

**Secondo uno studio texano il foglio di dimissioni non viene consegnato nella maggior parte dei casi, oppure è privo di dettagli importanti riguardanti la terapia, il follow up o i consigli al paziente, con il risultato di un aumento di riospedalizzazioni.**

# Errori medici colpa di un buco nella continuità assistenziale

## Luciano Benedetti

**A** mano a mano che aumentano il progresso tecnologico e scientifico delle discipline specialistiche, anche la comunicazione e il transfer di informazioni sul paziente tra ospedale e territorio, tra il reparto dove questi è stato ricoverato e il medico di medicina generale che lo ha in cura, dovrebbero diventare più accurati ed esaurienti, per garantire la continuità assistenziale.

Paradossalmente, però, con il crescere della specializzazione all'interno dell'ospedale, aumenta anche l'inaccessibilità di quest'ultimo, come i medici del territorio ancora sperimentano. Peccato, perché il ritardo nella comunicazione e la scarsa accuratezza delle informazioni che dall'ospedale raggiungono l'ambulatorio di medicina generale mettono a rischio la qualità delle cure prestate al paziente, specie nel periodo a ridosso delle sue dimissioni. Tanto che un quar-

to circa delle visite di follow-up post-dimissioni non centrano l'obiettivo in termini di qualità e di efficacia. In altre parole, il deficit di continuità assistenziale contribuisce all'aumento degli errori medici - la cui prevalenza sarebbe in aumento (J Gen Intern Med 2003;18:646) - che è associato a un proporzionale incremento di riospedalizzazioni.

Sunil Kripalani, della Emory university school of medicine di Atlanta (Usa), analizzando 55 studi osser-

### Lo studio

*Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Preetha Basaviah P, Baker DW; Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians Implications for Patient Safety and Continuity of Care. JAMA. 2007;297:831-841.*

### Metodo

Sono stati analizzati 55 studi osservazionali che prendono in esame il transfer di informazioni all'atto delle dimissioni e 18 studi controllati che valutano l'efficacia di misure volte a migliorare tale transfer di informazioni. I lavori in questione sono stati trovati in MEDLINE fino al novembre scorso e sul Cochrane Database.

### Risultati

La comunicazione diretta tra i medici ospedalieri e i medici generali negli studi analizzati è riportata raramente (3%-20%). Il foglio di dimissioni, spesso non disponibile nella prima visita post-dimissioni (nel 66-88% dei casi), a volte non lo è nemmeno a un mese di distanza (23-49%). Questo difetto di tempestività danneggia la qualità delle cure da parte del curante in circa il 25% dei pazienti. Sono stati descritti numerosi "sistemi" per rendere più rapidamente disponibili e più dettagliate e accurate le informazioni sul ricovero.

## SERVIZI TERRITORIALI E OSPEDALIERI INTEGRATI

LO SPEDICIA LISTA

vazionali e 18 controllati, ha osservato tra l'altro che soltanto il 3 per cento dei medici di famiglia riferiva di essere stato coinvolto in merito alle dimissioni, mentre non più del 20 per cento era stato informato puntualmente all'atto delle dimissioni. La disponibilità di informazioni riepilogative a ridosso delle dimissioni è, in genere, molto scarsa – aggiungono Kripalani e i suoi colleghi – e rimane non ottimale anche un mese dopo (51-77 per cento). I fogli di dimissioni sono spesso privi di dettagli anche importanti, per esempio sulle risultanze diagnostiche (omesse, a seconda dei casi, nel 33-63 per cento), sul trattamento praticato durante il ricovero (non riportato nel 7-22 per cento dei casi), le terapie da assumere dopo le dimissioni (non segnate nel 2-40 per cento), il piano di follow-up (assente nel 2-43 per cento). Per non parlare dei consigli al paziente e alla famiglia, mancanti nel 90-92 per cento dei casi.

### Informazioni scarse

In definitiva – nota Kripalani – i deficit di comunicazione tra i medici ospedalieri e i loro colleghi di medicina generale sono sostanziali e ubiquitari. Una comunicazione tempestiva e dettagliata tra ospedale e territorio può migliorare in modo significativo i risultati clinici. Al contrario, un deficit di informazioni al medico curante, specie nel periodo immediatamente successivo alle dimissioni, può compromettere la guarigione o causare errori che potrebbero condurre a un nuovo ricovero, con buona pace del controllo della spesa sanitaria.

Che fare, allora? Kripalani e coll. hanno preso in considerazione le procedure adottate nei tre studi randomizzati (dei 73 complessivamente esaminati). Uno degli studi in questione mostra che il foglio di dimissioni impiega un giorno, invece che quattro, a raggiungere il medico curante se viene consegnato direttamente al paziente all'atto delle dimissioni. Un secondo studio, mostra, invece, che una

Sebbene negli ultimi anni, la "qualità" della lettera di dimissioni sia molto migliorata e il medico di famiglia riesca, in molti casi, a seguire il proprio paziente anche durante il ricovero, la comunicazione diretta con la struttura, cioè con i colleghi ospedalieri è al momento estremamente rara. Ciò è dovuto essenzialmente a ragioni oggettive di difficoltà organizzative, e non a cattiva volontà da parte dei diversi "attori" della continuità assistenziale. I due livelli non riescono a incontrarsi, anche se lo vorrebbero.

Esiste una soluzione, che sta maturando nella programmazione sanitaria italiana. Essa consiste nella creazione di servizi di assistenza territoriale che si embrichino con i servizi ospedalieri. Sono i Gruppi o le Unità di cure primarie o Medicine di gruppo territoriali. Ogni Regione sta elaborando la sua risposta in questa direzione e la ragione è ben evidente. Oggi, vi è una condizione di evidente squilibrio: un singolo medico del territorio non può entrare in rapporto "paritario" con un intero servizio di secondo livello qual è l'ospedale. Al contrario, nel momento in cui la politica sanitaria – ferma restando la centralità del rapporto medico-paziente – saprà realizzare servizi territoriali di cui la medicina generale è parte integrante ed essenziale, avremo a portata di mano anche la soluzione del problema comunicazione. Più chiaramente, la condizione per una vera continuità assistenziale tra ospedale e territorio è che anche quest'ultimo non sia rappresentato da un singolo medico, ma che sia possibile il colloquio tra due strutture in qualche modo comparabili, come appunto, il reparto ospedaliero e i gruppi di cure primarie. E non siamo lontani dalla soluzione: le sperimentazioni, in alcune regioni come il Piemonte, stanno per partire.

**Mario Nejrotti** - medico di medicina generale, segretario dell'Ordine dei Medici di Torino.

scheda generata al computer contiene un maggior numero di dati importanti per il Mmg, rispetto al foglio di dimissioni "manuale". Il terzo studio, infine, mette in evidenza l'efficacia di un planning di dimissioni multimodale, che comprende tra l'altro una telefonata dell'ospedale al medico del territorio. In pratica, secondo i ricercatori texani, tutto ruoterebbe intorno alla lettera o foglio di dimissioni, intesa come mezzo di comunicazione per eccellenza. «Forse, però», avverte **Mario Nejrotti**, segretario dell'Ordine dei Medici di Torino, «ottimizzare la lettera di dimissioni, se pure è giusto e meritevole in sé, non è sufficiente a risolvere il problema nella sostanza». Già oggi vi sono eccellenti esempi in questo senso, ma ciò non impedisce che manchi un vero rapporto diretto tra ospedale e territorio, per motivi essenzialmente organizzativi e strutturali. In parole povere, non è questione di buona volontà da parte

del medico generale, né di buona organizzazione da parte del reparto ospedaliero, ma piuttosto di dimensioni: è impossibile che un singolo medico, e un'intera struttura complessa, riescano a entrare in rapporto operativo su ogni singolo paziente. Al contrario, la continuità assistenziale potrà essere garantita quando a dialogare saranno due strutture in qualche modo comparabili.

### Strutture ad hoc

La risposta giusta è, dunque, la Medicina di gruppo territoriale o il Gruppo di cure primarie (la Casa della Salute evocata dal Ministro **Livia Turco**), ovvero "strutture polivalenti e funzionali in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale con l'ospedale e le attività di prevenzione"?. È presto per dirlo, ma l'organizzazione sanitaria italiana sembra proprio andare in questa direzione.