

I difficili rapporti tra medicina generale e secondo livello delle cure

Giuseppe Belleri
Medico di medicina generale
Flero (BS)

A dispetto dell'enfasi retorica su continuità, integrazione e collaborazione tra i servizi sanitari, i rapporti tra medicina generale e strutture specialistiche non sempre sono idilliaci e improntati a quella armonica cooperazione da tutti auspicata

Complice dei difficili rapporti tra primo e secondo livello delle cure è sicuramente la deriva burocratica e regolatoria che affligge la sanità pubblica: non mancano infatti dissonanze o divergenze nell'applicazione di norme, il più delle volte latenti, ma che possono talvolta sfociare in episodi pubblici. L'invio dell'assistito a consulenza è in genere il momento in cui possono emergere alcune discrasie. Per esempio gli specialisti lamentano che non sempre la qualità della richiesta del Mmg è all'altezza delle attese in quanto carente di:

- informazioni anamnestiche;
- precedenti referti o dati clinici obiettivi;
- informazioni sulla terapia;
- quesito clinico non sempre esplicito;
- aderenza rispetto alle indicazioni di follow-up.

Di rimando i medici di medicina generale rilevano che il consulente non sempre si attiene alle regole prescrittive vigenti sul territorio in rapporto a:

- rispetto delle note Aifa;
- prontuario delle dimissioni ospedaliere;
- uso del PC (grafie dei referti spesso illeggibili);
- prescrizione sul ricettario del Ssn degli accertamenti diagnostici;
- distribuzione diretta dei farmaci;
- regole per l'utilizzo di farmaci off-label (consenso informato);

■ Gli aspetti clinici

Altre volte invece le divergenze riguardano aspetti squisitamente

clinici ovvero specifiche decisioni diagnostico-terapeutiche riguardanti la gestione delle patologie. Non è certo un segreto che il generalista giudichi talvolta ridondanti certi suggerimenti di indagini cliniche, specie per la valutazione preliminare delle affezioni croniche. Per tentare di ricomporre queste potenziali situazioni di attrito sono stati introdotti gradualmente un po' in tutte le Asl i Percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali (Pdta), frutto di laboriose negoziazioni tra rappresentanti locali dei medici di famiglia e delle branche specialistiche coinvolte nella gestione delle principali patologie croniche, vale a dire diabete mellito, ipertensione arteriosa, BPCO, scompenso cardiaco, pazienti ad alto rischio cardiovascolare, depressione, ecc.

Lo scopo dichiarato di questi "protocolli" d'azione è quello di stabilire, a priori e in linea di massima, a chi competono alcune decisioni e quali sono le prescrizioni appropriate di fronte ad alcune tipologie standard di assistiti. Insomma i Pdta tracciano una distinzione di massima tra i compiti del generalista e quelli dello specialista nella gestione delle patologie a elevata prevalenza, per esempio elencando i criteri per la prescrizione di accertamenti di I livello (come il primo inquadramento dell'assistito affetto da diabete o la periodicità del follow-up) oppure per gli approfondimenti in caso di problematiche specifiche (quando inviare il diabetico in consulenza specialistica ordina-

ria o urgente). Le raccomandazioni del Pdta sono il frutto di un processo di condivisione più o meno laboriosa nel gruppo di lavoro multidisciplinare incaricato della stesura e derivano la loro "forza" dalla letteratura specifica sull'appropriatezza Ebm della gestione delle patologie croniche.

In genere dopo la fase di elaborazione del Pdta segue quella di diffusione e di implementazione sul campo che richiede un intervento culturale e formativo a tappeto piuttosto impegnativo, perché si tratta talvolta di vincere resistenze, perplessità, abitudini consolidate e comportamenti routinari. Infatti il Pdta contiene una sorta di riorientamento implicito nell'attribuzione dei compiti professionali tra primo e secondo livello, che va nella direzione di una riappropriazione di funzioni assistenziali che i generalisti avevano nel passato delegato agli specialisti, il più delle volte in modo informale e non deliberato. In sostanza una certa quota di assistiti dovrebbero essere "restituiti" alla medicina di primo livello, in forza di motivazioni di carattere organizzativo e di appropriatezza clinica.

■ Un esempio di forzatura applicativa

Non sempre però la strada tracciata dal Pdta è agevole, anzi in questa fase possono emergere casi di divergenze o intoppi applicativi. Le discrasie possono restare sotto-traccia, ma talvolta vengono allo

scoperto come è accaduto nella Asl di Milano nei primi mesi dell'anno quando un gruppo di medici di medicina generale ha deciso di reagire segnalando il proprio vivo disappunto per alcune modalità applicative di Pdta, giudicate poco corrette. Presa carta e penna hanno scritto alla Asl per lamentare alcune "forzature" nell'applicazione del percorso sull'ipertensione arteriosa da parte di strutture private accreditate, proprio mentre era in corso l'elaborazione del nuovo Pdta.

La reazione della azienda sanitaria non si è fatta attendere. In una lettera indirizzata alla direzione Sanitaria del centro specialistico ha precisato che i "pazienti ipertesi di primo livello debbano essere in carico esclusivamente ai Mmg, perfettamente in grado di valutare i pazienti secondo i fattori di rischio, inviandoli da specialisti solo per eventuali consulenze espressamente motivate o per l'esecuzione di singoli esami diagnostici. Anche tali esami devono essere vagliati attentamente nel rapporto costo/beneficio (in termini di modifica della condotta terapeutica) e ridotti quanto più possibile come diagnostica routinaria, da eventualmente allargare in caso di situazioni particolari che richiedano approfondimenti".

Tale precisazione conferma la titolarità del Mmg nella gestione routinaria degli assistiti ipertesi non complicati o ben compensati. Non è infrequente invece che le strutture specialistiche tendano ad "avocare a sé" la gestione di assistiti che dovrebbero afferire alle cure primarie, innescando una sorta di conflitto di attribuzione di competenza che vede il primo livello in posizione subalterna e generalmente debole.

■ Alcune precisazioni sull'appropriatezza

Riguardo al problema dell'appropriatezza clinica degli esami per il primo inquadramento dell'ipertensione la presa di posizione della Asl non è stata meno netta.

Nella lettera si ribadisce che "la delicata discussione sugli esami da ef-

fettuare di routine è ancora in corso nel Gruppo di Lavoro che sta elaborando il Pdta, ma per esempio il doppler dei tronchi sovraaortici al momento attuale è inserito fra gli esami da effettuare solo in presenza di un livello di rischio particolarmente elevato, la PCR e il monitoraggio della PA nelle 24 h non sono raccomandate e si sta ancora discutendo a che livello inserire l'ecocolorodoppler (la cui ripetizione non strettamente motivata è comunque già stata esplicitamente sconsigliata in precedenti linee guida di questa Asl)". Infine la Asl di Milano ha contestato le modalità di pubblicazione delle attività del centro che si aggiunge ai numerosi centri già presenti nell'area metropolitana milanese. Come accade spesso, un'eccesso di offerta sanitaria porta a un'induzione di prestazioni non sempre appropriata. Le modalità di presentazione, secondo quanto esplicitato dalla Asl, rafforzano "nei Mmg la diffidenza, già espressa a tutti

i livelli Asl e istituzionali, nei confronti di strutture di secondo livello, che invece si interessano ai numerosi pazienti con problematiche di primo livello (...)" mentre tali centri "potrebbero essere di utile supporto per i casi complessi".

Per di più le strutture "inevitabilmente riversano sui Mmg la responsabilità finale della prescrizione a carico del Ssn, con la modalità del "suggerimento" specialistico, il cui eventuale rifiuto crea spesso notevoli difficoltà nel rapporto tra medico e paziente, specie se il paziente si è rivolto autonomamente al centro o ha sollecitato di esservi inviato".

L'intervento della Asl di Milano descrive e prende nettamente posizione stigmatizzando una situazione ben nota ai medici di famiglia, che, specie nelle aree urbane a elevata densità di strutture d'offerta, vivono con disagio e frustrazione professionale la cosiddetta "generalizzazione" del II livello di cure.