



## Medico di famiglia semplice ricognitore di bisogni in Toscana

**Data** 30 dicembre 2005  
**Categoria** professione

Per le medicine fisiche in Toscana il medico di famiglia dovrà solo porre un'indicazione diagnostica senza poter stabilire le cure che verranno decise da altri.

La prospettiva sembrerebbe allettante: tempi più rapidi, abbattimento delle liste di attesa, appropriatezza delle prestazioni e certezza sugli esiti delle cure ricevute.

Dal primo gennaio in Toscana cambiano le modalità di accesso e di erogazione delle prestazioni di medicina fisica e riabilitativa. Viene prospettata come una "rivoluzione", organizzativa ed addirittura culturale, quella disegnata dalla delibera della Regione Toscana n. 595 del 2005.

Sino ad oggi era il medico di famiglia, o lo specialista, a prescrivere direttamente le prestazioni ritenute necessarie per contrastare una determinata patologia. Dal primo gennaio, il medico dovrà limitarsi a diagnosticare la patologia clinica del proprio assistito; sarà poi la struttura sanitaria ad individuare e, successivamente erogare, uno o più "pacchetti di prestazioni" ritenuti idonei per quella determinata patologia. I pacchetti di prestazioni, infatti, sono stati individuati in base alla classificazione delle varie patologie e dovrebbero garantire nell'immaginario degli amministratori toscani, una maggiore "appropriatezza" delle cure ricevute. Ad ulteriore garanzia, è stata prevista anche una valutazione finale sugli esiti delle cure ricevute, dopo la quale si potrà decidere se cessare il trattamento, avviare un nuovo ciclo o accedere ad uno specifico percorso di trattamento individuale. A seconda della patologia si potrà usufruire di uno o più cicli di cure annui, sino ad un massimo di tre.

Per ogni patologia, è stato individuato un "tempo appropriato" entro il quale la struttura sanitaria dovrà iniziare il trattamento corrispondente. Si va da un minimo di 7 giorni, previsti per patologie quali la lesione del menisco o la rottura completa della cuffia dei rotatori, sino ad un massimo di 60 per patologie quali l'incontinenza urinaria o fecale. A seconda della patologia, si potrà accedere a tre diversi percorsi riabilitativi.

Il primo percorso è quello delle cosiddette "Attività Motorie Adattate". Vi rientrano tutte le patologie che fanno riferimento a situazioni artrosiche (colonna, ginocchio, anca, ecc) non in fase infiammatoria acuta. Queste patologie non rientrano più nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), il che significa che non saranno più a carico del servizio sanitario regionale. Non più ultrasuoni, tens, massoterapie riflessogene o diadinamiche. Per queste condizioni, infatti, gli indirizzi della letteratura internazionale, non ritengono più appropriate le prestazioni di medicina fisica o altri interventi di natura sanitaria, bensì programmi di attività motoria (ginnastica, igiene motoria e posturale, fitness adattato). Queste attività motorie potranno essere svolte dal CONI ed altri enti di promozione sportiva (arci, uisp, endas, acli, ecc), patronati, palestre private, centri anziani, ecc, secondo uno specifico accordo siglato con la Regione toscana, ed in base al quale ogni assistito sarà chiamato a pagare la somma di 2 € per ogni seduta a cui partecipa. Di norma sono previste due sedute settimanali, per accedere alle quali non servirà né la prescrizione medica, né altre certificazioni di idoneità ad attività ludico motorie.

Il secondo percorso è quello "specialistico di medicina fisica". Rientrano in questo percorso tutte le condizioni di disabilità derivanti da trauma e interventi, o comunque riferibili a condizioni cliniche acute o in fase di riacutizzazione. A titolo esemplificativo, sono considerate tali le lesioni del canale vertebrale e dei nervi cranici, le lesioni articolari o tendinee, l'artrite reumatoide ed altre poliartropatie infiammatorie, le fratture, le lussazioni e le distorsioni. Tutte le condizioni che rientrano in questo percorso, sono comunque identificate e classificate in base ad una specifica codifica (ICD 9 CM) e riportate in un allegato della delibera regionale.

In questo caso le prestazioni erogate rientrano nei LEA e sono quindi a carico del servizio sanitario regionale. L'assistito sarà chiamato solo al pagamento del ticket, se dovuto.

E' il medico di famiglia o lo specialista ad avviare il percorso certificando una determinata patologia, dopodiché la struttura sanitaria - pubblica o privata accreditata - valuterà quale sia il "pacchetto" di prestazioni più idoneo. Solitamente questi "pacchetti" comprendono da sei a dieci sedute riabilitative. L'accesso alle prestazioni individuate dovrebbe in teoria essere garantito entro tempi prestabiliti che, come già detto, vanno da un minimo di 7 ad un massimo di 60 giorni. Per ogni patologia, sono ugualmente stabiliti i cicli necessari per il trattamento (massimo tre cicli annui), al termine dei quali, qualora la valutazione delle cure ricevute dovesse dare un esito negativo, il medico prescrittore (MMG o specialista) potrà indirizzare il proprio assistito verso un percorso più specialistico, quello numero tre.

Percorso numero tre, le "Attività ambulatoriali di riabilitazione". La usl, predispose uno specifico piano di trattamento individuale con l'obiettivo di contenere una eventuale disabilità, anche transitoria, o favorire la prevenzione di un possibile handicap. In tale percorso rientrano le patologie che fanno riferimento alle malattie neurologiche, gli esiti da ictus, le insufficienze cardiache, le fratture multiple, gli esiti da gravi incidenti stradali o da amputazione di arti. L'accesso alle prestazioni, anche in questo caso, avviene tramite la prescrizione del medico di medicina generale o dello specialista, che dovranno richiedere un progetto riabilitativo individuale da parte dell'équipe riabilitativa, indicando altresì la condizione diagnostica (o la relativa codifica) riscontrata al proprio assistito.

Al termine del piano individuale di trattamento, qualora la valutazione sugli esiti delle cure dovesse essere negativa, sarà compito dell'équipe riabilitativa decidere l'invio dell'assistito ad altri percorsi e trattamenti.

Fonte: Arezzo notizie

Commento di Luca Puccetti

Nell'assordante silenzio generale si sta consumando l'ennesimo attacco alla professionalità del medico di medicina



generale ritenuto, in pratica, un semplice passacarte ignorante, incapace di stabilire le terapie "appropriate". Alla faccia delle belle parole, ripetute in occasione di ogni tronfio convegno, sull'importanza del MMG, sulla necessità di spostare risorse al territorio, sull'assoluta, inderogabile, ineluttabile necessità di rivalutare il ruolo del MMG.

Capito ? Adesso non sarà più il medico a decidere quali cure e quando somministrarle, ma saranno altri soggetti, i cosiddetti esperti, che nulla sanno ovviamente del paziente, ma che, in nome della loro "competenza" nominale, sicuramente miglioreranno l'appropriatezza. Una monumentale debacle culturale ancor prima che professionale della MG toscana. Poi ci sono i risvolti pratici, in caso di effetti collaterali o di cure non corrette chi ne risponderà? Che cosa dovrà fare il MMG nei confronti di quello che veniva ritenuto, erroneamente, il suo paziente che si rivolgerà a lui chiedendo che cosa possa mai fare di fronte ad un trattamento ritenuto insoddisfacente? Occorre sempre ricordarsi che lo studio del MMG è aperto e che non ci sono filtri o ticket da pagare! Ecco la rivoluzione culturale: spostare anche sul territorio il rapporto fiduciario dal medico alla struttura, come è avvenuto per il nosocomio.

Ma esiste un altro aspetto, altrettanto grave. Le cure fisiche sarebbero state "eliminate" in quanto non supportate dalla EBM. Ma come, per le medicine "complementari" si discetta a destra e a manca di indicatori inadeguati, di tempo come cura, di obiettivi legati non alla salute, ma al benessere e non si vuole considerare questi aspetti per le medicine fisiche? Ricordiamo che alcune medicine "complementari" sono erogate dalle ASL toscane e che in questa stessa regione è stata istituita la giornata della donazione pranica! Premesso che le corrette indicazioni e la giusta tempistica, unitamente al modo con cui vengono somministrate ed alla competenza del fisioterapista, sono elementi determinanti per il risultato, occorre sempre ricordare, a chi parla di appropriatezza, che un massaggio non può durare 5 minuti e che in 10 minuti di ionoforesi il farmaco non passa nemmeno lo strato corneo. Il risultato è ovviamente prestabilito e assolutamente pianificato: la maggior parte dei pazienti si rivolgerà al privato e tutti quegli anziani, che non vogliono rassegnarsi a vivere con l'artrosi, o si dovranno rassegnare oppure si pagheranno le cure fisiche prescritte dal loro medico di fiducia.