

## Fattori che possono influenzare l'assistenza ambulatoriale: l'esempio del Regno Unito

Busby J, Purdy S, Hollingworth W

*How do population, general practice and hospital factors influence ambulatory care sensitive admissions: a cross sectional study*

BMC Family Practice 2017; 18: 67

### INTRODUZIONE

Nel Regno Unito i ricoveri non programmati influenzano enormemente l'assorbimento delle risorse sanitarie, con una spesa di oltre 12 miliardi di sterline l'anno. Negli ultimi 15 anni si è verificato un aumento di questo fenomeno del 47% e molti sostengono che se questo trend dovesse confermarsi si arriverebbe ad un collasso dello stesso sistema sanitario inglese. La riduzione dei ricoveri non programmati è un imperativo cruciale, ma al tempo stesso molto arduo poiché è strettamente legato al percorso fatto dal paziente nel momento in cui viene ricoverato. Un modo per ridurre questo fenomeno è rappresentato dal potenziamento dell'assistenza primaria così da prevenire ricoveri non programmati (*Ambulatory Care Sensitive Conditions* – ACSCs): una variabilità geografica elevata nei tassi di ospedalizzazione suggerisce che le riduzioni sono possibili, restano tuttavia da definirne le

appropriate modalità di attuazione. L'obiettivo della ricerca di Busby e dei suoi collaboratori è stato quello di esaminare le possibili relazioni esistenti fra ricoveri non programmati, la medicina generale e le caratteristiche degli ospedali.

### METODI

Il data set consultato (Hospital Episode Statistics - HES) identifica, nel periodo aprile 2011-marzo 2012, i ricoveri per le 28 ACSCs più comuni (quelle con un numero di ospedalizzazioni annue superiore a 3000). I pazienti sono stati aggregati in base alle associazioni di medici di base cui appartengono (escludendo quelle associazioni con un bacino di utenza inferiore ai 1000 soggetti) e i medici localizzati in base al presidio ospedaliero sul territorio sul quale insiste la popolazione. Per valutare i tassi di ospedalizzazione, vengono considerate le seguenti variabili: per i pazienti, indice di deprivazione; per i medici, accesso, continuità e qualità dell'assistenza e prossimità ad un servizio di emergenza; per i presidi ospedalieri, numero di posti letto e percentuale di casi die. È stato utilizzato un modello di regressione multivariata che ha tenuto in considerazione l'aggiustamento della popolazione per età e sesso e le possibili disegualianze determinate dalla presenza di patologie croniche.

### RISULTATI

Nel periodo in esame sono stati presi in considerazione quasi due milioni di ricoveri imputabili a ACSCs. Il campione presenta pazienti con un'età media di 56 anni, che vivono in aree ad alta deprivazione; il 58% di essi ha almeno una comorbilità e il 75% è ricoverato tramite il pronto soccorso.

A livello di intero campione, i pazienti con alto indice di deprivazione hanno il 16% di probabilità in più di essere ricoverati rispetto agli altri; quelli che vivono in zone in cui la continuità dell'assistenza è scarsa mostrano un 9% in più. Le associazioni di medici che insistono in un territorio con ospedali con un consistente numero di letti presentano un maggior tasso di ospedalizzazione per i loro pazienti. A livello di ACSCs, i pazienti con patologie alcol-correlate hanno tassi di ospedalizzazione di quasi un terzo più elevati fra coloro che vivono in zone ad alta deprivazione, mentre differenze più esigue sono



state rilevate per ipertensione e emicranie. La continuità assistenziale è risultata associata a minori tassi di ospedalizzazione per patologie come l'ipertensione e l'anemia dovuta a carenza di ferro; la vicinanza ad un pronto soccorso è invece riconducibile ad alti tassi di ospedalizzazione per malattie mentali, patologie alcol-correlate e per quelle condizioni in cui il paziente è ricoverato per meno di un giorno (asma). I territori nei quali insistono presidi ospedalieri con un maggior numero di letti sono quelli in cui i tassi di ospedalizzazione sono elevati, anche se con una durata della degenza molto contenuta (patologie alcol-correlate, disidratazione e gastroenteriti). I presidi con un alto tasso di casi al giorno presentano invece alti tassi di ospedalizzazione per tutte le ACSCs. Infine i ricoveri non programmati per alcune condizioni (frattura del femore e infarto) sono poco correlati alle variabili prese in esame.

## DISCUSSIONE

Al fine di ridurre i tassi di ospedalizzazione (soprattutto quelli con una bassa durata della degenza) sono necessari interventi mirati e che tengano in considerazione le problematiche legate al territorio. Migliorare la continuità con il territorio è una via percorribile ma deve essere accompagnata dalla consapevolezza del paziente che esiste un percorso appropriato che va necessariamente seguito.

Alcune delle caratteristiche investigate non sono modificabili nell'immediato (indice di deprivazione) o non sono controllabili dai medici (numero di posti letto, prossimità ad un pronto soccorso). Inoltre, in fase di programmazione della politica sanitaria, opportune distinzioni dovrebbero essere fatte a seconda delle diverse condizioni che si devono affrontare. Infine, un'ultima considerazione di carattere economico: se le associazioni rilevate dallo studio fossero casuali, circa 100.00 ricoveri avrebbero potuto essere evitati. Assumendo un costo medio per i ricoveri dovuti a ACSCs pari a 1739 sterline, si sarebbe conseguito un potenziale risparmio di 170 milioni: in un'era di risorse limitate, questo è un fattore che non può essere sottovalutato.

**Letizia Orzella**

*Agenas, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

## Siria: quale assistenza sanitaria durante gli attacchi degli anni 2015 e 2016?

*Elamein M, Bower H, Valderrama C et al*

*Attacks against health care in Syria, 2015-16: results from a real-time reporting tool*

*Lancet 2017; 390: 2278-2286*

## INTRODUZIONE

Raccogliere dati attendibili sugli attacchi alle strutture sanitarie, agli operatori e ai pazienti nelle zone di guerra, in cui l'accesso ad osservatori indipendenti è ristretto, nonché raccontare il tipo di attacco e le sue conseguenze, è una sfida enorme.

Sebbene il sistema di *reporting* relativo agli attacchi sia migliorato (tramite stampa, immagini satellitari, droni), è ancora lunga la strada per raggiungere un sistema standardizzato (approccio sistematico) di rilevazione di tali attacchi e degli esiti sulle strutture, sugli operatori e sui pazienti.

È ormai largamente riconosciuta la necessità di raccogliere dati robusti in grado di verificare gli attacchi ai servizi sanitari e la quantificazione dei loro effetti.

Nel 2012 la World Health Assembly ha assegnato all'OMS il compito di sviluppare un metodo per agevolare la raccolta di tali dati. Una metodologia è stata posta in essere nel 2015 e i primi studi pilota sono stati condotti a Gaziantep, in Turchia, città molto vicina al confine con la Siria. Al tempo stesso è stato creato un centro per il monitoraggio degli attacchi contro i servizi sanitari (Monitoring Violence against Health Care, MVH) in grado di inserire i dati su supporto elettronico e di verificare tramite un sistema di *reporting* in tempo reale il tipo di attacco. Questo sistema rende possibile la ricezione delle segnalazioni di attacco direttamente da un network di operatori e, tramite un sistema di verifiche incrociate, permette di individuare il singolo attacco e di valutarne la portata.

L'articolo descrive l'uso di questo strumento con dati primari relativi ad attacchi a strutture, ambulanze, operatori sanitari e pazienti in numerose regioni della Siria, nel periodo novembre 2015-dicembre 2016.