

Sanità

Anno XV - n. 40
Poste Italiane Sped. in A.P.
D.L. 353/2003 conv. L. 46/2004,
art. 1, c. 1, DCB Roma

Settimanale
30 ott.-5 nov. 2012
www.24oresanita.com

Anteprima dell'analisi Simg sul peso della complessità dell'assistenza per valutare l'appropriatezza

Quanto spendono i medici di base

Spese indotte per farmaci, visite ed esami - In Basilicata, Sardegna e Calabria i costi più alti

Costi più alti in Basilicata e Calabria per farmaci, specialistica e diagnostica che il generalista prescrive ai suoi pazienti: circa 850 euro pro capite. In Toscana invece c'è la spesa più bassa: 248 euro a paziente. Ma se accanto ai tradizionali parametri di età e sesso si considerano anche gli effetti della complessità delle cure (le patologie croniche di ogni singolo paziente, a esempio) i costi della Toscana scendono ancora a 232 euro per paziente, mentre quelli di Basilicata e Calabria salgono a circa

866 euro l'anno. A misurare i veri costi della medicina generale è l'indice di case mix (multimorbilità) messo a punto dalla Simg, Società italiana di medicina generale, utilizzando Health Search-Csd Lpd, il database della medicina generale italiana.

Analizzati anche i carichi di lavoro: si va sempre di più dal Mmg per diabete, carcinomi solidi senza metastasi e demenza, mentre si sono ridotti i contatti

per artrite reumatoide, epatopatie croniche e osteoartrite.

Agenas: gestione integrata per i cronici

A PAG. 4-5

A PAG. 2-3



I REPORT DI ECONOMIST E CEIS TOR VERGATA

La sostenibilità che ci attende

Il futuro dei sistemi sanitari: scenari e prospettive in Europa e in Italia

Secondo l' Economist intelligence unit saranno sette i trend che determineranno il futuro dei Servizi sanitari in Europa. Su questi trend l' Economist ha costruito cinque scenari limite possibili a livello europeo e il Ceis-Tor Vergata ha cercato di capire quale sarà il posizionamento del nostro Paese sviluppando, sulla base delle specifiche caratteristiche del Sistema sanitario nazionale, due ulteriori scenari, immaginandone anche l'evoluzione a medio termine.

Entrambi gli studi sono raccolti nella prima pubblicazione - altre ne seguiranno a partire dal nuovo anno - su «Scenari e prospettive» realizzata in collaborazione tra Ceis-Tor Vergata, Il Sole-24 Ore Sanità e Janssen Italia. Obiettivo è trovare un consenso su come "mettere in sicurezza" il nostro Ssn che rimane valido per ciò che offre e la visione nell'ambito della quale è stato ideato.

IN ALLEGATO

RIFORMA BALDUZZI

Decreto a colpi di fiducia

Voto sprint al Senato - Le modifiche nell'omnibus di Fazio

Dopo la Camera, anche al Senato il decreto Balduzzi è destinato alla fiducia in previsione già martedì, con dieci giorni di anticipo sulla chiusura prevista. Una mossa che non è piaciuta ai senatori della commissione

Igiene e Sanità, pronti a fare alcune modifiche. Che ora - è la promessa - troveranno nel Ddl omnibus di Fazio a cui potrebbe essere assegnata la sede deliberante.

A PAG. 8

Quelle nomine senza merito

Il modello del decreto sulle nomine dei primari torna ai criteri precedenti l'aziendalizzazione: è una grave limitazione non far scegliere i Dg e limitare i posti ai dipendenti.

LONGO PAG. 6

Se l'azienda fa spending review

Spending review, esiti e decreto Balduzzi: la razionalizzazione parte dall'azienda sanitaria e a Bassano del Grappa in quattro anni si è raggiunto il pareggio di bilancio.

BORGONOV/ALBERTI PAG. 6

IN VETRINA

Ddl di stabilità 2013: coro di no sui tagli al sociale e al sanitario

La commissione Affari sociali della Camera bocchia i tagli previsti al settore sanitario e sociale del Ddl di stabilità e vota un emendamento che cancella la riduzione di 600 milioni nel 2013. Perplesità anche dal Servizio Bilancio e dalla Corte dei conti. (Servizio a pag. 8)

▼ **Stato-Regioni: i criteri per le farmacie dei servizi**
Parere favorevole sul Dm che fissa quattro criteri in base ai quali subordinare l'adesione delle farmacie pubbliche ai nuovi servizi. (Servizio a pag. 10)

▼ **Trial clinici: Linee guida Ue per la comunicazione**
Pubblicate le Linee guida Ue per la comunicazione al pubblico dei risultati delle sperimentazioni cliniche. Il calendario per l'affissione nel registro «EudraC». (Servizio a pag. 13)

▼ **Fisco: niente Iva ai massofisioterapisti laureati**
Secondo l'Agenzia delle Entrate le prestazioni dei professionisti con titolo considerato equivalente precedenti al 1999 sono esenti dall'Iva. (Servizio a pag. 25)

▼ **R&S: le ricette per potenziare l'appeal nazionale**
Scarsa fiducia e scarsa trasparenza minano il rapporto aziende-istituzioni: dall'evento Quintiles - Il Sole 24 Ore le ricette per regalare attrattività al Paese. (Servizio a pag. 22)

Il migrante ingombrante

L'assistenza agli immigrati rischia l'impasse. Tra scelte regionali difformi e discriminatorie e la tentazione di farsi contagiare dalle scelte di Grecia e Spagna, riducendo il perimetro del Ssn. Il punto al Congresso Simm.

A PAG. 16-17

Il sesso della salute

La salute è sessuata. Non è uno slogan femminista ma un'evidenza, dimostrata da uno studio del Capp dell'Università di Modena e Reggio Emilia. Sintetizzabile così: è ipocrisia tenere separato l'ambito della salute dal lavoro e dai servizi. Tutti gli indicatori confermano che sul «ben essere» delle donne gravano il carico di lavoro non pagato domestico e di cura e il costo sociale della carenza di servizi preventivi e distrettuali.

La disuguaglianza di genere è direttamente correlata al maggior numero di anni che le donne vivono in cattiva salute rispetto agli uomini e ai tassi quasi doppi di disabilità. Per le italiane è

maggiore l'effetto negativo dell'età sulla salute, come quello delle malattie croniche. Le più penalizzate dal punto di vista fisico e psicologico sono quelle con figli tra i 29 e i 44 anni, stremate dal doppio ruolo (sul mercato e in casa).

Per sanare questo vulnus servirebbero politiche mirate contro gli squilibri nella distribuzione del lavoro non pagato e nell'uso del tempo. Invece si continua a tacere la verità: il Paese si regge sul grande ammortizzatore sociale del lavoro gratuito delle donne, pagato in termini di salute. (M.Per.)

A PAG. 14-15

GUIDA ALLA LETTURA

Primo Piano	a pag. 2 - 6
In Parlamento	8
Dal Governo	10 - 12
In Europa	13
Speciale	14 - 15
Dibattiti	16 - 17
Aziende/Territorio	18 - 22
- Mercati&News	22
Lavoro/Professione	23 - 27
- Fisco/Previdenza	25
- Medicina	26
- La Giurisprudenza	27

A PAG. 12

Taranto

Le emissioni dell'Iva causa di mortalità e tumori in eccesso: il rapporto del ministero

A PAG. 21

Appalti

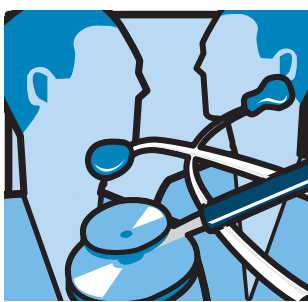
Arrivano i bandi-tipo per le gare a norma di Codice dei contratti pubblici

A PAG. 27

Cassazione

Commite abuso d'ufficio il primario che vessa e discrimina i colleghi





CURE PRIMARIE/ Studio della Simg sul valore della complessità dell'assistenza dei Mmg

Generalisti alla prova dei costi

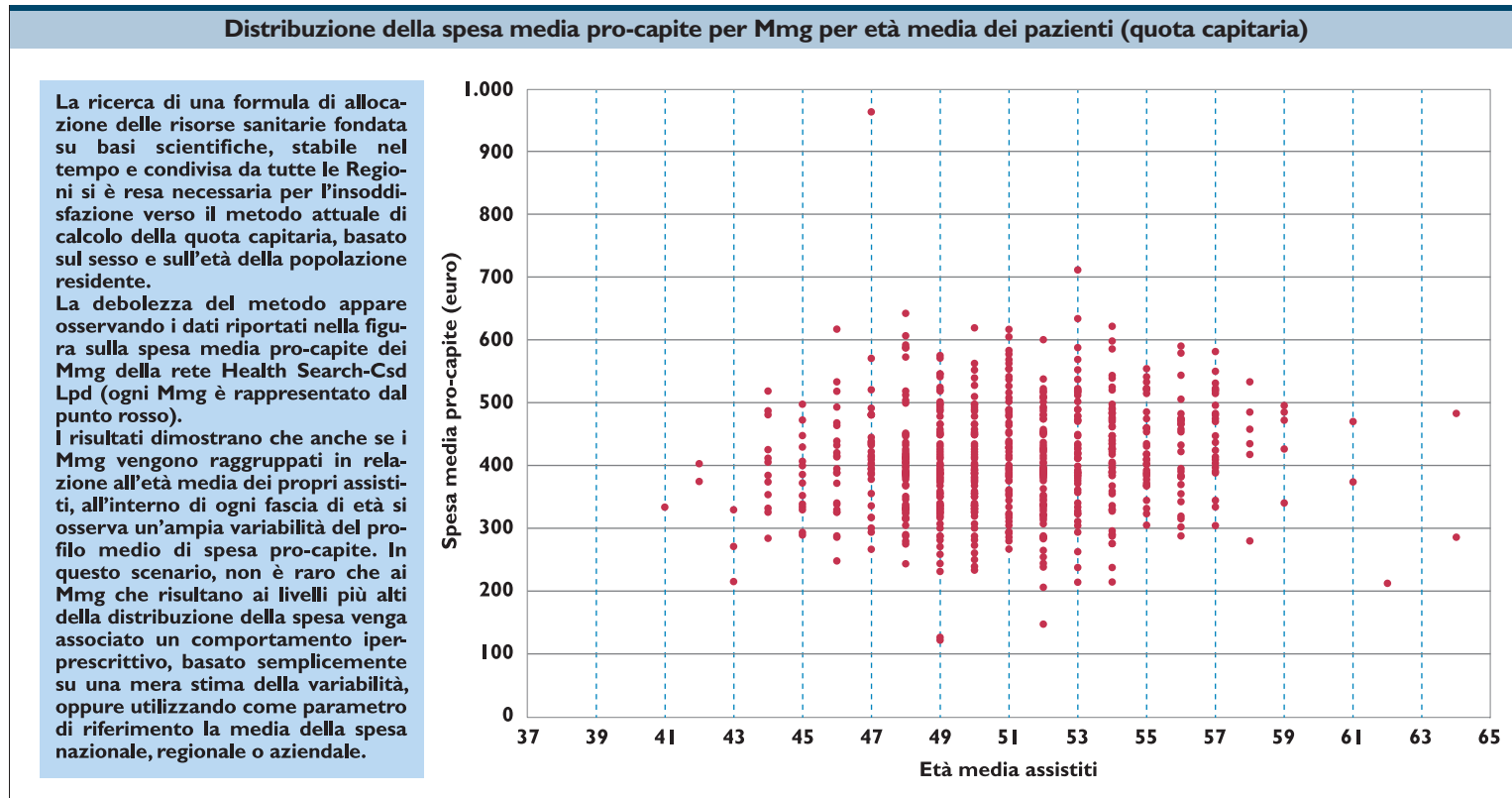
La spesa generata dai medici è più alta in Calabria e Basilicata, più bassa in Toscana

In Basilicata e Calabria i medici di medicina generale generano una spesa più alta rispetto al resto dei colleghi italiani: circa 850 euro per paziente (farmaci, specialistica e diagnostica). In Toscana invece c'è la spesa più bassa: 248 euro a paziente. Ma se accanto ai tradizionali parametri di età e sesso si considerano anche gli effetti della complessità delle cure (le patologie croniche di ogni singolo paziente, a esempio) i costi della Toscana scendono ancora a 232 euro per paziente, mentre quelli di Basilicata e Calabria - uniche Regioni assieme alla Sardegna in cui la valutazione della complessità delle cure alza l'asticella dei costi - salgono a circa 866.

A misurare i veri costi della medicina generale è l'indice di case mix (multimorbilità) messo a punto dalla Simg, Società italiana di medicina generale, utilizzando Health Search-Csd Lpd (Cegedim strategic data Longitudinal patient database), il database della medicina generale italiana, una struttura permanente e organizzata di cui la Società si è dotata per svolgere le proprie attività di ricerca e produzione di informazioni sullo stato della salute della popolazione e dei processi che lo determinano. Avviato nel 1988, Health search analizza oggi circa 30 milioni di diagnosi, oltre 285 milioni di accertamenti diagnostici e 185 milioni di ricette relativi a quasi 3 milioni di pazienti.

Un indice indispensabile, spiega il presidente della Simg **Claudio Cricelli**, se si vogliono davvero standardizzare i costi delle cure primarie per poter formare un budget su dati reali (e quindi risparmiare) e assistere i pazienti secondo le reali esigenze del territorio. Ma soprattutto indispensabile per dare una reale valutazione del rapporto costi-interventi dei medici di medicina generale, considerati ago della bilancia della spesa sanitaria.

Che spesa genera un medico di medicina generale per curare i suoi assistiti? Soprattutto: quanto spende rispetto agli altri medici e ai costi regionali? È



appropriata la sua spesa? Sono queste le domande a cui l'indice risponde. Ed età, sesso e tipo di esenzione dal ticket non bastano per pesare la sua attività (v. grafico), ma è necessario tenere conto della complessità delle casistiche individuali.

La Simg ha analizzato gli effetti dell'applicazione dell'indice a livello regionale.

A esempio in Lombardia (v. tabella generale della variabilità regionale), un medico che ha un costo medio pro-capite di 712,17 euro e un case-mix del 13% più alto rispetto a quello regionale, a parità di case-mix in realtà spenderebbe 82 euro/anno in meno per assistito. E il confronto rispetto a un costo medio regionale diventa più equo, in

quanto tiene conto anche delle caratteristiche cliniche dei pazienti.

Accanto a età e sesso c'è l'incidenza di patologie acute e la combinazione di patologie croniche. Inoltre, la spesa sanitaria è influenzata anche da fattori organizzativi e dall'offerta di servizi locali che sono spesso non misurabili. Per ovviare a questo problema, sono state inserite nel modello statistico tutte le caratteristiche cliniche dei pazienti e le variabili in grado di caratterizzare quanto più possibile la Regione di appartenenza. Il modello statistico ha così prodotto, per ogni paziente, uno score composito in grado potenzialmente di predire la spesa per ogni paziente (Hsm-index).

La riduzione della variabilità in se-

guito all'aggiustamento per l'Hsm-index è significativa in alcune Regioni come la Lombardia (-24,62%), l'Emilia Romagna (-17,26%) o la Puglia (-17,25%). Comunque, questo effetto di riduzione è presente con stime diverse in tutte le altre Regioni, con la sola eccezione di Basilicata/Calabria e Sardegna. La differente complessità clinica della popolazione di assistiti dei diversi Mmg, spiega la Simg, è in grado di spiegare significativamente la variabilità in termini di spesa che si osserva nelle diverse Regioni.

In termini assoluti l'effetto è rilevante. Analizzando a esempio il profilo di spesa media pro-capite di 10 Mmg lombardi (v. tabella), si nota che l'aggiustamento per il grado di complessità clini-

ca espressa con l'Hsm-index, riduce di circa 82 euro (-12,87%) la spesa media pro-capite da parte del "medico 1". Questo vuol dire che la spesa maggiore del Mmg è imputabile a una maggiore complessità clinica della sua popolazione di assistiti rispetto alla complessità media regionale. Un effetto opposto si osserva nel medico 10, dove l'aumento del +9,05% della spesa media pro-capite aggiustata per l'Hsm-index è imputabile a una complessità clinica dei propri assistiti più bassa rispetto al valore medio regionale.

«In un sistema equo di valutazione della spesa nelle cure primarie il confronto tra medici per spesa e risorse assorbite è del tutto ingannevole - spiega Cricelli - e costituisce uno degli

Prime 35 patologie per numero di contatti/paziente/anno nel 2007 e 2011

Diagnosi	2007	2011	Diagnosi	2007	2011	Diagnosi	2007	2011
Malattie ischemiche del cuore	7,91	8,47	Psicosi	4,52	4,73	Depressione	2,47	2,36
Diabete mellito tipo II	6,70	8,06	Disordini circolo polmonare	4,30	4,06	Disturbi della ghiandola tiroidea	2,45	2,34
Morbo di Parkinson	7,38	7,86	Ictus ischemico	3,54	3,86	Malattie vascolari periferiche	2,04	2,10
Fibrillazione atriale	6,94	7,64	Bpco	3,77	3,79	Ulcera gastrointestinale	2,01	2,07
Scenpo cardiaco congestizio	6,27	6,82	Malattia renale cronica	3,68	3,62	Osteoporosi e fratture correlate	1,90	1,99
Iperensione non complicata	6,22	6,70	Artrite reumatoide	3,98	3,30	Malattie valvolari	2,07	1,91
Diabete mellito tipo I	5,08	6,57	Malattie prostata (maschi)	3,23	3,19	Asma	1,79	1,73
Iperensione complicata	5,89	5,65	Altre malattie cerebrovascolari	3,14	3,18	Polineuropatie infiammatorie e tossiche	1,67	1,67
Disturbi umore di tipo psicotico	5,25	5,42	Linfomi	2,92	3,05	Aritmie cardiache	1,63	1,51
Altri disturbi neurologici	4,83	4,99	Ictus emorragico	2,77	3,04	Epatopatie croniche	1,50	1,30
Carcinomi solidi senza metastasi	4,35	4,91	Demenza	2,66	2,96	Osteoartrosi	1,43	1,28
			Dislipidemia	2,58	2,83			
			Mrge	2,78	2,70			

Distribuzione percentuale per tipo di visita negli anni 2003-2011

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Richiesta farmaci/prestazioni	21,1	21,8	21,6	20,1	20,3	20,5	21,2	18,7	18,6
Tel. paziente diretta/indiretta	6,0	5,9	6,3	7,2	7,6	7,8	8,1	5,6	3,9
Visita ambulatoriale	64,1	63,2	62,4	63,7	62,3	61,2	59,7	68,3	71,5
Visita domiciliare diretta/indiretta	1,8	1,7	1,8	1,7	1,9	1,9	2,3	1,8	1,5
Altre *	7,0	7,3	7,9	7,3	8,0	8,6	8,7	5,5	4,5

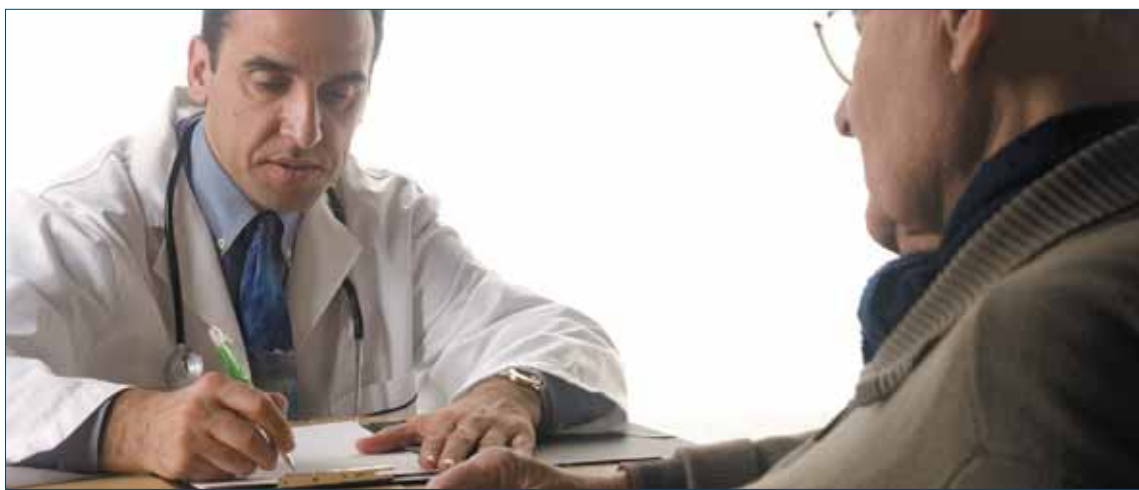
(*) Altre: consultazione cartelle cliniche, interventi infermieristici

In quattro anni - e con la complicità dell'inappropriatezza dichiarata per i ricoveri di questa patologia - i pazienti diabetici si sono rivolti ai medici di medicina generale con quasi 30 contatti/anno in più per la forma insulino-dipendente e oltre 20 per quella di tipo II. Ma al Mmg si è ricorso di più anche per altre patologie croniche come i carcinomi solidi senza metastasi (+12,87 contatti/anno) o la demenza (+11,28 contatti/anno). Sul versante opposto si sono ridotti i contatti/anno per l'artrite reumatoide (-17,09), per epatopatie croniche (-13,33) e per l'osteoartrite (-10,49).

A stilare la classifica delle prime 35 patologie per numero medio di contatti per paziente in un anno è sempre l'Health Search della Simg, che analizza grazie alla tipologia di accesso e agli esiti delle visite i carichi di lavoro e la relativa complessità dei medici di medicina generale.

Per dare una prima panoramica del carico di lavoro dei Mmg, Health Search ha come prima cosa analizzato la tipologia di visite registrate negli anni 2003-2011 (v. tabella). In tutti gli anni, la maggior parte delle visite è di tipo "ambulatoriale". Questa tipologia ha mostrato un incremento negli ultimi due anni, arrivando a coprire il 71,5% di tutte le visite registrate nel corso del 2011. La semplice richiesta (diretta o indiretta) di farmaci/prestazioni copre circa il 18-20% di tutte le visite, mentre è diminuito nel corso degli anni il carico dovuto alle telefonate del paziente, dirette o tramite familiari. Le "visite domiciliari", in tutti gli anni considerati, rappresentano tra l'1,5 e il 2,3% di tutte le visite effettuate.

Il numero medio di contatti annui registrati nel 2011, analizzato per fasce di età e sesso, mostra un andamento che segue quello dell'età, con un picco nella fascia di età 75-84. Inoltre, le donne fanno registrare un maggior numero di contatti in tutte le fasce d'età fino a 74 anni; al contrario, nelle classi di età superiori a 74 anni, si nota un maggior numero di contatti per il sesso maschile.



Analisi spesa media pro-capite (campione di 10 Mmg lombardi)

Mmg	Spesa media pro-capite grezza (euro)	Score	Spesa media pro-capite aggiustata (euro)	Differenza (%)
Medico 1	712,17	5,70	630,98	-12,87%
Medico 2	604,38	5,51	553,59	-9,17%
Medico 3	387,53	5,49	356,48	-8,71%
Medico 4	546,07	5,49	502,71	-8,63%
Medico 5	438,70	5,43	408,16	-7,48%
Medico 6	268,41	4,69	288,87	+7,08%
Medico 7	353,99	4,69	381,27	+7,15%
Medico 8	286,69	4,67	309,96	+7,51%
Medico 9	211,81	4,66	229,47	+7,69%
Medico 10	299,17	4,59	328,94	+9,05%

Analisi sulla variabilità di spesa media pro-capite (x Mmg) grezza e aggiustata per Hsm-index

Regione	Spesa media pro-capite grezza (€)			Spesa media pro-capite aggiustata * (€)			Differenza % rispetto alla media
	Minima	Massima	Range **	Minima	Massima	Range **	
Piemonte/Valle d'Aosta	260,6	543,4	282,8	265,9	534,3	268,4	-5,35%
Liguria	259,0	531,1	272,1	269,6	520,2	250,6	-8,56%
Lombardia	211,8	712,2	500,4	229,5	631,0	401,5	-24,62%
Trentino/Friuli V.G.	209,8	578,9	369,1	218,7	550,1	331,4	-11,39%
Veneto	264,4	630,1	365,7	266,6	588,4	321,8	-13,63%
Emilia-Romagna	319,8	589,2	269,5	339,8	569,5	229,8	-17,26%
Toscana	274,3	522,4	248,1	286,4	518,4	232,0	-6,97%
Marche	304,6	564,5	259,9	311,7	555,2	243,5	-6,74%
Umbria	250,8	511,3	260,4	252,3	511,8	259,5	-0,36%
Lazio	125,9	617,2	491,3	133,5	591,5	458,0	-7,27%
Abruzzo/Molise	209,9	640,6	430,7	211,8	616,7	404,9	-6,39%
Puglia	238,0	641,0	403,0	244,6	588,3	343,7	-17,25%
Campania	286,1	568,6	282,5	279,8	555,5	275,7	-2,44%
Basilicata/Calabria	117,4	967,5	850,1	123,3	989,1	865,8	+1,82%
Sicilia	246,1	615,1	368,9	248,2	586,9	338,7	-8,94%
Sardegna	247,1	597,8	350,7	250,5	605,3	354,8	+1,15%

(*) Aggiustata per Hsm-index stimato su base regionale
 (**) Range = variabilità, ovvero la differenza tra i Mmg a maggiore e minore spesa media pro-capite

Esempio di possibili applicazioni dell'Hsm-index

Spesa media paziente * (euro)	Score personale ** (0-10)	Score regionale (0-10)	Spesa media paziente * aggiustata per lo score (euro)
600	7	4	342,8

Nota: lo score definisce il valore medio di complessità clinica della tua popolazione di assistiti

Nota: lo score definisce il valore medio di complessità clinica della tua popolazione di assistiti stimato in Health Search

Interpretazione: lo score personale è più alto rispetto a quello della Regione. Questo vuol dire che rispetto a un costo medio regionale di euro 500**, al netto della complessità clinica della tua popolazione, si sta spendendo di meno

Uno score 0 (zero) esprime una complessità clinica minima e quindi presumibilmente genera costi bassi. Uno score 10 (dieci) esprime la più alta complessità clinica e quindi presumibilmente genera costi massimi

(*) Farmaci, specialistica, diagnostica.
 (**) Il costo medio pro-capite regionale può essere stimato in Health Search oppure imputato dal medico se disponibile.

argomenti critici nella applicazione dei costi standard. Da un lato, medici con spesa e assorbimento di risorse sanitarie sovrapponibili erogano in realtà prestazioni e ottengono risultati di cura non necessariamente comparabili; dall'altro, medici con pazienti più complicati generalmente assorbono risorse per servizi sanitari assai superiori rispetto a pazienti giovani e con minori multimorbidità».

È quindi necessario introdurre il concetto di multimorbidità (case-mix), sia nei sistemi di monitoraggio della spesa individuale di ogni Mmg, sia nella corretta valutazione dei criteri di allocazione delle risorse in ambito sanitario. Ed è per questo che la Simg ha iniziato a identificare il case-mix della medicina

generale con l'obiettivo di confrontare la spesa imputabile al sistema sanitario, come una funzione della complessità della popolazione assistita.

Così, grazie all'utilizzo dell'Hsm-index come variabile di risk-adjustment in grado di spiegare parzialmente la variabilità della spesa media pro-capite nelle cure primarie, sono state effettuate diverse analisi per verificare l'effetto dell'indice sulla variabilità della spesa. Nella tabella è descritta la variabilità di spesa media pro-capite all'interno della popolazione di assistiti per Mmg e Regione (o aggregato regionale), grezza e aggiustata in base all'Hsm-index medio calcolato su base nazionale. Il range, in questo caso, rappresenta la misura della variabilità, ovvero la differenza

tra i Mmg a maggiore e minore spesa media pro-capite.

Una ipotetica classifica di complessità delle cure primarie, quindi, premia Regioni come la Lombardia che registrano una differenza di quasi il 25% in meno tra la spesa grezza e quella aggiustata. Il significato è che i Mmg lombardi erogano cure a pazienti più complessi rispetto a quelli di altre Regioni come, appunto, Calabria, Basilicata e Sardegna in cui la spessa differenza assume valori anche se di poco positivi.

L'identificazione delle caratteristiche del comportamento professionale del medico costituisce la base per comprendere da una parte le ragioni e il costo della cura dei singoli pazienti e dall'altra le variazioni tra medico e me-

dico e gruppi di medici. Un costo standardizzato in base alla complessità clinica consente di determinare il budget necessario alle cure e di valutare l'appropriatezza dell'impiego delle risorse destinate alla medicina generale.

«Medici con spesa e assorbimento di risorse sanitarie sovrapponibili - spiega Cricelli - erogano in realtà prestazioni e ottengono risultati di cura non necessariamente comparabili (case mix bias). Pertanto, il confronto tra i soli costi e le risorse assorbite è del tutto ingannevole e costituisce uno degli argomenti critici nella applicazione dei costi standard. Pazienti più anziani e con un livello maggiore di multimorbidità generalmente assorbono risorse per servizi sanitari assai superiori rispet-

to a pazienti più giovani e con minori multimorbidità».

Obiettivo finale, aggiunge Cricelli, è offrire un benchmark nazionale per il case-mix e strumenti di autovalutazione a tutti i professionisti del case-mix individuale indispensabile per la programmazione e per l'impiego degli strumenti di valutazione e pesatura degli esiti. Da oggi, la spiegazione e l'interpretazione delle ragioni della varianza individuale hanno uno strumento nazionale, con benchmark nazionali in grado di offrire uno strumento sofisticato al medico, all'autorità sanitaria e ai decisori economici.

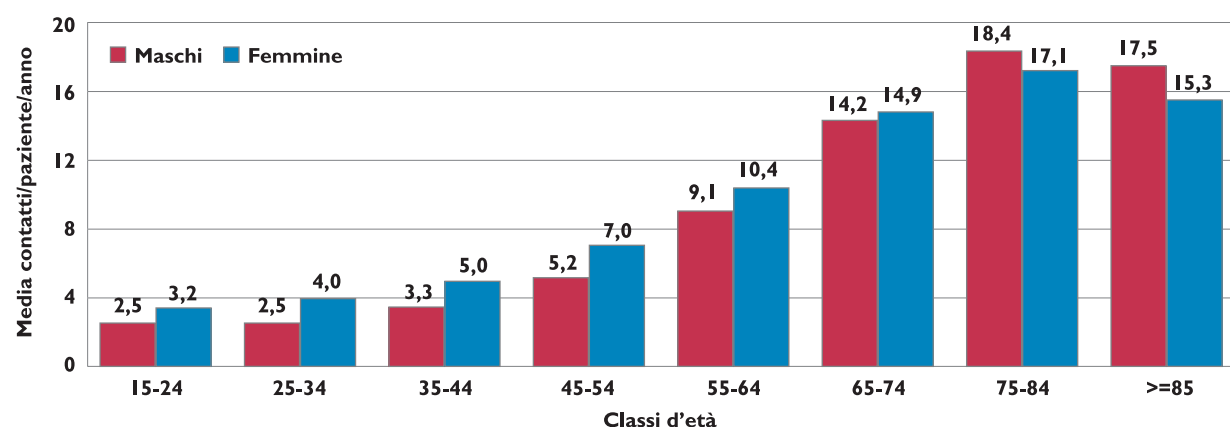
Paolo Del Bufalo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ANALISI DEI CARICHI DI LAVORO

Patologie croniche, corsa dal dottore di base

Distribuzione per sesso e fasce d'età del numero medio di contatti per paziente nel 2011



Per quanto riguarda gli interventi diagnostico-terapeutici seguiti al contatto, nel 2003-2011 c'è un lieve aumento del numero di richieste di indagini diagnostico-strumentali da 22,5 su 100 contatti nel 2003 a 23,8 su 100 contatti nel 2011, con le donne sempre in testa. Nel 2011 si osserva una maggiore prevalenza del numero di richieste per indagini diagnostico-strumentali nel Nord-Est rispetto al Sud e alle Isole. Inoltre, si nota una relazione inversa tra aumento dell'età e il numero medio di

indagini diagnostico-strumentali, sia per gli uomini che per le donne. Anche le visite specialistiche nel 2003-2011 sono lievemente aumentate: da 13,0 su 100 contatti nel 2003 a 14,5 su 100 contatti nel 2011. Analogamente alle richieste di indagini diagnostico-strumentali, anche la prevalenza delle richieste di visite specialistiche è maggiore nelle Regioni del Nord rispetto al Centro e al Sud nel 2011. E anche in questo caso esiste una relazione inversa tra aumento dell'età e numero

medio di contatti culminati con visita specialistica.

Una possibile spiegazione secondo Health Search è nel fatto che i pazienti più anziani con maggiore co-morbidità sono affetti principalmente da patologie croniche controllate adeguatamente dal Mmg. Una seconda spiegazione è che questi pazienti frequentano spesso l'ambulatorio del Mmg e quindi abbassano la prevalenza di visite specialistiche rispetto al totale dei contatti effettuati.

Sul versante delle prescrizioni farmaceutiche invece, sempre nel 2003-2011 c'è una diminuzione del numero di contatti culminati in una prescrizione: da 73,1 su 100 contatti nel 2003 a 71,8 su 100 contatti nel 2011. Nel confronto tra le Regioni, in controtendenza rispetto a quanto registrato per i contatti per indagini diagnostico-strumentali e per visite specialistiche, si nota una maggiore prevalenza di contatti con prescrizione al Centro-Sud rispetto al Nord e un aumento dei contatti culminati in una prescrizione farmaceutica all'aumentare dell'età del paziente, sia per il sesso maschile che per quello femminile. I risultati indicano, infatti, che il numero di contatti con prescrizioni va da 53,7 per le femmine e 51,6 per i maschi nella fascia di età 15-24, fino a 81,4 per le femmine e 79,6 per i maschi nella fascia degli ultra 85enni.

Infine, le patologie che hanno richiesto, in media, più di 5 contatti/paziente/anno sono, nell'ordine: malattie ischemiche del cuore (8,47), diabete mellito di tipo II (8,06), morbo di Parkinson (7,86), fibrillazione atriale (7,64), scompenso cardiaco congestizio (6,82), ipertensione non complicata (6,70), diabete mellito di tipo I (6,57) e ipertensione complicata (5,65). Per tutte queste patologie, nel 2011 si è registrato un aumento del numero di contatti/paziente/anno rispetto al 2007. E dal punto di vista dell'analisi per genere, nel 2011 le patologie che hanno richiesto un maggior numero di contatti/paziente/anno per i maschi sono state le malattie ischemiche del cuore (9,17), mentre per le donne il diabete mellito (8,33).

© RIPRODUZIONE RISERVATA