

Background: Il Servizio Sanitario Nazionale è fortemente sotto pressione a causa dell'aumento della domanda di prestazioni specialistiche con rischio di inappropriatelyzza, lunghe liste di attesa e impatto sulla sostenibilità del sistema. A fronte di diversi approcci di “governo della domanda”, presentiamo un modello di accesso alla specialistica ambulatoriale chiamato Gastropack (GS) applicato negli ultimi anni presso l'AUSL Bologna, legato a un approccio condiviso tra il Medico di Medicina Generale (MMG) inviante e lo Specialista Gastroenterologo. Lo scopo dell'analisi è valutare se il sistema GS è in grado di ridurre la richiesta di prestazioni strumentali gastroenterologiche

Metodi/Azioni: Nel GS il work-up diagnostico, che può includere visita e/o prestazioni strumentali (ecografia addominale, esofagogastroduodenoscopia-EGDS e colonscopia) è schedato sulla base di una decisione condivisa multidisciplinare (guidato da criteri di appropriatezza) tra MMG e Gastroenterologo durante un contatto preliminare (senza paziente) in cui si valutano dati clinici, anamnestici e sintomi; comprende un numero variabile di prestazioni (singole o multiple) fino a ottenere la diagnosi. Il GS ha una forte valenza di valorizzazione del territorio, in quanto l'erogazione del servizio viene garantita nelle realtà sanitarie di prossimità all'utenza. Il progetto è stato applicato alla popolazione del Distretto dell'Appennino Bolognese coinvolgendo i MMG del territorio a cui è stata data la possibilità di scegliere se inviare il proprio assistito al GS o al pre-esistente sistema “open access” (OAS) con accesso da CUP (Centro Unico Prenotazioni). I dati sono stati analizzati in maniera prospettica

Risultati Tra il 2016 e il 2020 i pazienti del Distretto dell'Appennino gestiti dal GS sono stati 6318 mentre 8150 sono stati gestiti tramite OAS (ovvero con prenotazione CUP). Sono stati eseguiti nel GS in totale 17493 prestazioni (visite e esami strumentali) versus 12203 del gruppo OAS; gli esami strumentali totali sono significativamente più alti nel gruppo OAS (66% vs 43%, $p<0.05$). Si è anche osservato un tasso significativamente più alto di esame ripetuto allo stesso paziente nel gruppo OAS rispetto al gruppo GS per tutte le prestazioni strumentali (EGDS, colonscopia, ecografia addominale). Gli esami ripetuti sono 20% nel OAS vs 8% nel GS ($p<0.05$) e 46% degli esami ripetuti sono indagini strumentali nel OAS vs 18% nel GS ($p<0.05$). Abbiamo inoltre analizzato le differenze sui dati di referral nell'ultimo anno nei diversi Distretti dell'AUSL Bologna e nel Distretto Appennino si registra la più bassa percentuale di referral per paziente (nel dettaglio la percentuale di referral/paziente è risultata: 4.46% città di Bologna, 4.44% Pianura Est, 4.16% Pianura Ovest, 4.54 Reno Lavino Samoggia, 4.46% Savena Idice, 3.66% Appennino)

Conclusioni: Il GS è un modello di pianificazione condivisa tra MMG e Specialista di un percorso gastroenterologico basato sul caso clinico. Non un referral “puro” (visita filtro) scarsamente sostenibile in termini di risorse, ma un approccio multidisciplinare “inter-pares” guidato da criteri di appropriatezza, che valorizza la sanità del territorio. Il GS ha dimostrato di essere efficace nel ridurre la ripetizione non giustificata di prestazioni strumentali. Inoltre si è dimostrato essere un sistema virtuoso nel quale si riduce la domanda di prestazioni, verosimilmente riducendo la quota inappropriata