

## La chimera dell'integrazione delle cure sul territorio

**Giuseppe Belleri**

Medico di medicina generale  
Flero (BS)

*Il problema dell'integrazione socio-sanitaria e della continuità assistenziale ospedale-territorio ha raggiunto ormai una portata ventennale, ma le regole prescrittive e i vincoli normativi vigenti continuano troppo spesso a essere ignorati dalle strutture di secondo livello, per le quali fuori dalla mura nosocomiali esiste un universo indistinto e quasi alieno*

**L**a sostanziale mancata applicazione di due provvedimenti "storici", ovvero l'obbligo di appropriatezza contenuto nella riforma ter del 1999 (Note Cuf-Aifa) e la delibera lombarda sulla prescrizione diretta delle indagini diagnostiche da parte degli specialisti risalente addirittura al lontano 1991 testimonia la reiterata non risoluzione dell'integrazione delle cure tra primo e secondo livello. A rendere ciò ancor più palese è stata l'indagine Fiaso-Cergas sull'integrazione ospedale-territorio (M.D. 2009; 34: 8-9) condotta tra diabetologi ospedalieri e centri specialistici circa le modalità di comunicazione e di integrazione professionale dei servizi di diabetologia: ebbene, a sorpresa gli specialisti ospedalieri hanno indicato come propri interlocutori gli infermieri e gli altri specialisti, ignorando la figura del Mmg curante del diabetico. I Mmg, al contrario, interpretano l'integrazione come relazione tra mondo ospedaliero e territoriale, mentre gli specialisti la intendono come rivolta agli altri attori ospedalieri.

La situazione è ancor più complicata in Regioni come la Lombardia, dove le Asl si limitano ad acquistare prestazioni dagli erogatori accreditati delle medesime, siano essi pubblici o privati. Infatti il raddoppio delle catene gerarchiche di comando (da un lato quella delle Asl come committenti/acquirenti e dall'altro quella delle strutture come fornitori, sulla base di contratti annuali) ha reso farraginosa una gestione strategica orientata a incrementare il tasso di continuità e appropriatezza degli interventi sanitari e assistenziali. In realtà l'aumento di complessità del

Ssn, la prevalenza delle patologie croniche, l'interdipendenza insita in un sistema come quello sanitario e le compatibilità economiche richiederebbero una consistente iniezione di interventi per armonizzare e rendere più coese le azioni dei diversi attori che si alternano all'assistenza dei malati geriatrici e polipatologici.

Purtroppo per i limiti su accennati, le iniziative di integrazione programmate dalle Asl non hanno sortito gli esiti attesi, come dimostrano i dati sulle prescrizioni dei Mmg suggerite dal secondo livello. Infatti circa il 40% delle prescrizioni diagnostiche redatte dal medico di medicina generale sono in realtà indotte dagli specialisti, mentre i farmaci parimenti suggeriti toccano il 50% della spesa.

### ■ Questioni di appropriatezza

Risulta piuttosto difficile valutare l'appropriatezza della prescrizione "indotte" dalla medicina di secondo livello, obiettivo implicito in uno strumento di raccordo tra ospedale e territorio come il prontuario delle dimissioni elaborato dalle Asl e rivolto agli erogatori ospedalieri. D'altra parte i PDTA o lo stesso SISS (Sistema Informativo Socio Sanitario lombardo) in molte realtà non sono diventati quei meccanismi di integrazione tra ospedale e territorio basati su presupposti culturali condivisi e scambi informativi, da tutti auspicati. Troppo articolata è la rete dei portatori di interessi che gravitano nel pianeta sanitario per pensare che iniziative formative imposte top-down o accordi inter-aziendali potessero incidere stabilmente su

comportamenti clinici e abitudini prescrittive consolidate nei decenni. L'iniziativa, per esempio, di alcune Asl lombarde volta a verificare l'effettiva osservanza degli *addendum* contrattuali e del prontuario delle dimissioni, per eventuali decurtazioni economiche in caso di inadempienza, non sembrano costituire la soluzione dei problemi e anzi rischiano di innescare rischiosi contenziosi tra medici, aziende ospedaliere e strutture accreditate, prive di sbocchi propositivi. Affinché l'ospedale entri in sintonia con il territorio, abbandonando velleità di colonizzazione o snobistiche chiusure in torri d'avorio tecnologiche, serve un salto di qualità prima di tutto culturale nel segno della consapevolezza che nella complessa rete socio-assistenziale sanitaria non è possibile prescindere dalle interdipendenze sistemiche che legano tra loro i vari attori. Bisogna insomma, prima di tutto, cercare di calarsi nei panni degli altri e di interagire considerando vincoli normativi, organizzativi e regolatori.

Per tali motivazioni in questa fase le Asl possono anche controllare tramite i NOCS l'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche in rapporto al prontuario delle dimissioni, a condizione che in futuro si superino le logiche meramente contrattuali e sanzionatorie per imprimere una svolta culturale e organizzativa che affronti alla radice i nodi problematici sopra delineati.

### ■ Soluzioni possibili

D'altra parte appare irrealistico che tutti gli specialisti ospedalieri possano acquisire e padroneggiare tutte

le norme regolatorie e burocratiche che condizionano le prescrizioni sul territorio (basta pensare a quella vera e propria giungla normativa costituita dalle esenzioni per patologia e per status). In due passaggi chiave è possibile migliorare concretamente la continuità assistenziale: le prescrizioni diagnostiche al termine della visita specialistica e la dimissione ospedaliera dopo degenza o accesso al Pronto soccorso. Non mancano soluzioni organizzative, già adottate all'estero e anche recentemente nel nostro Paese, che potrebbero favorire un'evoluzione del nosocomio nel senso di una maggiore integrazione con il territorio, da sempre auspicata, ma mai realizzata concretamente:

**1. Hospitalist.** In alcuni Paesi a cultura anglosassone è presente negli ospedali una figura detta *hospitalist*. Anche il ministero della Salute italiano ne ha sperimentato l'applicazione

in alcune realtà. *Hospitalist* è un medico, generalmente internista, che prende in carico il paziente subito dopo il triage di ammissione in ospedale, ne segue tutto il percorso ospedaliero e ne è il referente anche in rapporto alla sua famiglia. Di norma, segue circa dieci pazienti, al momento della dimissione contatta il medico di famiglia e con lui ed eventualmente con altri operatori decide le modalità di dimissione, organizza la terapia a casa, ovvero individua altre possibili collocazioni territoriali alternative al domicilio. Giornalmente o settimanalmente vi è una rotazione tra i medici del reparto ospedaliero che a turno per uno o più giorni possono rivestire il ruolo di *hospitalist*. In Italia questa figura non è ancora frequente né strutturata.

**2. Discharge room,** ovvero la stanza delle dimissioni. Una sorta di punto unico (o di stanza unica) in ospedale dove confluiscono tutti i degenti che

sono in dimissione nelle successive ventiquattr'ore. Di norma, il giorno prima della dimissione si comunica il nominativo alla *discharge room* che poi lo accoglie e disbriga le formalità per l'uscita dall'ospedale, organizza l'eventuale trasporto a domicilio o in altra struttura con l'ambulanza, si occupa della terapia in uscita e nel territorio, dei contatti con il medico curante e con la famiglia. La Regione Toscana ha recentemente promosso la diffusione dei *discharge room* a livello dei Pronto soccorso, per ridurre la pressione dell'ambiente sulle strutture d'emergenza e razionalizzare le dimissioni.

I ventennali problemi di integrazione ospedale-territorio potranno essere affrontati in modo razionale e superati quando l'organizzazione nosocomiale si farà carico in modo strutturato e stabile di curare la comunicazione e le relazioni con il mondo extra-ospedaliero.