IL LAVORO DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE PUÒ ESSERE AFFIDATO AL SERVIZIO 118?

Domenico Montemurro, Responsabile Nazionale Settore Anaao Giovani
Chiara Rivetti, Segreteria Regionale Anaao Assomed Piemonte

La figura del medico di guardia medica, primo lavoro ad inizio carriera per tanti e lavoro di una vita per altrettanti, potrebbe diventare un malinconico ricordo di tempi passati, come il termometro a mercurio.
L'atto di indirizzo per la medicina convenzionata, approvato dal comitato di settore Regioni-Sanità nell'aprile scorso, prevede infatti la possibilità, sia pure come modello non unico, dell'apertura degli studi dei medici di medicina generale per 16 ore al giorno, con la creazione del ruolo unico di medico di cure primarie e la scomparsa dei medici di continuità assistenziale (C.A.- l'ex guardia medica). Dalle 24 alle 8 dei feriali e dalle 20 alle 8 dei festivi, l'assistenza verrebbe affidata al 118.
E' quindi così inutile la guardia medica e così sotto-occupato il 118 da poter improvvisamente sopprimere il primo e delegarne l'attività al secondo?
Analizziamo nel dettaglio gli aspetti più rilevanti dei due sistemi.

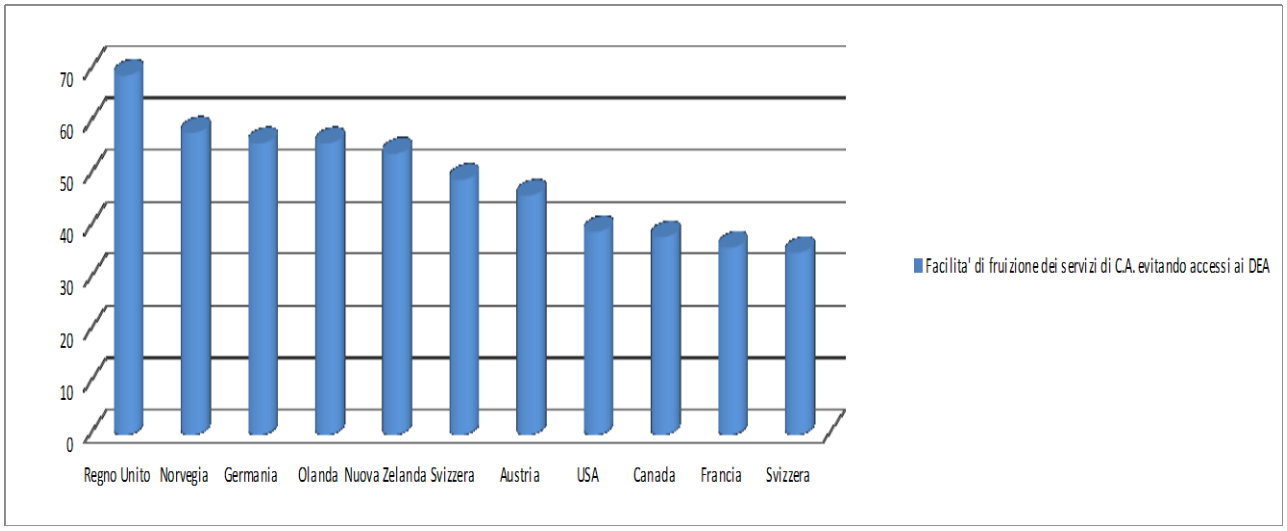
La continuità assistenziale in Europa
Il servizio di C.A. è diffuso, con nomi e modelli organizzativi diversi, in tutta Europa. Si possono individuare ben nove differenti tipi di offerta di cure primarie territoriali negli orari di chiusura degli studi dei medici di famiglia, che vanno dalle associazioni di MMG, ai servizi affidati ai privati, alla valutazione nei DEA ospedalieri (tab.1) **(1).** In nessun paese europeo la gestione dei pazienti con problemi sanitari minori è affidata al servizio di emergenza-urgenza territoriale.

Modello organizzativo	Definizione	Esempio
Modelli di dimensioni contenute		
Gestione del MMG	Ogni MMG si occupa dei propri pazienti 24 ore al giorno, 7/7 giorni.	Aree rurali dell' Austria
Associazioni di MMG	Medici attivi nella stessa regione si alternano nell'attività di C.A. per i pazienti di tutta l' associazione (fino a 15)	Comuni in Norvegia
Modelli di grandi dimensioni		
Cooperative di medici per le cure primarie	Organizzazione di MMG che a turno sono di guardia per tutti i pazienti. Si tratta di organizzazioni di grandi dimensioni che sono supportate da infermieri.	Olanda
Punti di primo soccorso	Centri in cui i pazienti posso recarsi senza appuntamento per ferite o patologie minori. Tali centri operano sotto la supervisione di un medico per le cure primarie.	Slovenia
Servizi in concessione	Agenzie private che forniscono medici in sostituzione del MMG.	Regno Unito
Centri per le patologie minori	Centri in cui i pazienti possono recarsi senza appuntamento per ferite o patologie minori, gestiti da personale infermieristico formato	Irlanda
Modello ospedaliero		
Triage telefonico	I pazienti contattano telefonicamente un professionista sanitario che consiglia il setting di cura più idoneo	Portogallo
Dipartimento di emergenza	Gestione dei pazienti affidata al dipartimento di emergenza ospedaliera	Belgio

Modello organizzativo	Definizione	Esempio
Assistenza primaria fornita in ospedale	Assistenza primaria fornita in ospedale, come la gestione dei codici bianchi da parte del MMG nei DEA italiani	Alcuni esempi in Italia

Sembrano particolarmente efficienti i modelli in cui il passaggio di informazioni sanitarie tra ospedale e territorio è agevolato per esempio dall' utilizzo dei servizi in rete, come nel Regno Unito ed in Svezia **(2).**

Da un sondaggio del 2012 condotto in tutta Europa (Italia esclusa) si evidenzia come soprattutto nel Regno Unito ed in Norvegia i servizi di continuità assistenziale siano percepiti dalla popolazione come facilmente accessibili, tali da evitare accessi impropri in Dea **(3) (graf.1).**



I numeri della continuità assistenziale italiana

Dai dati ministeriali del 2014 risulta che in Italia sono impiegati nel servizio di C.A. 11.921 medici titolari, distribuiti in 2881 postazioni. I medici di C.A. lavorano in media 19.522.835 ore all'anno, per un costo complessivo di circa mezzo miliardo. Ogni postazione di guardia medica fornisce una prestazione ogni due ore ovvero 5,5 prestazioni per turno **(4),** di cui il 60% sono visite ambulatoriali mentre le visite domiciliari sono più rare **(5).**

La distribuzione dei vari tipi di prestazione è stata rilevata in uno studio del 2009 dell'ex ASL di Senigallia, secondo il quale le visite ambulatoriali costituirebbero il 52,8% del totale, le domiciliari il 31,2% e le consulenze telefoniche il 16% **(6).**

In un anno in Italia si calcolano un totale annuo di 5.368.779 visite ambulatoriali, per un costo stimato di oltre 260 milioni di euro.

Carico di lavoro fascia oraria 24-8

Per il comitato di settore Regione-Sanità i medici formati per gestire le emergenze territoriali dovrebbero dunque farsi carico dalle ore 24 alle 8 di prestazioni non urgenti, ambulatoriali, domiciliari e telefoniche. Dai dati disponibili non è possibile riferire il volume di attività del medico di C.A in questa fascia oraria. Ne è tuttavia ipotizzabile una stima verosimile, valutando la percentuale di accesso dei codici bianchi in PS nella fascia oraria 24-8 e considerando il dato applicabile anche alle prestazioni non urgenti territoriali.

La percentuale di accesso dei codici bianchi in PS è estremamente variabile tra i diversi presidi, indipendentemente dalla fascia oraria, arrivando a punte massime del 50%, in un intervallo medio che va dal 12% al 30%. **(7)**

Esperienze significative, ancorché locali, indicano che nella fascia oraria 20-24 vengono valutati in PS circa il 12% dei codici bianchi totali e tra le 24 e le 8 il 4% **(8-9).** Mantenendo le medesime proporzioni, se ne deduce che il 118 dovrebbe farsi carico nella fascia oraria 24-8 del 25% delle prestazioni notturne della

guardia medica, ovvero di circa 1.700.000 prestazioni, che aumentano ad oltre 3 milioni totali se consideriamo che l'inizio di attività del 118 è previsto alle ore 20 nei festivi.
Il 118 è sufficientemente impegnato nelle ore notturne da non poter gestire,in un contesto isorisorse, questo ulteriore carico di lavoro: la sua attività 20-8 è compresa, a seconda delle postazioni, tra il 30% ed il 50% del totale. La differenza tra le varie sedi è rilevante perché il sistema d' emergenza territoriale risponde con un offerta sostanzialmente omogenea e statica ad una domanda estremamente variabile. Pur essendoci postazioni in sedi rurali con indice di attività, soprattutto notturno, basso, va ricordato che il 118 è servizio sostanzialmente di attesa: l'indice di utilizzo della capacità produttiva di un mezzo affinché non venga compromessa la capacità di risposta deve essere compreso tra il 16% ed il 17%. Nelle aree urbane questo indice supera il 35%, aumentando il rischio di non garantire risposte adeguate **(10).**
Va poi considerato che l'organizzazione del lavoro dei medici del 118 è estremamente variabile sul territorio nazionale: in alcune regioni i sanitari lavorano in turno attivo in PS, lasciando la postazione in DEA ad ogni chiamata dal territorio (Emilia Romagna), si occupano dei trasporti secondari urgenti tra ospedali (Piemonte), stanno già adesso coprendo l'attività di continuità assistenziale nelle aree geograficamente più remote. Difficile assegnare nuovi compiti se non togliendone altri.

Il 118 in Italia e in Europa

Il servizio di soccorso 118 riveste una particolare importanza per le sue caratteristiche di universalità e tempestività di intervento, nonchè per il suo impatto mediatico, che può influenzare il giudizio sul sistema sanitario tutto.
Il servizio di emergenza-urgenza territoriale è oramai diffuso capillarmente in Europa, in tutti i paesi è fornito o almeno coordinato e supervisionato dal governo locale, regionale o nazionale. Il tipo di organizzazione si distingue in modello anglo-americano, dove l'emergenza è gestita da paramedici formati, e franco-tedesco, dove invece sui mezzi di soccorso è presente il medico.
Ovunque nell' attività di soccorso territoriale il tempo di intervento è criterio di qualità del servizio, più che fattore di efficienza, e il risultato non è un output codificabile alla stregua dei DRG perché, per esempio, il tasso di sopravvivenza di pazienti colpiti da arresto cardiaco diminuisce del 10% per ogni minuto trascorso senza un trattamento **(11)**.
In Italia i tempi di intervento previsti per legge per un codice giallo o rosso sono 8 minuti in area urbana, 20 minuti in area extraurbana, ma la percentuale di risposte entro 8 minuti è solo del 60%, contro il 78.3% del Regno Unito, l'85,3% della Danimarca e ben l'88% degli USA **(12).**
Difficilmente si otterrà un miglioramento dei tempi di risposta sui codici ad alta gravità affidando al 118 anche i compiti del medico di C.A.in una determinata fascia oraria.

La capacità produttiva del 118

Il numero annuo di chiamate per MSA (Mezzo di Soccorso Avanzato), calcolato sul tendenziale degli ultimi 5 anni, è compreso tra 700 e 1.200 interventi diurni e 500-700 notturni (**5)**. In letteratura è descritto come su base annuale sia prevista una chiamata ogni 30 abitanti. **(12)**
I volumi di attività aumentano poi nei grandi centri urbani, dove si contano oltre 3900 chiamate/anno per mezzo, di cui il 48,6% nella fascia notturna 20-8 **(13)**.

I costi del 118

I dati a riguardo sono parziali, frammentari e per lo più datati.
Il servizio di emergenza urgenza territoriale 118 incide per non oltre il 1,5% **(14)** sulle risorse destinate alla sanità pubblica, con fortissime variabilità regionali legate al tipo di gestione ed organizzazione.
Vi sono infatti Regioni in cui il sistema di soccorso è gestito su base provinciale, mentre in altre (Lazio e Lombardia) è affidato ad Aziende regionali; allo stesso modo in alcune realtà c'è un'elevata presenza di Associazioni, Enti e Cooperative del soccorso, mentre in altre si utilizza per lo più personale dipendente.

La FIASO (Federazione ASL e Ospedali) insieme all'università di Trento ha calcolato la spesa ottimale per i servizi di soccorso ed emergenza-urgenza basandosi sui dati del 118 di quattro regioni: Lazio, Lombardia, Basilicata ed Emilia-Romagna, per un totale di oltre 20 milioni di potenziali utenti **(14).**
Dal lavoro è stato calcolato che il costo standard orario di un medico del 118 è di 72,9 euro ed il costo per la copertura h 24 del servizio di 638.785 euro. Tali valori portano ad individuare per un MSA H24 con equipaggio di medico infermiere e autista una spesa standard annua pari a 1.257.000 euro.
Il confronto tra il costo standard del personale calcolato dalla FIASO e quello di un sistema regionale a campione, unico raffronto possibile data l' incompletezza dei dati disponibili, appare significativo: i costi riferiti al 2009 in Piemonte per MSA H24/anno risultano di 1.169.000 euro, dunque inferiori rispetto allo standard,ed il costo del personale medico per postazione H24 è di 580.000/anno, anche questo minore di quanto calcolato dalla FIASO **(13)**.
Dallo studio emerge inoltre che il costo del personale rappresenta la componente largamente più onerosa, oscillando tra il 75 e l'89% del totale. Il blocco del *turn over*, aumentando l'anzianità media di servizio e obbligando a ricorrere a straordinari e turni aggiuntivi, fa poi aumentare sensibilmente i costi dovuti a stipendi e indennità. L'utilizzo di personale non dipendente e l'impiego di specializzandi fanno ulteriormente lievitare la spesa. Molti medici lavorano infatti ancora in regime di convenzione, non essendo avvenuto per tutti il passaggio alla dipendenza, per un totale di medici occupati nel sistema 118 di oltre 15.000.

Conclusioni

I dati economici e di attività ci descrivono l'emergenza-urgenza territoriale 118 come un sistema dai costi contenuti, adeguatamente utilizzato e da potenziare in certe realtà. Comunque tale da non potere sostenere l'affidamento di ulteriori incarichi senza un parallelo potenziamento.
Sicuramente sarebbe indispensabile una maggiore omogeneità di organizzazione sul territorio nazionale, l'assunzione di personale sanitario con il passaggio alla dirigenza dei medici del 118, l'utilizzo di centrali d'acquisto per ridurre i costi delle forniture.
Non pare pertanto realistica la proposta di affidare l'assistenza notturna territoriale al servizio di emergenza - urgenza senza prevedere di investire risorse economiche nell'assumere altri medici, sia nel 118 che nel pronto soccorso, considerato il trasferimento di carichi di lavoro da un sistema all'altro. Rischiando peraltro di affastellare servizi e professionisti in assenza di una analisi puntuale delle evidenze e dei bisogni espressi nella fascia 24- 8.
E' invece indispensabile una reale integrazione tra Centrale Operativa 118 e Continuità assistenziale, servizi tra loro complementari e multidisciplinari, partendo dai servizi in rete, dai supporti tecnologici e dai collegamenti telefonici, riducendo per esempio ad uno i ben 2340 numeri di telefono della Guardia Medica Italiana.
Ricordiamo infine che la scelta di dove allocare o dove tagliare le risorse economiche, deve essere guidata dalla valutazione di efficacia dei sistemi, dall'equità di accesso, dalla qualità delle cure fornite: per fare questo sono indispensabili programmi di valutazione e monitoraggio che ad oggi nell'ambito dei sistemi di emergenza-urgenza 118 o della continuità assistenziale sembrano mancare totalmente.

Bibliografia

1 Out-of-hours care in western countries: assessment of different organizational models BMC 2009 9:105 Linda Huibers, Paul Giesen,Michel Wensing,Richard Grol
2 GPs and access to out-of-hours services in six European countries (Germany, Spain, France, Italy, the United Kingdom and Sweden)
Laurence Hartmann, Philippe Ulmann, Lise Rochaix
3 The Commonwealth Fund. 2013 International Health Policy Survey *in Eleven Countries. Robin Osborn and Cathy Schoen.*
4 Ministero della salute 2014 –" Attività gestionali ed economiche delle ASL e delle aziende ospedalieri "- anno 2011
5 Agenas- Monitor 27
6 La riorganizzazione della continuità assistenziale in Italia e nelle Marche-Franco Pesaresi- 2014

7 *Valutazione dell'impatto prodotto nelle Regioni monitorate per la riduzione degli accessi impropri in Pronto soccorso. Gianluca Fiorentini, Matteo Lippi Bruni, Irene Mammi e Cristina Ugolini. Dipartimento di Scienze Economiche e Scuola Superiore di Politiche per la Salute. Università di Bologna.*
8 *Ricerca sull'accesso di codici verdi e bianchi non stp nei pronto soccorso di cinque aziende ospedaliere della provincia di Bergamo. Quaderno del Dipartimento di Economia Aziendale N° 8/2009*
9 *Cure primarie, attività di PS e d esperienza dei codici bianchi . AO Desio e Vimercate. Dr . Bosio*
10 *Il sistema d'emergenza territoriale 118 piemontese nella crisi: una risorsa straordinaria talvolta sottoutilizzata – S.Agostini, C.Rivetti. MEPSA-CORIPE. Università degli Studi di Torino.*
11 *European Resuscitation Council- BLS*
12 *Ministero della salute. Progetto mattoni SSN. Pronto soccorso e sistema 118*
13 *Dipartimento Interaziendale Emergenza Sanitaria Territoriale 118: Riorganizzazione dell' Emergenza Sanitaria Territoriale 118 sul territorio della Regione Piemonte; Revisione del 23/02/2011*
14 *Quaderni FIASO. Analisi comparata dei costi del soccorso sanitario con autoveicoli Studio pilota su quattro regioni italiane per la definizione dei costi standard dei servizi di soccorso 01.2015*