- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.226.251.68 Sat, 27 Apr 2024, 07:28:16

Ignazia Poidomani[1], *Cesario Oliva*[2]
[1]Segretario Regionale SIFO, Sicilia
[2]SSFO Università di Pisa; Comitato Unico di Redazione Editoria SIFO

Continuità ospedale-territorio e appropriatezza delle cure

Moderatori: Ignazia Poidomani, Salvatore Brugaletta
- *Alessandro Curto*, L'organizzazione delle cure primarie
- *Pasquale Cananzi,* La gestione della terapia nella continuità assistenziale. Dalla Distribuzione Diretta alla DpC
- *Ambrogio Marcelletti,* Appropriatezza prescrittiva in polifarmacologia nell'anziano

La cronicità delle cure legata soprattutto all'invecchiamento della popolazione pone nel nostro paese un grosso problema di sostenibilità. L'organizzazione assistenziale, nonostante i buoni propositi, è ancora prettamente "ospedalocentrica", né si riescono a trovare soluzioni per rendere sostenibile una adeguata assistenza territoriale. Le patologie che richiedono continuità assistenziale sono sempre in aumento e l'attuale organizzazione dei servizi non riesce a far fronte in modo adeguato alla deospedalizzazione precoce del paziente. Proprio la deospedalizzazione precoce, che avrebbe dovuto liberare risorse spostandole nel territorio per poi reinvestirle nella cronicità, non ha trovato il territorio pronto a prendere in carico il paziente in modo coerente alla gravità dei problemi da affrontare. La continuità Ospedale-Territorio è, quindi, un tema che ricopre grande importanza nel riassetto finanziario e organizzativo delle Aziende Sanitarie e proprio per questo nell'ambito del XXXV Congresso SIFO, è stata proposta e realizzata una sessione parallela sul tema "Continuità ospedale – territorio e appropriatezza delle cure" moderata dalla Dott.ssa Ignazia Poidomani, Direttore dell'U.O.C. Farmaceutica Territoriale dell'ASP di Ragusa e dal Dott. Salvatore Brugaletta, Direttore Generale dell'ASP di Siracusa. La sessione ha visto come primo relatore il Dott. Alessandro Curto del CESAV, Centro di Economia Sanitaria A. e A. Valenti - Istituto di ricerche farmacologiche "M. Negri", che dopo aver introdotto il concetto di centralità delle cure primarie che rivestono un ruolo fondamentale soprattutto per tre fenomeni socio-economici quali l'invecchiamento della popolazione, con aumento di patologie croniche, la mancanza nell'attuale società di una rete parentale-sociale allargata e la scarsità di risorse, dovuta in parte alla crisi che ha colpito il mondo intero non risparmiando l'Italia, ha fatto una panoramica dei livelli di organizzazione delle cure primarie che tendono ad una nuova visione, paziente-centrica anziché ospedalocentrica. Tutto parte da un maggiore coinvolgimento del paziente per tutto il trattamento cui è soggetto e, sicuramente, da un diverso atteggiamento del MMG che passa da una medicina di attesa ad una medicina d'iniziativa, finendo con tutti i livelli di assistenza (primaria, secondaria e terziaria) interconnessi in una rete che funzioni al meglio nell'interesse del paziente. Esperienze in alcune zone del nostro paese come le UTAP (Unità Territoriali di Assistenza Primaria), le Case della Salute, le Medicine di Gruppo Integrate ne sono l'esempio. Si è cercato, anche assecondando i LEA, di unificare i modelli in tutte le regioni normando il tutto con il recente Decreto Balduzzi, che prevede le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) monoprofessionali e le UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie) multiprofessionali aperte al pubblico per l'intero arco della giornata. È dovere delle regioni organizzare operativamente le UCCP in reti integrate di poliambulatori, dotati di strumentazioni di base e collegamento telematico con le strutture ospedaliere, orientate alla promozione e condivisione di buone prassi, in grado di offrire soluzioni assistenziali e organizzative qualitativamente elevate e alternative all'ospedale. In conclusione sarebbe necessaria la riconversione dell'esistente in AFT e UCCP e l'adesione obbligatoria a tali forme associative e prevedere il ruolo unico per il MMG, che non dovrebbe ricevere compensi sotto forma di quota capitaria che ostacola la medicina di gruppo e non incentiva orari di apertura più lunghi.
Più organizzata sembra invece la continuità assistenziale nell'erogazione dei farmaci. Diversi esempi di "Good Practice" nella gestione del farmaco nella continuità assistenziale in Italia lo dimostrano. Il passaggio a forme di Distribuzione Diretta come il primo ciclo di terapia alle dimissioni ospedaliere e l'erogazione diretta dei farmaci del

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.226.251.68 Sat, 27 Apr 2024, 07:28:16

PHT o la Distribuzione per Conto (DPC), permettono insieme il controllo dell'appropriatezza prescrittiva e il controllo della spesa farmaceutica convenzionata, dimostrando che la ricerca dell'appropriatezza prescrittiva aiuta a rendere sostenibile il sistema e ad assicurare anche l'accesso alle cure innovative. Il secondo relatore Dott. Pasquale Cananzi, Farmacista dell'Assessorato della Salute della Regione Sicilia, ha focalizzato tale argomento e dimostrato, dati alla mano, come la DPC, secondo il modello adottato in Sicilia, offre l'opportunità di garantire la continuità ospedale-territorio, l'appropriatezza prescrittiva e la sostenibilità del sistema, tutto a beneficio del paziente che può godere anche di un agevole accesso ai trattamenti farmacologici.
A chiudere la sessione, colma di spunti di riflessione, è stato il Dott. Ambrogio Marcelletti, che ha relazionato sull'appropriatezza prescrittiva negli anziani farmacologicamente politrattati in alcune Residenze Sanitarie Assistite. L'uso di complessi regimi terapeutici espone la popolazione anziana ad un elevato rischio di ricevere trattamenti farmacologici inappropriati, definiti come le terapie i cui rischi superano i potenziali benefici, e di conseguenza di sviluppare reazioni avverse. Le cause: molteplici terapie farmacologiche per il trattamento di patologie concomitanti, la presenza di più di un medico prescrittore che porta a "stratificazione" delle terapie, i cambiamenti fisiologici correlati all'età nella farmacocinetica e nella farmacodinamica che alterano gli effetti dei farmaci. La polifarmacologia, merita dovunque un sistema di sorveglianza e di rivalutazione della terapia, per limitarla almeno alle prescrizioni razionali. Un programma di sorveglianza, gestito direttamente dal Farmacista dell'ospedale di riferimento, dovrebbe migliorare l'appropriatezza prescrittiva, perché in grado di fornire informazioni utili su schemi di terapia con farmaci sopra un numero fissato come critico, che meritano obbligatoriamente una rivalutazione, farmaci potenzialmente inappropriati (soprattutto nei gruppi neuropsichiatrici e cardiovascolari) che meritano rivalutazioni e correzioni, farmaci assolutamente inappropriati che vanno obbligatoriamente conosciuti ed eliminati.
La sessione è stata molto partecipata sia in termini di presenze che di interventi e ciò dimostra che gli argomenti trattati sono di grande attualità e rivestono valore universale. Sono stati trattati tre momenti della continuità assistenziale dove il Farmacista, in un percorso condiviso di appropriatezza con gli altri attori della continuità assistenziale, Direttori di Presidio e Direttori di Distretto, Medici di Medicina Generale e Medici Specialisti, Infermieri, Assistiti, ecc. si pone come elemento cardine in tema di programmazione, organizzazione ed erogazione delle cure.