aderenti al sistema (26-28). Non sembra peraltro che questi risparmi si siano associati ad un deterioramento della qualità dell'assistenza farmaceutica. Una specifica attenzione alla promozione dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni sanitarie fornite si è concretizzata con l'introduzione dei *Primary Care Groups* nel 1997, che hanno rappresentato un nuovo soggetto operativo composto da figure del mondo socio-sanitario e socio-assistenziale (con adesione obbligatoria dei MMG), orientato a sviluppare le cure primarie attraverso l'integrazione di diverse professionalità e la promozione di logiche di *audit interno* e *peer review* (29).

I lavori condotti nel nostro Paese hanno valutato in genere le ricadute del modello operativo adottato su aspetti organizzativo-gestionali, quali la verifica del livello di realizzazione degli standard di servizio e delle regole di funzionamento raggiunto, la valutazione delle dinamiche organizzative attivate, ecc. (30-32). Nelle indagini orientate all'analisi della spesa farmaceutica, la principale variabile organizzativa considerata è stato il livello di concentrazione di assistiti in carico al medico (33).

A nostra conoscenza sono al momento scarsi gli studi «sul campo» che abbiano analizzato l'associa-

zionismo medico quale possibile variabile esplicativa, in termini complementari con altri fattori, dell'andamento della spesa farmaceutica territoriale.

Obiettivo principale del presente lavoro è stato quello di valutare se l'adesione o meno ad una forma associativa possa influire sul comportamento prescrittivo dei medici, analizzato unicamente in termini «quantitativi» attraverso indicatori quali i volumi di prescrizione e la spesa correlata (senza affrontare gli aspetti qualitativi di appropriatezza e qualità dei trattamenti). A tale scopo, sono stati analizzati i principali indicatori di prescrizione farmaceutica convenzionata nell'anno 2005 relativi ai Medici di Medicina Generale (MMG) ed ai Pediatri di Libera Scelta (PLS) operanti sul territorio della ASL (Azienda Sanitaria Locale) della provincia di Varese.

Materiali e metodi

Fonte dei dati

È stata effettuata un'analisi retrospettiva delle prescrizioni relative all'assistenza farmaceutica convenzionata erogata tramite le farmacie territoriali della ASL della provincia di Varese nell'anno 2005.

La ASL di Varese si articola in 12 Distretti Socio-Sanitari (aggregati in 6 Aree distrettuali) e comprende una popolazione di 848.703 residenti e 837.551 assistibili; sul suo territorio operano 730 medici (619 MMG e 111 PLS) (aggiornamento al 31.12.2005).

I dati di prescrizione in SSN (non comprensivi pertanto dei farmaci registrati nel File F e di quelli soggetti a distribuzione diretta) sono stati analizzati in relazione all'assetto organizzativo in cui operano i prescrittori, inteso come adesione a forme associative oppure abitudine a svolgere la propria attività in modo autonomo.

La fonte dei dati di prescrizione farmaceutica convenzionata è rappresentata dai «Dati ricetta» mensili dell'anno 2005 forniti su supporto magnetico da Santer S.p.A. per conto della Regione Lombardia.

Questi dati sono stati estratti dal Data Warehouse aziendale (DWH), gestito da OSLO (Olivetti Sanità Lombardia), e sono stati incrociati con l'«anagrafica medici» contenente le informazioni relative alla costituzione o meno dei medici in una forma associativa dell'assistenza primaria (medicina in associazione, medicina in rete, medicina di gruppo). L'anagrafe, aggiornata al 31.12.2005, è fornita su base trimestrale dal Dipartimento delle Cure Primarie e della Continuità Assistenziale della ASL.

Metodologia di analisi e criteri di elaborazione

L'analisi è stata orientata ad individuare l'eventuale influenza dell'assetto organizzativo sul comportamento prescrittivo distintamente dei MMG e dei PLS, con elaborazioni riferite sia al territorio provinciale nel complesso sia ai singoli Distretti Socio-Sanitari.

Gli indicatori di prescrizione analizzati sono stati: *spesa lorda*, *numero di prescrizioni* (quale indicatore dei volumi prescrittivi, non essendo disponibili le Dosi Definite Giornaliere), *valore medio prescrizione* (ottenuto dal rapporto tra spesa e numero di prescrizioni) rappresentativo del costo medio dei farmaci prescritti.

Questi indicatori sono confrontati sia tra i due gruppi di medici individuati in relazione all'assetto organizzativo (MMG o PLS «associati» rispetto a MMG o PLS «non associati»), sia rispetto al valore medio della ASL (calcolato complessivamente per tutti i MMG e i PLS operanti sul territorio).

La spesa e il numero di prescrizioni sono stati confrontati in valore procapite «pesato», cioè standardizzato per fasce di età e sesso degli assistibili in carico ai medici (secondo la «pesatura» adottata Regione Lombardia in materia di assistenza farmaceutica (DGR n. 2806 del 22.12.2000).

Gli indici di variazione dei dati rispetto a valori di confronto sono stati espressi come scostamenti percentuali.

Per analizzare in modo più completo i profili prescrittivi, la valutazione dei dati è stata articolata su 3 «livelli» di prescrizione (che individuano 3 «gruppi» di farmaci):

- *prescrizione farmaceutica totale* (comprendente: specialità medicinali, generici, ossigeno gassoso, prodotti dietetici distribuiti attraverso le farmacie aperte al pubblico della provincia);
- *prescrizione di specialità medicinali* (sottogruppo del precedente);
- *prescrizione di farmaci «senza Piano Terapeutico»* (sottogruppo del precedente), calcolata sottraendo dai valori riferiti alle specialità medicinali la quota inerente i farmaci che prevedono la compilazione del Piano Terapeutico da parte dello specialista (3). I dati così ottenuti risultano maggiormente rappresentativi del comportamento prescrittivo del MMG o PLS, in quanto meno influenzati dal fenomeno dell'induzione specialistica.

Poiché l'assetto organizzativo si è modificato nei diversi trimestri del 2005, i dati di prescrizione sono stati analizzati sia su base trimestrale sia annuale.

Il confronto a livello distrettuale degli indicatori tra PLS «associati» e «non associati» non è stato effettuato per motivi metodologici quali la scarsa numerosità di uno dei

due gruppi, la presenza di un solo gruppo o il passaggio di un numero elevato di PLS da una forma organizzativa all'altra nel corso dei trimestri.

Risultati

Distribuzione delle forme associative sul territorio e dati generali di prescrizione

Complessivamente, nel 2005 la spesa farmaceutica convenzionata nella ASL della provincia di Varese è stata di 156.418.000 €, registrando una riduzione del 3,53% rispetto al 2004. La spesa procapite pesata, pari a 146,43 €, ha subito un analogo decremento (-6,06%). Questo andamento rispetto al 2004 si è accompagnato ad una riduzione del numero di confezioni (da 10.473.918 a 10.129.853, con uno scostamento del -3,23%) e di ricette prescritte (da 5.070.488 a 5.030.580, -0,79%). Oltre il 98% della spesa farmaceutica totale è attribuibile a MMG, mentre la quota restante ai PLS.

Nel 2005, sul territorio aziendale la maggior parte dei medici ha operato in modo associato, sia tra i MMG (445, pari al 71,54% del totale) che tra i PLS (65, corrispondenti al 59,63% del totale). La forma più diffusa è stata la medicina in associazione (77,12% dei MMG associati; 81,92% dei PLS associati), seguita dalla medicina di gruppo (17,09% dei MMG associati; 18,08% dei PLS associati) e dalla medicina in rete (presente solo tra i MMG con il 5,79% degli associati).

Analizzando i dati su base trimestrale, si rileva che la quota di MMG associati sul totale è rimasta sostanzialmente stabile nell'anno (*range* trimestrale: 71,29%-71,82%), pur presentando un diverso livello di diffusione nei Distretti Socio-Sanitari, compreso tra il 92,14% e il 54,97% dei MMG operanti nel singolo territorio distrettuale. Tra le diverse forme, la percentuale dei prescrittori appartenenti alla medicina in associazione ha presentato un'incidenza variabile nei trimestri (*range*: 53,8%-56,13% sul totale dei MMG).

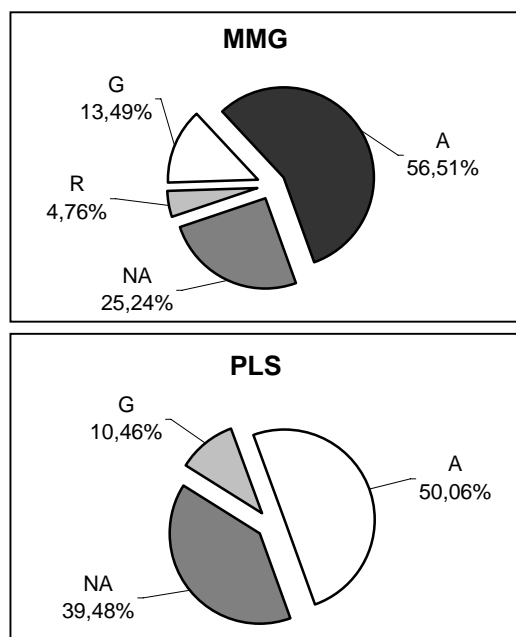
I PLS hanno svolto attività in modo associato in una quota variabile da 57,27% a 63,96%. Anche in questo caso, la medicina in associazione è stata la forma più diffusa (*range* 46,36%-53,15% dei PLS totali). Si segnala che tra i PLS nel corso dell'anno non è stata attivata nessuna associazione in rete e

che in 1 Distretto tutti i PLS hanno operato sempre in modo autonomo.

La quota di spesa farmaceutica riferibile ai medici in associazione e ai medici operanti in modo autonomo rispecchia la loro distribuzione sul territorio sopra descritta. Tra i MMG il 74,76% della spesa per farmaci è stato determinato da medici operanti in modo associato, con una variabilità distrettuale compresa tra il 92,11% a il 54,97%. La maggior quota è ascrivibile alla medicina in associazione (56,51% della spesa generata da tutti i MMG della ASL), seguita dalla medicina di gruppo (13,49%) e dalla medicina in rete (4,76%).

I PLS aderenti a forme associative hanno determinato il 60,52% della spesa totale (medicina in associazione: 50,06%; medicina di gruppo: 10,46%).

La Figura 1 illustra la distribuzione della spesa sul territorio aziendale in funzione dell'assetto organizzativo in cui operano rispettivamente MMG e PLS.



Legenda:

A = medicina in associazione; G = medicina di gruppo; R = medicina in rete; NA = medici non associati.

Figura 1. – Distribuzione della spesa farmaceutica per modalità organizzative tra i MMG e i PLS della ASL di Varese (anno 2005).

Risultati analoghi si evidenziano per i volumi di prescrizione. I MMG associati hanno determinato il 75,48% delle prescrizioni totali: il 56,67% dovuto alla medicina in associazione, il 13,87% alla medicina di gruppo (18,38%) e il 4,94% alla medicina in rete (6,54%). Nei Distretti la quota di prescrizione attribuibile a MMG associati è compresa tra 92,71% e 55,86%.

Il numero di prescrizioni effettuate da PLS associati ha rappresentato il 63,32% del totale, di cui il 51,57% dovuto alla medicina in associazione e

l'11,75% alla medicina di gruppo.

Indicatori di prescrizione per i MMG e i PLS: confronto tra modalità organizzative

La Tabella I riporta gli scostamenti degli indicatori di prescrizione rilevati tra i professionisti associati e quelli non associati (distinti in MMG e PLS) ed il confronto con i valori medi aziendali.

Tra i MMG, la spesa farmaceutica procapite per gli associati (158,74 €) risulta inferiore del 4,97% a quella dei MMG non associati (167,05 €).

Tabella I. – Confronto degli indicatori di prescrizione tra medici associati e non associati e con la media ASL (anno 2005).

Indicatori	Valore procapite Pesato		Scost. % A vs NA	Valore Procapite Pesato ASL	Scost. % vs Media ASL	
	A	NA			A	NA
MMG						
Spesa farmaceutica						
Totale	158,74	167,05	-4,97	160,76	-1,26	3,91
Specialità medicinali	158,18	166,69	-5,11	160,25	-1,29	4,02
Farmaci senza Piano Terapeutico	147,37	155,49	-5,23	149,34	-1,33	4,12
Numero di prescrizioni						
Totale	5,35	5,41	-1,20	5,36	-0,30	0,91
Specialità medicinali	5,34	5,40	-1,20	5,35	-0,30	0,92
Farmaci senza Piano Terapeutico	5,28	5,34	-1,20	5,29	-0,30	0,91
Valore medio prescrizione						
Totale	29,68	30,86	-3,82	29,97	-0,96	2,97
Specialità medicinali	29,65	30,87	-3,95	29,94	-1,00	3,07
Farmaci senza Piano Terapeutico	27,92	29,11	-4,08	28,22	-1,03	3,18
PLS						
Spesa farmaceutica						
Totale	23,40	24,79	-5,61	23,95	-2,31	3,50
Specialità medicinali	22,97	23,93	-4,00	23,34	-1,59	2,51
Farmaci senza Piano Terapeutico	21,13	22,45	-5,88	21,63	-2,33	3,77
Numero di prescrizioni						
Totale	1,24	1,17	5,80	1,21	2,16	-3,44
Specialità medicinali	1,24	1,17	5,79	1,21	2,16	-3,43
Farmaci senza Piano Terapeutico	1,23	1,16	5,65	1,20	2,11	-3,35
Valore medio prescrizione						
Totale	18,83	21,10	-10,79	19,69	-4,36	7,21
Specialità medicinali	18,51	20,40	-9,26	19,22	-3,66	6,17
Farmaci senza Piano Terapeutico	17,14	19,23	-10,91	17,91	-4,31	7,41

Legenda: A = Associati; NA = Non associati.

- Farmaci Totali: comprendono le specialità medicinali, i farmaci a Brevetto Scaduto, dietetica e protesica minori, ossigeno gassoso.
- Farmaci senza Piano Terapeutico: 'farmaci traccianti' di prescrizione NON suggerita dallo specialista.

Considerando specificamente la quota per specialità medicinali (158,18 € per gli associati e 167,05 € per i non associati) e, nell'ambito di tale spesa, quella per farmaci senza Piano Terapeutico (147,36 € e 155,49 € nei due gruppi) lo scostamento per gli associati è sostanzialmente analogo (rispettivamente: -5,11% e -5,23%). Si segnala peraltro che la spesa per farmaci non suggeriti dallo specialista rappresenta il 93% della spesa totale in entrambi i gruppi. Il numero di prescrizioni procapite (5,35 tra gli associati e 5,41 tra i non associati) presenta variazioni meno ampie ma sempre di valore inferiore per i medici in associazione (-1,2%).

Analogamente, il valore medio prescrizione complessivo tra i MMG associati (29,68 €) è inferiore del 3,82% a quello dei non associati (30,86 €). Lo scostamento più ampio riguarda i farmaci senza Piano Terapeutico (-4,08%).

Rispetto alle corrispondenti medie aziendali, tutti gli indicatori prescrittivi sono inferiori per i MMG associati e superiori per i non associati. L'analisi a livello distrettuale evidenzia che la spesa pro-capite totale per i MMG associati è compresa tra 149,64 € e 171,03 € mentre quella per i MMG non associati tra 143,35 € e 187,05 €. Il maggiore scostamento tra MMG associati e non associati registrato in un singolo ambito distrettuale è del -15,18%, corrispondente a circa -28 € di spesa procapite.

La spesa procapite e il valore medio prescrizione per i farmaci totali, per le specialità medicinali e per i farmaci senza Piano Terapeutico risultano inferiori tra i MMG associati nella maggior parte dei Distretti (in 9 sui 12 totali). I volumi prescrittivi sono equidistribuiti tra le due forme organizzative nei Distretti (superiori per gli associati in 6 Distretti ed inferiori negli altri 6). Anche rispetto ai valori medi di ASL sussiste una variabilità distrettuale per gli indicatori di spesa in relazione alla modalità organizzativa in cui operano i MMG.

Nel caso dei MMG associati, la spesa procapite totale risulta inferiore alla media aziendale in 8 Distretti su 12 (*range* da -0,42% a -6,92%); tra i MMG non associati, invece, la maggioranza dei Distretti (9) supera il valore aziendale (*range*: da +1,36% a +16,35%). Un'analoga distribuzione distrettuale si registra per la spesa riferita alle specialità medicinali e ai farmaci senza Piano Terapeutico, sebbene in quest'ultimo caso siano 10 i Distretti a superare il

dato aziendale tra i MMG non associati (*range*: da +0,56% a +15,86%).

La distribuzione dei Distretti rispetto alle medie aziendali della spesa procapite per le 3 classi di farmaci (totali, specialità medicinali, farmaci senza Piano Terapeutico) ascrivibile ai MMG associati e a quelli non associati è rappresentata nelle Figura 2.

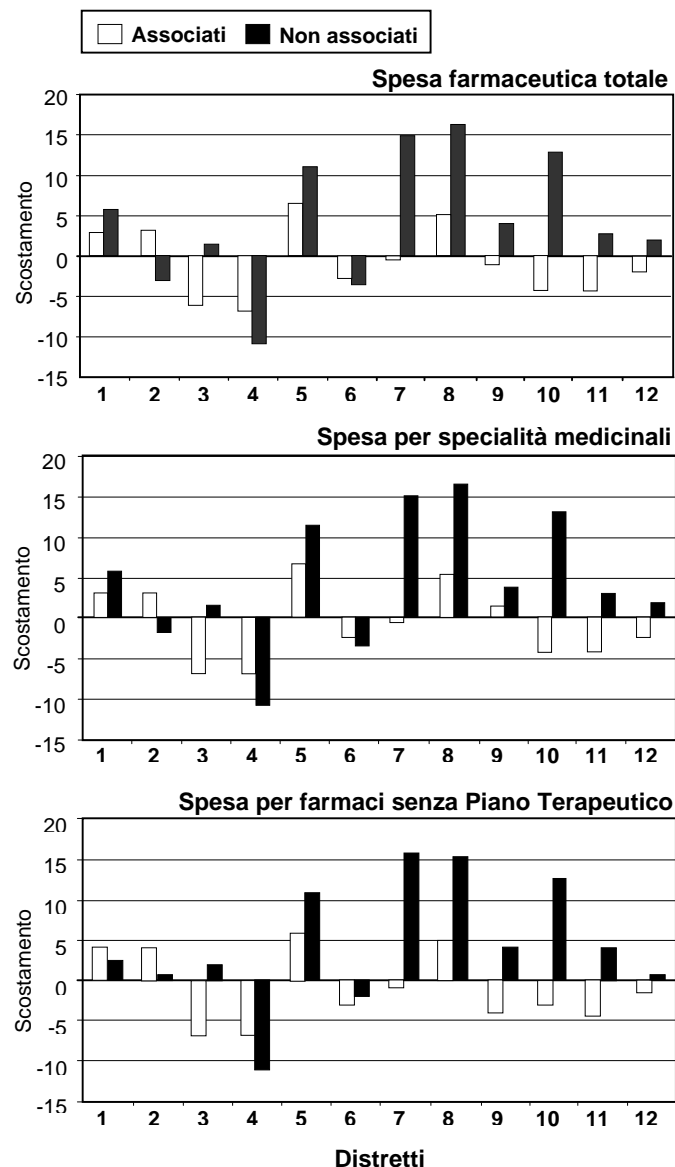


Figura 2. – Spesa pro-capite pesata per le tre classi di farmaci ascrivibile ai MMG associati e non associati: scostamento percentuale della media ASL nei 12 distretti.

Nell'ambito della spesa generata dai PLS si evidenziano scostamenti sovrapponibili a quelli rilevati tra i MMG. La spesa procapite complessiva per PLS in associazione (23,40 €) è inferiore del 5,61% a quella dei professionisti autonomi (24,79 €). Lo scostamento più ampio si registra per i farmaci senza Piano Terapeutico (-5,88%), che determinano oltre il 90% della spesa nei due gruppi di PLS.

Il numero di prescrizioni procapite è pari a 1,24 e 1,17 rispettivamente per gli associati e per i non associati. Contrariamente alla spesa, i volumi prescrittivi assumono sempre valori più elevati tra i PLS che operano in associazione (per le 3 classi: 5,80%, 5,79%, 5,65%).

Come prevedibile dall'andamento opposto tra spesa e prescrizioni, anche il valore medio prescrizione risulta sempre inferiore tra i PLS in modo associato: -10,79% per farmaci totali (18,83 € rispetto a 21,10 €), -9,26% per specialità medicinali, -10,91% per farmaci senza Piano Terapeutico.

Rispetto alle medie aziendali, per i PLS associati tutti gli indicatori di prescrizione hanno scostamenti analoghi a quelli evidenziati rispetto ai PLS non associati.

Discussione

I risultati dello studio suggeriscono l'esistenza di un differente comportamento prescrittivo in relazione all'assetto organizzativo di operatività dei MMG e dei PLS sul territorio della ASL della Provincia di Varese.

In particolare, nell'ambito della prescrizione determinata dai MMG, tutti gli indicatori di spesa e di volume considerati risultano inferiori per i prescrittori aderenti ad una forma associativa rispetto a quelli operanti individualmente. Gli scostamenti più rilevanti si registrano per i valori relativi ai farmaci la cui prescrizione è più direttamente attribuibile al MMG (farmaci senza Piano Terapeutico).

L'analisi distrettuale, sebbene evidenzi una certa variabilità degli indicatori prescrittivi sul territorio provinciale, conferma tra i MMG associati la prevalenza di valori di spesa inferiori a quelli medi aziendali.

Nel caso dei PLS, inoltre, l'andamento opposto tra spesa (inferiore) e numero di prescrizioni (superiore) tra i PLS associati rispetto ai non associati

sembra indicare la tendenza ad un uso complessivamente «maggiore» di farmaci da parte dei PLS in associazione, ma ricorrendo a prodotti di costo mediamente inferiore.

Questi risultati trovano una sostanziale conferma in un recente studio (in fase di pubblicazione) condotto presso la nostra ASL utilizzando le informazioni contenute nella Banca Dati Assistiti nell'anno 2004, che ha analizzato tra l'altro la variabilità prescrittiva dei farmaci da parte dei MMG in funzione di alcune variabili relative alle condizioni di esercizio della professione, al contesto distrettuale, alle caratteristiche degli assistiti. L'indagine ha evidenziato che rispetto ad alcune variabili correlate al MMG (sesso, possesso di specializzazione, informatizzazione dello studio medico, appartenenza ad una forma associativa) i valori medi di spesa farmaceutica procapite pesata differiscono significativamente solo per quest'ultima variabile, essendo mediamente più elevati tra i MMG che non operano in associazione. L'appartenenza ad una forma associativa potrebbe essere interpretata come una «proxy» di sensibilità culturale del medico.

La presente indagine, sebbene di natura descrittiva ed orientata esclusivamente all'analisi di «macroindicatori quantitativi» di prescrizione farmaceutica senza coinvolgimento di altre variabili esplicative relative ai pazienti (ad esempio: gravità della patologia, comorbidità) e ai medici (ad esempio: caratteristiche generali quali sesso ed età, possesso di specializzazione, complessità organizzativa della forma associativa), può fornire un utile contributo per valutare il ruolo delle condizioni di esercizio della professione sull'atteggiamento prescrittivo dei medici.

I valori inferiori di spesa (tra i MMG e i PLS) e di volumi prescrittivi (solo tra i MMG) rilevati per i medici associati potrebbero infatti suggerire l'esistenza di una maggiore attenzione alla dimensione economica e al consumo delle risorse rispetto ai colleghi operanti individualmente. Questo studio non consente tuttavia di valutare il reale impatto dell'assetto organizzativo sulla razionalità e l'appropriatezza della prescrizione, in quanto non analizza indicatori qualitativi sull'esito clinico dei trattamenti. D'altro canto, diversi autori hanno evidenziato che la modalità «in associazione» rappresenta un ambito professionale caratterizzato da maggiore

integrazione e confronto tra i medici, con vantaggi in termini di razionalizzazione dei consumi, di qualità e appropriatezza degli interventi (30, 34, 35). Un efficace scambio culturale strutturato ed organizzato all'interno delle forme associative, con condivisione di comportamenti di cura e prescrittivi mediante *audit* o *peer-review*, sembra essere un sicuro vantaggio percepito dai medici, anche se non ancora pienamente realizzato (30).

Le forme associative rappresentano una modalità di organizzazione professionale ormai diffusa nel panorama sanitario italiano (secondo una recente indagine, presente nell'86% delle aziende sanitarie) (36), che, ove realizzata, ha comunque comportato mutamenti relativi all'impatto sull'assistenza erogata ai pazienti (37). Il passaggio dalla pratica individualistica a quella associata, favorendo il confronto continuo e periodico sui contenuti specifici della professione (aggiornamento sulle prove di efficacia, valutazione delle prestazioni farmaceutiche, di ricovero ed ambulatoriali erogate ai pazienti in carico), può consentire una riduzione dell'eterogeneità dei comportamenti prescrittivi e contribuire ad una migliore allocazione delle risorse (38). L'assenza di procedure di monitoraggio e rivalutazione delle proprie decisioni sulla scelta dei farmaci viene del resto percepita dai medici come un fattore di incertezza nella pratica prescrittiva (39); inoltre, l'applicazione individuale di metodi di *audit* e *peer-review* da parte dei prescrittori si è dimostrata poco adeguata in assenza di un condiviso training formativo (40).

Allo scopo di conoscere le cause degli scostamenti rilevati nella presente indagine, peraltro distribuiti in modo disomogeneo a livello distrettuale, sono necessari ulteriori approfondimenti, orientati ad analizzare più variabili esplicative del comportamento prescrittivo (relative a: paziente, medico, contesto territoriale di operatività, livello di organizzazione delle forme associative) e nel contempo a confrontare gli indicatori di prescrizione con outcome clinici dell'assistenza fornita.

Questo studio «sul campo» fornisce nel complesso alcuni elementi di riflessione per valutare l'influenza dell'assetto organizzativo sul comportamento prescrittivo dei medici nella realtà italiana, che potrebbero condurre all'individuazione di nuovi ambiti di razionalizzazione della prescrizione sul territorio.

Key words:

Drug utilization, drug expenditure, prescribing pattern, group medicine

Abstract

Drug prescribing behaviour in relation to practice setting: analysis of the data in the Area Health Authority of Varese. In order to reduce public expenditure on pharmaceutical products, in the last years the Italian Ministry of Health applied several policies targeting the industry, prescribers and patients (pricing policies, reimbursement modalities for drug prescriptions, patient co-payments, promotion of generic drug use, monitoring of physicians' prescribing patterns, etc.). Drug prescribing attitude among General Practitioners (GPs) and General Paediatric Practitioners (GPPs) is affected by personal factors, as well by supply and demand of health services. The present study investigated the influence of practice setting (i.e. working in primary care groups) on prescribing attitude, only in terms of quantitative indicators such as volume of prescriptions and related expenditure. For this purpose, drug prescriptions within the National Health Service of the Local Health Authority of Varese in 2005 were analysed. Data were standardized for variation in practice population demography. For GPs working in groups (71,54% of total GPs) all indicators (per capita number of prescriptions, per capita drug expenditure and mean cost per prescribing unit) are lower than those for GPs that practice individually. Indicators for GPPs working in groups (59,63% of total GPPs) suggest their attitude to use more but less expensive drugs than other GPPs (lower per capita drug expenditure and lower mean cost per prescribing unit, higher number of prescriptions). This study provides a framework for evaluating the influence of practice setting on prescribing behaviour, suggesting the existence of a lower drug expenditure in primary care groups. However, further studies are needed to confirm these suggestions and to correlate them with clinical indicators of quality and appropriateness of care.

Bibliografia

1. L'uso dei Farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2005. Ministero della Salute – OsMed (www.agenziafarmaco.it).
2. Determinazione AIFA 16 dicembre 2004 «Prontuario Farmaceutico Nazionale 2005», Suppl. Ord. n. 184 alla GU n. 229 del 22.12.2004.
3. Determinazione 29 ottobre 2004 «Note AIFA 2004», in GU n. 259 del 04.11.2004.
4. Legge 8 agosto 2002, n. 178 «Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 8 luglio 2002, n. 138, recante interventi urgenti in materia tributaria, di privatizzazioni, di contenimento della spesa farmaceutica e per il sostegno dell' economia anche nelle

- aree svantaggiate», Suppl. Ord. alla GU n. 187 del 10.08.2002.
5. Decreto Legge 24 giugno 2004 n. 156 «Interventi urgenti per il ripiano della spesa farmaceutica», GU n. 147 del 25.06.2004.
 6. Legge 16 novembre 2001, n. 405 «Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria», GU n. 268 del 17.11.2001.
 7. Jommy C, Villa S, Gerzeli S. Decentramento e assistenza farmaceutica: l'impatto delle politiche regionali sulla variabilità della spesa farmaceutica convenzionata. 2002 – Documento consultabile in: www.aiesweb.it/media/pdf/co0003/020.pdf.
 8. Jaye C, Tilyard M. A qualitative comparative investigation of variation in general practitioners' prescribing patterns. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 381-6.
 9. Watkins C, Harvey I, Carthy P et al. Attitudes and behaviour of general practitioners and their prescribing costs: a national cross sectional survey. *Qual Saf Health Care*. 2003; 12: 29-34.
 10. Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del D.lgs n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni.
 11. Harris CM, Scrivener G. Fundholders' prescribing costs: the first five years. *BMJ* 1996; 313: 1531-4.
 12. Stewart-Brown S, Surender R, Bradlow J et al. The effects of fundholding in general practice on prescribing habits three years after introduction of the scheme. *BMJ* 1995; 311: 1543-7.
 13. Prosser H, Walley T. A qualitative study of GP's and PCO stakeholders' views on the importance and influence of cost on prescribing. *Soc Sci Med*. 2005; 60: 1335-46.
 14. Prosser H, Walley T. New drug uptake: qualitative comparison of high and low prescribing GPs' attitudes and approach. *Fam Pract* 2003; 20: 583-91.
 15. Mays N, Wyke S, Malbon G, Goodwin N. Curatore edizione italiana: Ovidio Brignoli, Giorgio Carlo Monti L'acquisto di cure in medicina generale - L'esperienza inglese dal fundholding al total purchasing. 2003, Ed. The McGraw-Hill Companies Srl.
 16. Longo F, Venramini E. La nuova riforma del NHS: è morto il fundholding, viva il fundholding. *Mecosan* 1999; 29: 133-43.
 17. Fattore G, Longo F. Il fundholding nel Regno Unito: appunti da un viaggio di studio. *Mecosan* 1996; 18: 110-22.
 18. Cornwell J, Waite D. Briefing on GP Fundholding. London, Stationery Office; Audit Commission. 1995.
 19. Gosden T, Torgerson DJ. The effect of fundholding on prescribing and referral costs: a review of the evidence. *Health Policy* 1997; 40: 103-14.
 20. Baines DL, Whynes DK, Tolley KH. General Practitioner fundholding and prescribing expenditure control. Evidence from a rural English Health Authority. *Pharmacoeconomics* 1997; 11: 350-8.
 21. Petchey R. General practitioner fundholding: weighing the evidence. *Lancet* 1995; 346: 1139-42.
 22. Le Grand J, Mays N, Mulligan J, Editors. Learning from the NHS internal market: a review of the evidence. London: King's Fund Publishing, 1998.
 23. Coulter A. Evaluating general practice fundholding in the UK. *Eur J Public Health* 1995; 5: 233-9.
 24. Dixon J, Glennerster H. What do we know about fundholding in general practice? *BMJ* 1995; 311: 727-30.
 25. Mays N, Mulligan J, Goodwin N. The British quasi-market in health care: a balance sheet of the evidence. *J Health Services Res Policy* 2000; 5: 49-58.
 26. Bradlow J, Coulter A. Effect of fundholding and indicative prescribing schemes on general practitioners' prescribing costs. *BMJ* 1993; 307: 1186-9.
 27. Burr A, Walker R, Stent S. Impact of fundholding on general practice prescribing patterns. *Pharmaceutical Journal*; October (Supplement).
 28. Maxwell M, Heaney D, Howie J, Noble S. General practice fundholding: observation on prescribing patterns and costs using the defined daily dose method. *BMJ* 1993; 307: 1190-4.
 29. NHS. The News NHS. 1997.
 30. Landau J, Brambilla A. La medicina di gruppo a Milano e provincia: i reali contenuti. *Mecosan* 2001; 37: 93-102.
 31. La Rovere, Longo F, Savorani G et al. La riorganizzazione delle cure primarie presso l'Azienda USL di Bologna Città: spunti di riflessioni e prospettive del 1999-2000. *Mecosan*; 2001; 39: 139-59.
 32. Vendramini E. Quale ruolo per il Medico di medicina generale nel nuovo Piano Socio-Sanitario 2002-2004 della Regione Lombardia? *Mecosan* 2003; 44: 97-105.
 33. Garattini L, Capecchia S. Farmaci economia e salute. Il Pensiero Scientifico Editore 1984.
 34. Bevilacqua M. La medicina di gruppo: verso il team delle cure primarie. *SIMG* 1995; 1.
 35. Filippi A. La medicina di gruppo riduce gli accessi impropri al Pronto Soccorso. *SIMG* 1994; 5.
 36. Cavallo MC et al. Organizzazione e gestione delle cure primarie. Milano: MC Graw Hill, 2001.
 37. Tozzi V. Medicina di gruppo. Come e perché i medici di famiglia lavorano insieme: una via toscana. *Occhio clinico* 2005; 6.
 38. Vendramini E. La riforma della medicina generale. *Mecosan* 2000; 35; 103-8.
 39. Carthy P, Harvey I, Brawn R et al. A study of factors associated with cost and variation in prescribing among GPs. *Fam Pract* 2000; 17: 36-41.
 40. McKay J, Bowie P, Lough M. Variations in the ability of general medical practitioners to apply two methods of clinical audit: a five-year study of assessment by peer review. *J Eval Clin Pract* 2006; 12: 622-9.