

Accessi impropri in Ps: sperimentazioni controverse

Nonostante gli auspici e i desideri di qualche amministratore, la Medicina Generale non può competere con l'ospedale per la gestione della "vera" urgenza-emergenza. La chiusura di molte delle sperimentazioni regionali relative all'ubicazione nei Pronto soccorso o nelle adiacenze di ambulatori gestiti dai Mmg ne è la prova evidente

Giuseppe Belleri
Medico di medicina generale
Flero (BS)

La chiusura degli ambulatori di medicina generale annessi al Pronto soccorso (Ps) per ridurre gli accessi impropri dei cosiddetti "codici bianchi" ha provocato il prevedibile vespaio di polemiche. Il problema è annoso e un dato è certo: nonostante gli auspici e i desideri di qualche amministratore la Medicina Generale (MG) non può competere con l'ospedale per la gestione della "vera" urgenza-emergenza. Ad esempio se un assistito lamenta un dolore toracico, tipico, ma anche atipico, va inviato prontamente in Ps perché solo la struttura tecnologicamente meglio attrezzata può gestire il problema in modo appropriato ed efficace. Tuttavia non è detto che una buona copertura del territorio a base di Case della Salute o simili, ben organizzate per prendere in carico i cronici, possano anche intercettare una modesta quota di pseudo-urgenze che afferisce impropriamente al Pronto soccorso. Una buona gestione territoriale dei cronici può, come effetto collaterale per via della disponibilità oraria e della multiprofessionalità, peraltro futuribile, intercettare una parte dei codici bianco/verdi che attualmente affollano in modo improprio il Ps, ma non certo farsi carico di tutta l'urgenza. La priorità assistenziale e la *mission* organizzativa della MG resta sempre la presa in carico e la gestione della cronicità in strutture idonee ed è inutile - oltre che demagogico - far credere che le future Ucp o le Aft potranno risolvere alla radice i problemi del

sovraffollamento dei Pronto soccorso, come si è vagheggiato durante la discussione della riforma Balduzzi.

I Ps sono in cronico affanno e farebbero volentieri a meno di gestire tanti codici bianco/verdi, che peraltro sono attratti in Pronto Soccorso per l'esorbitante offerta di prestazioni tecnologiche, in tempi rapidi, senza code agli sportelli, incombenze burocratiche varie e pagamento di ticket. È la classica induzione della domanda da parte dell'offerta, di cui poi le strutture di Ps sono le prime a pagarne gli effetti pratici in termini di sovraffollamento auto-indotto e inconsapevole, in un classico effetto perverso sistemico. È fuori dubbio che la strada maestra per gestire la cronicità sul territorio sia il cosiddetto *Chronic Care Model*. Le esperienze dell'Emilia Romagna (testimoniate da una recente inchiesta della trasmissione TV Presadiretta) e quelle Toscane lo dimostrano empiricamente, oltre che sul piano teorico, in modo inoppugnabile: è il modello vincente, ma ovviamente comporta una strategia organizzativa di riassetto del sistema su due fronti (taglio dei piccoli ospedali e contestuali investimenti sul territorio) di pari passo e di lungo periodo. Senza scelte strategiche coraggiose prima o poi i nodi vengono al pettine.

▶ Sicilia e Lazio: esperienze a confronto

In Sicilia è in atto da tempo un'esperienza di ambulatori per codici bianchi annessi al Pronto soccorso che prosegue con un discreto successo. Gli ambulatori laziali invece non hanno avuto la stessa sorte, tant'è che la sperimentazione AmbMed è stata bruscamente chiusa dalla nuova giunta regionale. Dal confronto tra questi opposti esiti emerge un interrogativo: non è sempre vero che

l'offerta crea la domanda, visto che nel Lazio non c'è stato il boom di accessi verificatosi in Sicilia! Perché, forse, gli assistiti del Ssr del Lazio sono meno "furbi" che in trinchiera? Il "mistero" è stato svelato dal segretario Fimmg del Lazio, **Pierluigi Bartoletti** che ha sottolineato le differenze tra i due modelli. Il fatto è che nell'isola il Mmg dei "codici bianchi" può prescrivere accertamenti diagnostici da eseguire nell'adiacente Pronto soccorso. In tal modo l'ambulatorio si è rivelato una comoda scorciatoia per accedere alle prestazioni specialistiche in modo pseudo-urgente, da parte degli utenti con problemi ordinari, cioè senza fare code e pagare ticket esosi. Al contrario nel Lazio i medici di medicina generale non avevano la

fattibilità dei colleghi siciliani, per cui i cittadini dovevano rivolgersi alle strutture diagnostiche ambulatoriali ordinarie, non avendo la possibilità di recarsi in Ps per una radiografia o una TAC, cioè saltando liste d'attesa e incombenze burocratiche. Senza volerlo è stato approntato tra Roma e Palermo una sorta di esperimento "naturale" e inintenzionale proprio per questo metodologicamente il migliore - sulle differenze di comportamento degli assistiti. In sostanza il "braccio" laziale fungeva da controllo/confronto e "placebo", per valutare in che misura l'offerta tecnologica siciliana crea la propria domanda. L'esito è chiaro: in Sicilia il Mmg annesso al Ps viene utilizzato dagli assistiti per accedere alla tecnologia biomedica nel modo più

breve ed economico possibile. La sperimentazione è quindi riuscita e la teoria è stata confermata per l'ennesima volta! Non usando mai i codici bianchi, ma solo quelli verdi, si elimina l'unico deterrente che potrebbe parzialmente inibire il circolo vizioso della domanda indotta dall'offerta, ovvero il pagamento del ticket. Questo comportamento, peraltro comprensibile in un periodo di crisi economica, si rivela un formidabile volano/incentivo che attrae altra domanda impropria nei Pronto soccorso, di cui poi sono vittime gli stessi operatori di emergenza, mentre c'è al contrario chi ipotizza che sia la medicina generale a non farsi carico dei codici bianchi. Ecco un'ennesima dimostrazione degli effetti perversi dell'offerta gratuita di prestazioni.

M.D. media

Collegati a M.D. in versione digitale www.mdmedia.it



- È... **sfogliabile** da PC, tablet, smartphone nel nuovo formato flipbook
- È... **integrale**: riproduce fedelmente l'edizione cartacea
- È... **scaricabile** e archiviabile sul proprio PC in formato PDF
- È... **immediatamente online** dal giorno stesso dell'invio in stampa
- È... sempre **disponibile** e consultabile "on demand"
- È... **multimediale**, arricchito da contributi video fruibili con un semplice click



www.mdmedia.it