

ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO

Ruolo delle pratiche di Medicina Generale singole e associate dell'Azienda ULSS "Alto Vicentino"

MARIO SAUGO¹, DOMENICO MANTOAN²,
ROBERTO TOFFANIN², RENATO RUBIN³, MICHELE PELLIZZARI¹

Servizio Epidemiologico¹, Direzione Azienda ULSS 4 "Alto Vicentino"²,
Direzione Programmazione Socio-Sanitaria della Regione Veneto³

I servizi di Pronto Soccorso (PS) trattano una casistica chirurgica e medica alquanto diversificata e comprendente anche una quota di patologia minore, affrontabile peraltro in un contesto organizzato di cura primaria. La Regione Veneto ha affrontato il problema per la prima volta con la Circolare 04/03/1996 mediante l'introduzione di un ticket sulle prestazioni differibili ("codici bianchi"), mentre a livello aziendale il contenimento degli accessi totali al PS, è indicato come un obiettivo di budget comune alle UO di PS e ai Medici di Medicina Generale (MMG). Nello studio sono stati analizzati alcuni fattori di rischio per l'accesso al PS legati al paziente, ovvero all'organizzazione delle pratiche di Medicina Generale (gestione individuale vs. forme associative previste dall'art. 40 del DPR 270/2000). La variabile di esito considerata è l'aver avuto almeno un accesso al PS nel corso del 2006, le variabili esplorate a livello dell'assistito sono: l'età (16-30 o >70 anni vs. le altre fasce d'età), il sesso, la residenza in Comuni sede di PS o immediatamente limitrofi (e quindi più soggetti a una "attrazione" impropria rispetto alle stesse prestazioni di cura primaria), la residenza in comuni posti a confine con le ULSS viciniori (e quindi più soggetti a flussi di "fuga assistenziale"), la cittadinanza italiana o estera. A livello del medico curante sono state considerate le variabili relative a età (>50 anni vs. altre fasce d'età), sesso, numero di anni di pratica di medicina primaria (0-5, 5-10, >10), numero di assistiti (0-500, 501-1000, 1001-1500, >1500), informatizzazione degli archivi, presenza di un sistema di prenotazione per visite su appuntamento e partecipazione a una delle forme associative della MG.

Tabella 1. Distribuzione della popolazione e degli accessi al PS modalità di conduzione della pratica di MG (medico singolo, medici in associazione).

	Assistiti da MMG singolo	Assistiti da MMG associati	Totale assistiti
Assistiti	10.687	140.098	150.785
Accessi	3.959	45.462	49.421
Personne con ≥1 accesso	2.504	30.123	32.627
Personne con ≥1 accesso (in %)	23,4%	21,5%	21,6%

Sono state escluse le persone di età inferiore a 16 anni o assistite da un Pediatra di Libera Scelta, senza tessera, prive di medico curante (19,8% del totale della popolazione), conteggiando 32.627/150.785 persone residenti nell'ULSS 4 assistite da un MMG con almeno un accesso al PS nel 2006 (21,6%); di questi, il 32,4% ha avuto accessi ripetuti. Il totale complessivo degli accessi al PS è pari a 49.421 (tabella 1).

Gli assistiti da MMG singolo mostrano all'analisi descrittiva

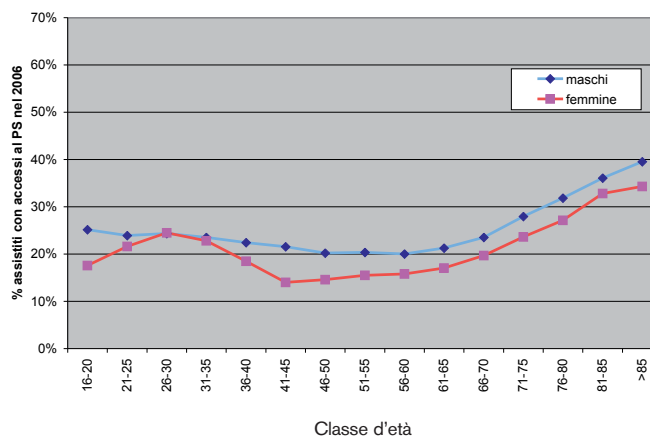
un tasso percentuale di persone con ≥1 accesso/anno al PS lievemente superiore (23,4% vs. 21,5%) rispetto agli assistiti da MMG partecipanti a una delle forme associative di cui all'art. 40 del DPR 270/2000. I principali fattori di rischio per l'accesso associati alle caratteristiche degli assistiti e dei MMG sono riportati nella tabella 2. L'analisi statistica è stata fatta con un modello logistico multivariato e multilivello a effetti random, in cui il primo livello è costituito dall'assistito e il secondo livello dal suo MMG.

Tabella 2. Fattori predittivi dell'accesso al Pronto Soccorso.

Fattori predittivi		OR	95% IC	
A livello dell'assistito	Età 16-30 anni	1,22	1,19	1,26
	Età ≥ 70 anni	1,90	1,84	1,97
	Sesso maschile	1,26	1,23	1,29
	Cittadinanza straniera	1,77	1,68	1,85
	Comune con Ospedale o limitrofo	1,02	0,98	1,06
	Comune confinante con ULSS limitrofe	0,91	0,87	0,96
A livello del curante	MMG curante associato	0,93	0,87	0,99

Il fattore più importante in termini di frazione attribuibile a livello di popolazione ("pesando" cioè gli *odds ratios* con la prevalenza di popolazione della condizione in esame) è l'età dell'assistito, con un andamento grosso modo a U (vedi figura 1).

Figura 1. Percentuale di assistiti con almeno un accesso al PS, per sesso e classe d'età. ULSS 4, 2006.



I maschi mostrano una percentuale di accesso sistematicamente più alta (collegata alla maggior esposizione a eventi accidentali nell'età giovanile e adulta e al maggior carico di morbosità cardiovascolare e neoplastica nell'età anziana). Si nota anche un aumento del rischio di accesso al PS nelle donne di 26-35 anni (in concomitanza con il periodo di maggiore fertilità). La cittadinanza straniera è associata a un rischio di accesso quasi doppio, che riguarda tutte le età e tutti i membri del nucleo familiare, ed è legato presumibilmente a motivi di accessibilità di orario e a difficoltà di mediazione linguistica e culturale (spesso soltanto il capofamiglia parla l'italiano, guida l'auto e ha dimestichezza con i servizi pubblici). Nell'età lavorativa il differenziale di accesso tra le nazionalità si accentua a svantaggio dei lavoratori stranieri, spesso addetti a mansioni pericolose e/o meno in grado di recepire le indicazioni relative alla sicurezza negli ambienti di lavoro. La vicinanza all'Ospedale o, al contrario, quella ai confini dell'Azienda ULSS agiscono, rispettivamente, da in-

centivo e da deterrente per l'accesso al servizio di emergenza e urgenza. La partecipazione del MMG a una delle forme associative si correla in maniera significativa e indipendente a una riduzione dell'ordine del 7% del rischio di accesso al PS. In Italia la storia della medicina associativa è relativamente recente e del tutto embrionaria rispetto all'evoluzione organizzativa dei Paesi Nord Europei (una "medium practice" inglese è mediamente composta da circa 20 operatori: 6 MMG - esclusi i medici salariati eventualmente dedicati al "servizio aggiuntivo" di continuità assistenziale, 5 infermieri e altri sanitari e 8 operatori non sanitari: amministrativi per la segreteria e la gestione amministrativa della pratica, per le richieste di visite ambulatoriali e domiciliari e gli inviti per la medicina di iniziativa e addetti ai servizi generali). Tuttavia già l'associazionismo medico previsto dall'ACN, reso esecutivo il 23/03/2005 mediante intesa della Conferenza Stato-Regioni, per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, nonché l'ACR recepito dalla Regione Veneto con DGR n. 4395 del 30/12/2005 prevedono una serie di caratteristiche che certamente possono consolidare la continuità dell'assistenza medica primaria: una più ampia fascia oraria di accesso ambulatoriale, la possibilità di svolgere attività ambulatoriale anche a favore degli assistiti degli altri medici associati, la condivisione informatica dei dati clinici dell'assistito, l'obbligatorietà per la medicina di gruppo con oltre 3.600 assistiti comprensivi della presenza del collaboratore di studio e/o dell'infermiere professionale, compatibilmente con le risorse previste dai rispettivi fondi. Oltre a questo, numerose Aziende Sanitarie hanno individuato all'interno della contrattazione di budget con la MG ulteriori strumenti: la copertura ambulatoriale a rotazione della fascia oraria serale, l'apertura dell'ambulatorio il sabato mattina, l'istituzione di un servizio di *call-center* per la gestione delle richieste di visita ambulatoriale e domiciliare, la sperimentazione della contattabilità telefonica del medico per le chiamate urgenti per l'intera fascia oraria 8.00-20.00. I nuovi modelli organizzativi nelle cure primarie possono dunque ragionevolmente apportare un concreto valore aggiunto nel "filtrare" gli accessi al PS. Peraltro la rilevanza dell'organizzazione dei servizi primari nel modulare l'accesso al PS trova ampio riscontro di evidenza sia in studi effettuati nel setting della MG, sia in studi di epidemiologia valutativa dei servizi sanitari. L'evidenza proviene soprattutto dal contesto inglese e mostra che - in linea con i risultati dello studio - il livello di complessità organizzativa delle pratiche di MG influisce significativamente sull'accesso al PS, a parità di sesso, età, prossimità alla sede di PS, livello di deprivazione socio-economica, nazionalità straniera. Il governo clinico dell'accesso al PS può essere migliorato tramite l'identificazione routinaria di un subset di accessi inappropriati. Si tratta di un'operazione impegnativa sia dal punto di vista culturale sia da quello informativo, che deve portare all'identificazione di obiettivi (e quindi di criteri clinici e organizzativi) condivisi tra MMG, medici di continuità assistenziale, PS e Unità Operative Ospedaliere.

Bibliografia

Campbell J. Relation of rates of self referral to A&E departments to deprivation. Distance from department and deprivation are both important in explaining variations in rates. *BMJ*. 1998 Aug 22;317(7157):538.

Campbell JL. General practitioner appointment systems, patient satisfaction, and use of accident and emergency services--a study in one geographical area. *Fam Pract*. 1994 Dec;11(4):438-45.

Hull SA, Jones IR, Moser K. Factors influencing the attendance rate at accident and emergency departments in East London: the contributions of practice organization, population characteristics

and distance. *J Health Serv Res Policy*. 1997 Jan;2(1):6-13.

Hull S, Jones IR, Moser K, Fisher J. The use and overlap of AED and general practice services by patients registered at two inner London general practices. *Br J Gen Pract*. 1998 Sep;48(434):1575-9.

McKee CM, Gleadhill DN, Watson JD. Accident and emergency attendance rates: variation among patients from different general practices. *Br J Gen Pract*. 1990 Apr;40(333):150-3.

<http://www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/gp/GP%20Workload%20Report.pdf>

Per corrispondenza rivolgersi a:

dott. Mario Saugo

mario.saugo@ulss4.veneto.it

NOTIZIE DAL MONDO DELL'EPIDEMIOLOGIA

Online il manuale "Il controllo delle infezioni nelle strutture residenziali sociosanitarie"

Il SER ha coordinato la stesura di un manuale operativo per la prevenzione e controllo delle infezioni rivolto a medici, infermieri e personale assistenziale delle strutture residenziali per anziani, nell'ambito di un programma di ricerca finanziato dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Verona, Vicenza, Belluno e Ancona. Il manuale, strutturato in termini di guida essenziale e pratica, può rappresentare un utile strumento per l'attuazione e la diffusione di programmi di controllo delle infezioni e per la promozione della qualità dell'assistenza nelle strutture sociosanitarie della regione. Il manuale è scaricabile dal sito del SER.

NEI PROSSIMI NUMERI

Nei prossimi numeri parleremo di:

- Lo studio sulla prevalenza del diabete nella Regione Veneto;
- I casi di suicidio nella Regione Veneto;
- L'assistenza ospedaliera per tumore alla vescica;
- Interventi su tonsille ed adenoidi nel Veneto;
- Contributi di altri centri della rete epidemiologica regionale.

Per ulteriori informazioni
sull'attività del S.E.R.
www.ser-veneto.it
ser@ulssasolo.ven.it

Notiziario trimestrale del CRRC del SER Veneto

Proprietario ed Editore: ULSS 8

Direttore Responsabile: Mariano Montagnin

Direttore Editoriale: Paolo Spolaore

Coordinatori di redazione: Stefano Brocco, Ugo Fedeli

Coordinatore Comitato Scientifico: Cesare Dal Palù

Comitato Scientifico: Francesco Avossa, Luigi Bertinato, Gianstefano Blengio, Stefano Brocco, Roberto Corrocher, Cesare Dal Palù, Roberto De Marco, Ugo Fedeli, Adriano Marcolongo, Giampietro Pellizzer, Mario Saugo, Paolo Spolaore, Renzo Trivello, Massimo Valsecchi, Felice Vian

Stampa: Grafiche Antiga - Cornuda (TV)

Sede della Redazione: Centro Regionale di Riferimento per il Coordinamento del Sistema Epidemiologico Regionale CRRC-SER - Azienda ULSS 8 c/o Presidio Ospedaliero di Castelfranco Veneto - Via Ospedale 18 - 31033 Castelfranco Veneto (Tv)

Autorizzazione Tribunale di Treviso n. 39 del 08/08/2006
Iscrizione ROC collegata n. 10626 del 14/02/2002