

Una collaborazione difficile a farsi

Giuseppe Belleri

Medico di medicina generale
Flero (BS)

Continuità assistenziale e integrazione sanitaria tra cure di primo e secondo livello sono tra i concetti più gettonati nei documenti e nelle dichiarazioni di intenti degli amministratori pubblici. Ma a tale realizzazione si frappongono inattesi ostacoli, come testimoniano le difficoltà applicative della delibera della Regione Lombardia, datata 1991

La Delibera Regionale n. 12347 della Regione Lombardia datata luglio 1991, rivolta a introdurre una maggiore efficienza e continuità nelle prestazioni ambulatoriali, venne accolta con approvazione dai sindacati medici che avevano sostenuto convintamente l'idea che una riforma "a costo zero" potesse semplificare le farraginose procedure burocratiche a cui devono talvolta sottostare gli assistiti del Ssn e, di riflesso, anche i loro Mmg, per poter usufruire di prestazioni specialistiche pubbliche. Il nucleo forte della delibera presupponeva però la collaborazione delle strutture ospedaliere e poliambulatoriali pubbliche, specie dei medici specialisti ivi operanti, che purtroppo non sempre si è verificata, a dimostrazione che l'auspicata integrazione e

continuità assistenziale non sono opzioni automatiche e "naturali".

Le criticità

A distanza di ben 17 anni dalla Delibera, i cui intenti sono stati poi fatti propri dall'ACN per la MG e la specialistica ambulatoriale, nonché ribaditi da analoghe delibere di altre Regioni, permangono in molte zone criticità nell'applicazione pratica, periodicamente segnalate dai Mmg ai responsabili della gestione dei servizi sanitari territoriali. Si tratta di una nota "vischiosità" delle strutture nosocomiali, specie quelle più importanti, a sintonizzarsi con le norme che regolano i rapporti funzionali con il territorio in nome, appunto, della continuità delle cure. In Lombardia tale discrasia è accentuata dalla separazione

tra erogatori di prestazioni (strutture accreditate pubbliche e private) e l'acquirente pubblico (le aziende sanitarie territoriali) che da un decennio ormai non gestiscono più in prima persona servizi di secondo livello, ma solo le cure primarie. Diverso è l'assetto delle Asl in altre Regioni dove gli specialisti, dipendenti diretti, sono soggetti ad un maggiore "controllo" da parte degli amministratori. Tuttavia anche le Asl lombarde possono utilizzare strumenti idonei per migliorare la funzionalità delle prestazioni diagnostiche ambulatoriali od ospedaliere, vale a dire gli accordi che sono annualmente stipulati con i fornitori pubblici e privati. Ebbene, con i "contratti" per il 2008 sono state introdotte nell'Asl di Brescia alcune importanti novità proprio in relazione alla continuità delle prestazioni che potrebbero costituire un modello per altre amministrazioni sanitarie locali.

I passi salienti della delibera lombarda

La proposta di visita specialistica del medico di fiducia dovrà essere corredata dalla diagnosi o dal sospetto diagnostico nella maniera più esauriente e circostanziata possibile (DPR 314/90 art. 24 comma 2).

Lo specialista del servizio pubblico sia ospedaliero sia extraospedaliero, qualora ritenga necessarie, per la risposta al quesito del medico di famiglia, ulteriori indagini diagnostiche, deve prescriberle direttamente (DPR 314/90 art. 24 comma 5), senza richiedere alcun intervento da parte del medico curante né alcuna autorizzazione da parte dell'Ussl.

Lo specialista formulerà la richiesta dei successivi accertamenti su dei moduli propri della struttura in cui opera (...) se le successive indagini si dovranno effettuare presso un'altra struttura pubblica o convenzionata, lo specialista utilizzerà (...) il ricettario unico regionale di cui deve essere dotato.

L'assunzione in cura diretta del paziente da parte dello specialista può avvenire su richiesta motivata del medico di fiducia oppure su propria decisione, in casi particolari e per urgenti necessità terapeutiche (...). I pazienti dimessi dall'ospedale, per i quali siano previsti e programmati per la definizione della diagnosi e per necessità terapeutiche, successivi controlli medici, motivati e precisi, da eseguirsi presso la stessa struttura di ricovero, potranno accedere direttamente a essa (senza impegnativa del curante).

L'accordo di Brescia

Prima di tutto gli accordi stipulati tra Asl e strutture per il 2008 elencano dettagliatamente i problemi periodicamente segnalati dai Mmg nei rapporti con le strutture specialistiche sia di carattere generale sia relativi all'assistenza farmaceutica e diagnostica ambulatoriale.

> Criticità generali:

1. scrittura dei referti specialistici non comprensibile;
2. mancanza di timbro e/o riconoscibilità del medico specialista;
3. richiesta al Mmg da parte della struttura di produrre certificazioni relative alle condizioni cliniche di ricoverati e di prescrivere il ricovero in altra struttura per assistiti già ricoverati.

► **Criticità riferite all'assistenza farmaceutica:**

1. prescrizioni dello specialista di Piani Terapeutici non conformi;
2. prescrizioni dello specialista di proposte terapeutiche non conformi al foglietto illustrativo del farmaco, alle note Aifa o rispetto al Prontuario delle dimissioni, senza motivazioni specifiche.

► **Criticità riferite all'assistenza specialistica**

1. richiesta, da parte di operatori amministrativi della struttura, di applicazione del "bollino verde" sulla prescrizione del Mmg;
2. richiesta, da parte dello specialista di struttura con ricetta unico regionale, di produrre prescrizione del Mmg di indagini di approfondimento per problematiche cliniche acute;
3. domanda, da parte dello specialista o di operatori amministrativi della struttura, di produrre prescrizione di visita specialistica del Mmg per poter effettuare la prestazione richiesta.

La svolta nei rapporti tra territorio e ospedale è rappresentata dalla parte degli accordi del 2008 dedicati alla segnalazione delle criticità e alle modalità di soluzione dei problemi riscontrati. In particolare sono individuati in ogni struttura dei referenti per la medicina generale e un canale di comunicazione (la posta elettronica) per poter segnalare le anomalie e avviare un dialogo con i gestori delle strutture accreditate per risolvere i nodi problematici più frequenti. I quasi vent'anni trascorsi dal varo della Delibera lombarda sono la testimonianza più eclatante delle difficoltà di tradurre riforme razionali e a costo zero, foriere di benefici per tutti, in concreta prassi quotidiana. C'è da augurarsi che gli accordi 2008 inaugurino una nuova stagione.

Modalità di interazione

Ogni struttura comunicherà il nominativo del referente della direzione sanitaria e l'indirizzo e-mail utilizzabile da parte dei distretti e Mmg/Pls per segnalare situazioni critiche di rilievo e, in base alla problematica riscontrata, il referente della direzione sanitaria della struttura provvederà entro un periodo congruo a:

- valutare la segnalazione, anche effettuando un approfondimento presso il Mmg;
- mettere in atto le eventuali azioni correttive necessarie;
- riscontrare l'esito della segnalazione al Mmg/Pls e, per conoscenza, al distretto.

Asl e direzioni Sanitarie si impegnano a:

- condividere strumenti di lavoro comuni da applicare nella gestione quotidiana, in particolare per i pazienti che, superata la fase acuta, vengono riportati al domicilio e quindi riconsegnati alla gestione territoriale;
- creare canali e modalità di comunicazione agevoli per entrambe le parti;
- perseguire l'obiettivo di razionalizzare la gestione del sistema sanitario nell'ottica del beneficio comune.