Per ridurre i ricoveri bisogna migliorare la continuità delle cure

Data 24 marzo 2013
Categoria scienze_varie

I ricoveri diminuiscono se i pazienti si rivolgono continuativamente allo stesso medico.

Contesto

In Inghilterra i ricoveri ospedalieri sia di emergenza che di elezione sono in aumento. Alcuni ricoveri elettivi sono potenzialmente evitabili.

Obiettivo

Individuare le caratteristiche delle General Practices (medicine di gruppo inglesi n.d.t) e le caratteristiche dei pazienti associati con ricoveri di elezione.

Metodi

E' stato condotto uno studio trasversale nel Leicestershire (Inghilterra) utilizzando i dati di ammissione ospedaliera (2006-07 e 2007-08). Le caratteristiche delle Practices (numero di pazienti in carico, distanza dall'ospedale principale, "quality and outcomes framework score *" e "general practitioner (GP) patient access survey data**") e le caratteristiche dei pazienti (età, etnia, sesso, condizioni sociali) sono stati utilizzati come predittori di ricoveri ospedalieri elettivi in un modello negativo di regressione binomiale.

Risultati

Practices con una maggiore percentuale di pazienti di età maggiore o uguale di 65 anni e di etnia bianca avevano un'incidenza maggiore di ricoveri ospedalieri elettivi. Practices con i pazienti di sesso maschile e con più pazienti che hanno riferito di essere in grado di consultare un medico particolare avevano meno ricoveri ospedalieri elettivi. Per i due anni considerati le Practices di maggior dimensioni (con ampie liste di pazienti iscritti) avevano un maggior tasso di ricoveri ospedalieri.

Conclusioni. Come per i ricoveri non programmati anche i ricoveri di elezione diminuiscono in presenza di maggiori possibilità per i pazienti di accedere continuativamente allo stesso medico della Practice. Interventi per migliorare questo aspetto della continuità assistenziale devono essere esaminati.

Fonte

http://jpubhealth.oxfordjournals.org/content/34/4/584.abstract

*Quality and Outcomes Framework (QOF) è un programma su base volontaria che prevede incentivi per tutte le GP Surgeries che raggiungono determinati risultati di gestione delle risorse. Premia la "buona pratica" e non risultati di esito clinico.

http://www.qof.ic.nhs.uk/

**GP patient access survey è una indagine su base nazionale (raccolti circa 5 milioni di questionari compilati dai pazienti) che valuta varie caratteristiche delle practices (politica di accesso, tempi di attesa, servizi disponibili, accoglienza,etc.)

Commento di Marco Grassi

Questa ricerca dell'Università di Leicester stima che il modesto aumento dell'1% in continuità delle cure potrebbe comportare un risparmio annuale di € 20.000 per practice e sollecita i tecnici del Ministero per la progettazione di servizi sanitari a tener conto per proteggere la continuità delle cure.
Studi precedenti avevano dimostrato una riduzione di ricoveri di emergenza, ma questa nuova analisi mostra anche che un piccolissimo aumento percentuale di pazienti in grado di vedere un particolare medico della practice potrebbe tagliare fino a otto ricoveri elettivi per anno.
La ricerca - pubblicata il mese scorso nel Journal of Public Health ha innescato commenti e valutazioni sullo stato delle riforme del NHS inglese.
Questi risultati, infatti, sollevano interrogativi sulle riforme del NHS (già iniziate dal precedente governo laburista e proseguite dall'attuale governo conservatore) che spingono nella direzione di migliorare l'accessibilità ai servizi di assistenza primaria ma senza alcun obbligo di garantire la continuità delle cure.

Il professor Richard Baker, professore di "Qualità dei Servizi Sanitari" presso l'Università di Leicester e profondo conoscitore della MG britannica è stato categorico : " Il peso dell'evidenza è sufficiente a giustificare l'annullamento di iniziative che possano ridurre la possibilità per i pazienti di essere seguiti dallo stesso medico ed è necessario rivalutare quegli interventi in grado di potenziare la continuità delle cure".
Se è comprensibile l'opinione del prof. Baker, essendo parte in causa come coordinatore dello studio, analoghe considerazioni provengono da altri ambienti. In particolare, il professor Martin Roland, professore di "Ricerca sui Servizi Sanitari" presso l'Università di Cambridge ed esso stesso GP ha detto che la ricerca è parte di un corpo di conoscenze che è stato ignorato dal Ministero della Salute : “Questo Governo non capisce l'importanza della continuità delle cure. Loro e l'ultimo governo hanno avuto una forte attenzione al miglioramento dell'accesso, a scapito della continuità delle cure. Ma entrambi devono essere valutati allo stesso modo. "
Il dibattito inglese potrebbe essere tranquillamente riportato pari pari anche in Italia, con la non trascurabile differenza che ancora, ma non si sa per quanto, la continuità delle cure offerte dal MMG ai pazienti è il caposaldo su cui si basa la Medicina Generale italiana che fornisce contemporaneamente estrema facilitazione di accesso ai pazienti (si pensi alla disseminazione sul territorio degli ambulatori del MMG) e continuità di cure primarie fornite dallo stesso medico scelto fiduciariamente dal paziente (anche nelle Medicine di Gruppo). Alla luce di questi risultati, ma anche di tutto un corpo di conoscenze prodotte in Italia, non resta che far proprie, anche per il contesto italiano, le parole del professor Baker: “Il peso dell'evidenza è sufficiente a giustificare l'annullamento di iniziative che possano ridurre la possibilità per i pazienti di essere seguiti dallo stesso medico”.