

Ricerca Agenas

Un milione di accessi in meno al Pronto Soccorso. Ma l'inappropriatezza sfiora l'80%

■ **L'Agenzia pubblica una ricerca che indaga sugli sviluppi dell'Assistenza primaria nelle diverse Regioni e le ricadute sul fenomeno degli accessi impropri al Pronto Soccorso, che in alcune realtà sfiorano l'80% del totale. Ma che complessivamente tra il 2011 e il 2012 sono calati**

Oltre 300 milioni di euro per finanziare progetti regionali innovativi nel settore delle Cure primarie. Era questa la cifra stanziata nel Psn 2009, che assegnava proprio a questo settore il 25% dei finanziamenti complessivamente assegnati agli obiettivi prioritari. L'obiettivo era quello dell'assistenza H24 sul territorio, che avrebbe dovuto migliorare i servizi e, in particolare, ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso. Ora Agenas pubblica i risultati di una ricerca condotta proprio per monitorare l'andamento dei progetti regionali realizzati con quel finanziamento, in un Quaderno monotematico della sua rivista Monitor: Assistenza h24 e riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso. Come sottolineano nell'editoriale che introduce la rivista Giovanni Bissoni e Fulvio Moirano, rispettivamente presidente e direttore dell'Agenzia, la riduzione di accessi al PS è solo un aspetto del complessivo progetto di riordino: "il riordino dell'assistenza primaria, nello sviluppare programmi di medicina d'iniziativa per il trattamento della cronicità e della non autosufficienza e nel potenziare il rapporto fiduciario tra la persona e una rete di servizi territoriali, potrà anche apportare senza escludere possibili benefici in termini di riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso, seppure secondari rispetto agli obiettivi specifici dei programmi di assistenza primaria". L'accesso di pazienti ai Pronto Soccorso per problemi non urgenti è una costante di tutti i sistemi sanitari, essendo "attestata tra il 9% ed il 54,1% negli Usa, tra il 25,5% ed il 60% in Canada, tra il 19,6% ed il 40,9% in Europa". In Italia la variabilità di questi accessi "impropri" è significativa nelle diverse aree geografiche: se il valore medio nazionale è del

24,18%, al sud e nelle isole sale al 30,94%, al centro invece scende al 17,98%, mentre il nord registra un 23,85%. Resta il dato complessivo, elaborato sulla base dei dati trasmessi dalle Regioni al sistema informativo Emur del Ministero della salute, che nel 2012 fa registrare un milione di accessi in meno nei dipartimenti di emergenza-urgenza in Italia rispetto al 2011, passando dai 14.479.595 del 2011 ai 13.433.427 del 2012. Un dato che appare sorprendente anche in considerazione del fatto che la situazione di crisi economica spinge i cittadini a scegliere, anche in ambito sanitario, le solu-

zioni meno costose e il Pronto Soccorso ha anche questa caratteristica. La riduzione degli accessi al P.S. potrebbe allora discendere proprio dalle politiche di rafforzamento dei servizi territoriali, sostenute anche con i finanziamenti del Psn 2009, come indica il monitoraggio realizzato da Agenas. In particolare

sono stati realizzati monitoraggi molto sofisticati per quattro "casi studio", in Calabria, Emilia-Romagna, Toscana e Veneto, che hanno consentito di misurare come all'aumento dell'offerta di servizi della Medicina Generale corrisponda una riduzione di accessi "impropri" nei P.S. della stessa area.

In Calabria si è indagato il caso di Lamezia Terme, dove si è sperimentato un modello organizzativo di Assistenza Territoriale Integrata, prima H12 e poi H24, dal 2011. In Emilia-Romagna si è analizzata la situazione di Parma, con un accordo con i Mmg che ha

In Italia la variabilità degli accessi "impropri" al Pronto Soccorso nelle diverse aree geografiche è significativa. A fronte di un valore medio nazionale di 24.18% può arrivare fino all'80%

prolungato gli orari di apertura degli ambulatori di medicina Generale. In Toscana il monitoraggio ha riguardato la Ausl di Empoli, dove la Casa della salute Sant'Andrea fornisce un servizio H24, alternando medici di Medicina Generale e di Continuità Assistenziale. In Veneto infine la realtà esaminata è quella del comune di Maserà, dove opera una Equipe territoriale di assistenza primaria (Etap) che garantisce un servizio H12. L'analisi dei ricercatori Agenas mette in evidenza come tutti questi interventi abbiano prodotto risultati, riducendo gli accessi impropri ai P.S. della zona, ma che ciò avviene in modo più incisivo quando sono gli stessi medici di medicina generale a garantire la continuità del servizio ai cittadini.

"L'analisi statistica condotta sulle quattro sperimentazioni selezionate dal progetto ministeriale per valutare l'impatto di alcuni specifici modelli organizzativi delle Cure primarie sull'appropriatezza del ricorso al Pronto soccorso - scrivono i ricercatori Agenas - evidenzia risultati già indicativi anche se non ancora del tutto consolidati a causa della durata al momento limitata di tali esperienze". Comprendere limiti e punti di forza delle esperienze già realizzate è uno strumento essenziale per prendere decisioni e proprio questo è lo scopo del monitoraggio Agenas: "Questa ricerca - sottolineano Bissoni e Moirano presentandola - offre alcuni spunti di miglioramento per l'attivazione e lo sviluppo delle iniziative nell'ambito dell'assistenza primaria, utili tanto ai decision maker di diverso livello istituzionale nella programmazione e controllo quanto ai professionisti per lo svolgimento della pratica clinica".

Spesa sanitaria privata

"Non è più alta dove il pubblico funziona meno"

■ **A favorire il ricorso alle prestazioni sanitarie private sembra essere piuttosto una buona condizione economica e non il basso livello qualitativo dei sistemi sanitari pubblici regionali. È quanto emerge dai primi risultati dell'Osservatorio sui consumi privati in sanità della SDA Bocconi che sfatano un luogo comune**



La spesa delle famiglie per la sanità non è compensativa della qualità dei sistemi pubblici, come emerge dai primi risultati dell'Osservatorio sui consumi privati in sanità della SDA Bocconi presentati il 18 giugno scorso. La spesa sanitaria privata delle famiglie, la cosiddetta spesa "out of pocket" è stata nel 2011 di quasi 28 miliardi di euro, il 20% del totale della spesa sanitaria in Italia (140 miliardi di euro) e in quell'anno ha inciso per il 4% sulla spesa totale delle famiglie. Analizzando i differenziali regionali nella spesa privata pro capite, l'analisi condotta dall'Osservatorio ha evidenziato come l'entità della spesa privata sanitaria sia correlata positivamente più con il reddito pro capite che con la bassa qualità dei sistemi sanitari pubblici.

La classifica della spesa privata pro capite mostra come nelle primissime posizioni si trovino Trentino Alto Adige, con 707 euro pro capite nel 2011, il Veneto con 666 euro, il Friuli con 588 e l'Emilia-Romagna

con 564. In fondo alla classifica la Sardegna, con 350 euro pro capite di spesa privata, la Basilicata (325), la Sicilia (289) e la Campania (239). "L'idea che i differenziali tra regioni nella spesa privata siano essenzialmente il risultato dei differenziali nel funzionamento dei sistemi pubblici trova scarso riscontro nelle evidenze", spiega Mario Del Vecchio, direttore dell'Osservatorio sui consumi privati in sanità (Ocps). "I dati mostrano come le regioni del sud, che difficilmente potrebbero essere considerate come le migliori nel contesto nazionale, siano anche quelle in cui si spende meno in sanità privata".

L'analisi dell'Ocps si è poi concentrata sullo studio dei comportamenti delle famiglie italiane riguardo ai consumi sanitari privati, che ha permesso di identificare quattro diversi cluster. Il primo è quello delle famiglie che spendono poco, con una media di 68,8 euro mensili per famiglia e 15,5 euro pro

► **Segue a pagina 8**



Corte dei conti

Personale Ssn: "Cala spesa e numero occupati"

■ **La relazione 2013 sul costo del lavoro mostra una flessione sia degli occupati (-1,5%) che della spesa (-1,4%) per il Ssn. Il calo dovuto alle diverse manovre economiche e al blocco del turnover e dei contratti. Indicate anche le retribuzioni medie annue: medici 74.130 euro, altri dirigenti 65.877 e non dirigenti 30.200 euro**

Il personale del comparto sanità (717.670 unità complessive), assorbito per il 93% dal personale delle aziende sanitarie e concentrato nelle strutture con un numero di dipendenti compreso tra 1.000 e 5.000, accentua la riduzione registrata nel precedente anno (-1,5%). Lo rileva la Corte dei conti nella sua Relazione annuale sul costo del lavoro che spiega il fenomeno "in relazione alle misure di contenimento della spesa, previste dalla legge finanziaria per il 2007 (art. 1, com-

ma 565) e confermate dal Patto per la salute per il periodo 2010-2012 e dalla legge finanziaria per il 2010 (legge n. 191 del 2009), nonché all'ulteriore impegno alla riduzione della consistenza di personale in connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione ed efficientamento della rete ospedaliera". "Coerente con tali politiche - spiega ancora la Corte - si presenta la riduzione della dirigenza esterna (direttori generali e direttori sanitari, amministrativi e dei servizi socia-

li) che si contrae, nel triennio considerato, del 10,2%. Il 2011 segna una maggior riduzione, rispetto agli anni considerati, della dirigenza medica (-1,5%) e del personale non dirigente (-0,7%) che mostra una maggiore dinamicità nell'ambito del personale tecnico e amministrativo ri-

spetto al personale infermieristico, sostanzialmente stabile nel triennio. Contribuiscono, inoltre, all'equilibrio numerico del comparto anche gli effetti delle politiche di stabilizzazione avviate (oltre 2.500) che, tuttavia, non hanno evitato un significativo ricorso al personale a tempo de-

terminato (4% del complesso del personale), indice di una sofferenza nel garantire la continuità nell'erogazione dei servizi". "Il servizio sanitario nazionale - sottolinea la relazione - mostra una diminuzione di spesa dell'1,4% per un totale di spesa di 27,325 miliardi, riferibile alle voci stipendiali che assorbono più del 70% del complesso (oltre l'84% per il personale non dirigente). La variazione registrata, che si ridimensiona se depurata dalla componente arretrati percepita nel 2010 dalla dirigenza a seguito del rinnovo relativo al biennio economico 2008-2009, è in linea con la diminuzione di personale". "Significativa appare, comunque - scrive ancora la Corte nella sua relazione - la diminuzione della spesa per il personale dirigente che risente inoltre, come già ricordato, del blocco del turnover nelle Regioni in piano di rientro, delle politiche di contenimento delle assunzioni messe in atto autonomamente dalle Regioni non sottoposte ai piani di rientro e dell'applicazione delle ulteriori misure di contenimento previste per tutto il personale pubblico".

Le retribuzioni medie del Ssn (2011)

CATEGORIA	RETRIBUZIONE 2011				VARIAZIONI 2011 SU 2010		
	Voci stipendiali	Voci accessorie	Totale retribuzione	% voci stipendiali su retribuzione totale	Voci stipendiali	Voci accessorie	Totale retribuzione
Servizio sanitario nazionale⁽¹⁾							
Dirigenti medici	48.817	25.313	74.130	65,9%	-0,5%	1,4%	0,1%
Dirigenti non medici	45.726	20.151	65.877	69,4%	-0,1%	4,5%	1,3%
Personale non dirigente	25.461	4.760	30.220	84,3%	0,3%	1,2%	0,5%

⁽¹⁾ Esclusa indennità di esclusività.

► **Segue da pagina 7**

"Non è più alta dove il pubblico funziona meno"

capite. Rappresentano il 79% del campione, ma solo il 27% della spesa sanitaria privata. Il secondo cluster è quello di chi spende molto solo per le spese dentali: circa 535 euro mensili a famiglia in media, 171 pro capite. Sono il 4% del campione e valgono il 17% della spesa. Il terzo rappresenta le famiglie che spendono per malattia, il 15% del campione e il 36% della spesa complessiva, con 257

euro di spesa a famiglia e 96 pro capite. Infine, il cluster di chi spende di più, ovvero le famiglie alla ricerca del benessere, che sono il 2% ma rappresentano il 20% della spesa. La loro spesa ammonta in media a 1.071 euro mensili a famiglia, 396 pro capite.

La regione di appartenenza influisce su chi spende dal dentista e tra coloro che spendono per il benessere. Le famiglie appartenenti al cluster che spende dal dentista, infatti, risiedono per quasi il 50% in sole 4 regioni (Piemonte, Veneto, Lombardia, Trentino), mentre il 30% delle famiglie del cluster alla ricerca benessere vive in

Lombardia, Veneto e Piemonte. Attenzione però, se è vero che a livello macro le spese private appaiono correlate al reddito, nel dettaglio delle famiglie chi spende molto per il dentista o per il proprio benessere non è per forza ricco: il 40% del cluster 2 è formato da coppie con 1 o 2 figli, mentre il 36% del cluster 4 è rappresentato da persone sopra i 65 anni e il 34% da famiglie con

bambini. "In genere si pensa che le spese private legate al benessere siano solo voluttuarie", aggiunge Del Vecchio. "In questo cluster, invece, rientrano molte persone con patologie importanti che spendono, affiancando la spesa pubblica, per migliorare la propria qualità di vita".

Altro aspetto sul quale ha fatto luce l'indagine è quanto siano diversificati i parametri di scel-

ta delle strutture in base alla tipologia di prestazioni. I tempi di attesa, ad esempio, sono ritenuti importanti per le visite dermatologiche o pediatriche, ma non per la visita oculistica. La prossimità, poi, è rilevante per le analisi di laboratorio o per la fisioterapia, ma non per la diagnostica per immagini. La convenienza del prezzo, invece, conta solo per alcune categorie di servizi, come la parafarmacia, l'ottica o per i servizi socio-sanitari, mentre appare in genere più rilevante (sia come media, sia come numero di prestazioni per cui è considerata rilevante) la trasparenza nel prezzo.

La classifica della spesa privata pro capite mostra come nelle primissime posizioni si trovino Trentino Alto Adige, Veneto, Friuli ed Emilia Romagna