

Guida all'impiego del ricettario unico regionale

Giuseppe Belleri

Medico di medicina generale
Flero (BS)

In Lombardia da quando è entrata in vigore la delibera sull'uso del ricettario del Ssr da parte degli specialisti sono insorti alcuni problemi di applicazione. Per porre rimedio alle situazioni di attrito tra Mmg e specialisti, la Asl di Brescia ha promosso un "tavolo di consenso" con sindacati e direzioni sanitarie che ha prodotto una sorta di linee guida interpretative

La delibera della Regione Lombardia (n. 8/9581) del 2009 sull'uso del ricettario del Ssr da parte degli specialisti accreditati, pubblici e privati, per la prescrizione di accertamenti diagnostici si propone di coniugare alcuni obiettivi qualificanti: continuità dell'assistenza e semplificazione delle procedure a vantaggio degli assistiti, appropriatezza prescrittiva e responsabilizzazione dei prescrittori di secondo livello. Tuttavia a differenza del precedente provvedimento in materia, risalente al lontano 1991 e rivolto ai soli specialisti pubblici, il testo della delibera non specifica le condizioni pratiche di utilizzo del ricettario da parte degli specialisti. Al riguardo infatti sono sorti alcuni problemi nelle relazioni tra Mmg e specialisti, specie delle strutture pubbliche, mentre quelle private hanno aderito con maggiore omogeneità alle nuove disposizioni. Vi ha posto rimedio la Asl di Brescia, licenziando a inizio febbraio una sorta di linee guida interpretative dello scarno testo licenziato dalla giunta Regionale lombarda nel giugno scorso. Per quanto riguarda la tipologia delle prestazioni di specialistica ambulatoriale esistono tre scenari prescrittivi standard:

1. accertamenti richiesti per sintomi di recente insorgenza atti a formulare una diagnosi in vista dei successivi provvedimenti terapeutici medici o chirurgici; la varietà delle situazioni acute o dei sintomi più o meno urgenti non sempre consente la pre-definizione delle prescrizioni più appropriate, anche se le attuali linee guida forniscono indicazioni sulle possibili opzioni di massima; per questa tipologia di problemi esiste

quindi una discrezionalità decisionale che riguarda soprattutto la medicina specialistica e che esita in prescrizioni indotte a carico del Mmg;

2. esami prescritti dal Mmg in presenza di una patologia cronica a elevata prevalenza, sia per il suo primo inquadramento sia per i periodici controlli, desumibili dai relativi Pdta condivisi e applicati negli ultimi anni o in fase di elaborazione; per questa tipologia di assistiti esiste una gamma di indagini appropriate "a priori", sulla base della letteratura Ebm, che dovrebbero essere patrimonio di buona pratica clinica condivisa da Mmg e specialistica;

3. accertamenti diagnostici frutto delle autonome iniziative degli assistiti, che accedono al secondo livello bypassando il primo livello, o suggeriti direttamente dagli assistiti al proprio Mmg.

■ Garanzia di appropriatezza

L'appropriatezza e la qualità della richiesta di consulenza specialistica, specie in caso di prima visita, passa attraverso il rispetto di un iter procedurale e metodologico così articolato:

a. accurata anamnesi ed esame obiettivo sul paziente da parte del Mmg;

b. preliminare inquadramento del caso, sulla base delle ipotesi diagnostiche più probabili emerse dalla fase precedente, tramite la prescrizione di accertamenti di primo livello da parte del Mmg. Per le principali patologie croniche il primo inquadramento è dettato dal relativo Pdta, congiuntamente elaborato dai Mmg e dagli specialisti del settore;

c. formulazione di una richiesta di consulenza accurata e documentata,

comprendente tutte le informazioni anamnestiche e strumentali utili a orientare lo specialista, compreso il quesito clinico circostanziato, diagnostico e/o terapeutico.

In questo modo è garantita l'appropriatezza in quanto lo specialista, in veste di consulente del Mmg, affronta casi già selezionati/inquadrati e non "grezzi", ed è quindi nelle condizioni di ottimizzare il proprio intervento, che consisterà in ulteriori indagini diagnostiche di approfondimento, richieste dallo specialista sul proprio ricettario del Ssr, o in consigli terapeutici medici o chirurgici. Al termine del percorso diagnostico il paziente verrà "restituito" al proprio curante con l'indicazione e la pianificazione delle successive tappe della gestione ambulatoriale in caso di patologia cronica (tipologia e tempi degli accertamenti di follow up, visite di controllo ecc). Il primo beneficiario di queste modalità di relazione e integrazione tra I e II livello è l'assistito, che può godere di un'assistenza puntuale e appropriata, anche grazie alla riduzione dei disagi e delle procedure burocratiche. A questa cornice culturale e metodologica, che presuppone anche un certo tipo di relazioni tra professionisti di I e II livello, fanno implicitamente riferimento le linee guida proposte dalle associazioni sindacali della medicina generale e recepite al tavolo di confronto tra Asl e strutture Accreditate operanti nella provincia di Brescia.

Per realizzare nella pratica tale modello "ideale" è necessario però un salto qualitativo nelle relazioni tra ospedale e territorio, da entrambi i versanti, un'evoluzione culturale nel segno di un'attenzione per esi-

Il documento della Asl di Brescia

Lo specialista operante presso struttura pubblica o privata accreditata qualora ritenga necessarie ulteriori indagini diagnostiche per rispondere al quesito del medico di famiglia in caso di prima visita, le prescrive direttamente senza richiedere alcun intervento del medico curante. Al termine dell'iter diagnostico (esami o visite) l'assistito è riaffidato al Mmg per le cure immediate del caso o la gestione condivisa sul lungo periodo (esami di controllo, follow up specialistico ecc.).

La prescrizione di ulteriori indagini è effettuata direttamente dallo specialista nel caso di visita per riacutizzazioni, recidive, nuovi sintomi o complicanze di una condizione cronica, mentre rinvia al curante le prescrizioni relative ai controlli sul medio/lungo periodo (6-12 mesi) e i follow up programmati/concordati con il Mmg o previsti dai Pdta.

La stessa regola, ovvero la prescrizione diretta da parte dello specialista, avviene:

- in caso di esami a breve termine (indicativamente al massimo entro 10 giorni e comunque in continuità con il problema di base)

richiesti dopo un accesso in Ps (specie se attivato autonomamente dall'assistito);

- alla dimissione dopo un ricovero ordinario o in day-hospital, qualora siano necessarie visite di controllo o ulteriori accertamenti o altre prestazioni di follow up a breve scadenza (esempio, visita di controllo, Rx controllo frattura, rimozione gesso, ecc.);
- per pazienti ad alta intensità di cura, gli accertamenti suggeriti dopo consulenza ematologica, oncologica, immunologica, nefrologica, per patologie croniche e/o gravi, più che un criterio temporale va applicato quello di "continuità di cura e completamento/conclusione diagnostico-terapeutica" (alla stregua del passaggio di cura).

Restano invece a carico del Mmg le richieste di ricovero ospedaliero ordinario o in day-hospital, quando non programmate dallo specialista, nonché la prescrizione di esami e visite specialistiche di follow up sul medio lungo-periodo.

I Mmg non trascrivono gli accertamenti richiesti dagli specialisti, se non presente il quesito/sospetto diagnostico.

genze, vincoli, norme amministrative e regolatorie che governano le due realtà. Ciò comporta una sfida orga-

nizzativa per le strutture accreditate, chiamate a un maggiore livello di integrazione sistemica da sempre au-

spicato, ma raramente realizzato, a cui potrebbe contribuire l'applicazione concertata della delibera.