

## BASILICATA CALABRIA PUGLIA

### Le 'best practice' nella continuità assistenziale ospedale-territorio Stato dell'arte e prospettive in Puglia, Basilicata e Calabria

**Grazia Mazzone, Valentina Lucia Muciaccia, Vincenzo Giannotta**

*Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, Università degli Studi di Bari*

Fa più rumore la chiusura di un ospedale che la crescita complessiva dell'assistenza sanitaria nel territorio; ma al paziente cosa giova in misura maggiore? Con questo interrogativo è cominciato il convegno 'Continuità assistenziale come modello innovativo di integrazione ospedale-territorio', tenutosi a Lecce nel giugno scorso.

In molte Regioni d'Italia sono stati implementati alcuni Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA), che promuovono la continuità ospedale-territorio. I Piani di Rientro adottati in Regioni come la Puglia e la Calabria hanno rapidamente consentito lo sviluppo di nuove politiche di assistenza sanitaria integrata sul territorio, conseguenti alla chiusura e al riordino degli ospedali, impedendo però l'attuazione piena e proficua di una rete assistenziale territoriale efficiente fuori dai circuiti classici ospedalieri. Non si è ancora riusciti a concretizzare un modello innovativo dell'offerta sanitaria che garantisca piena continuità tra ospedale e territorio. Pertanto, l'unico approccio gestionale possibile è quello manageriale, che rende sostenibile la sanità e che non può prescindere da un'attenta e corretta valutazione dei criteri di appropriatezza.

La legge 405/2001 sposta il baricentro dall'ospedale al territorio e coinvolge in maniera più incisiva altri operatori sanitari, tra cui il farmacista. Con il Piano Sanitario 2010/2013 sono stati definiti in maniera peculiare quali siano i servizi sanitari che fanno capo agli ospedali: trattamento di patologie acute; trattamento di patologie che necessitano di un monitoraggio continuo; trattamento di patologie che necessitano di assistenza intensiva. Tutto il resto compete al territorio.

Queste le *best-practice* promosse dalla Regione Basilicata che, libera dai limiti imposti dai Piani di Rientro, ha sviluppato alcuni progetti pilota: la gestione dei diabetici, che prevede la mappatura dei pazienti e della peculiarità patologica di ognuno, la programmazione delle visite specialistiche e degli esami diagnostici per i singoli e la definizione di terapie personalizzate.

Un'ulteriore idea innovativa, che si sta sviluppando in Basilicata, è la creazione di reti assistenziali gestite tramite i PAC (Pacchetti Ambulatoriali Complessi): per ogni paziente ambulatoriale richiedente una prestazione specialistica si apre una cartella clinica, poi caricata in una piattaforma elettronica per il consulto di tutti i medici che seguono il paziente, garantendo il rispetto della privacy dell'assistito. In questo modo il paziente è "condiviso" dagli specialisti e dai medici di medicina generale, con facilitazione del percorso assistenziale programmato dallo specialista. È in cantiere, inoltre, la nascita dei 'Punti della salute e dell'assistenza territoriale integrata' e, con l'ausilio di reti informatiche, si sta cercando di introdurre il fascicolo sanitario elettronico personale.

In Puglia vi sono progetti già realizzati nell'ambito dell'assistenza sanitaria integrata, come la telemedicina, con cui è possibile realizzare il monitoraggio dei pazienti in terapia intensiva, le tele-diagnosi, i teleconsulti e la teleassistenza a domicilio; in particolare, la telecardiologia – nata più di dieci anni fa con il Progetto Leonardo – prevede che gli elettrocardiografi presenti nelle ambulanze siano collegati con i Reparti di Cardiologia e con le Unità Coronariche per inviare quanto prima i tracciati ECG agli ospedali di riferimento ed organizzare interventi rapidi e mirati. Anche nella ASL di Potenza sta iniziando l'esperienza della teleassistenza per avere una sorta di ospedale al domicilio del paziente: lo specialista telecoordina una rete di infermieri e altri operatori sanitari, che portano le prestazioni ospedaliere al domicilio del paziente. In Puglia si sta pensando alla creazione dei Dipartimenti Farmaceutici, che coordinino l'attività farmaceutica ospedaliera e territoriale di una Provincia con definizione di ruoli e competenze. La distribuzione diretta nelle farmacie territoriali e la distribuzione per conto nelle farmacie private convenzionate rappresentano uno snodo essenziale nella continuità assistenziale offerta ai pazienti e un'opportunità per il contenimento della spesa farmaceutica e l'accessibilità sostenuta delle terapie. Nonostante queste iniziative, però, in Puglia, Basilicata e Calabria sono emerse alcune criticità: primo fra tutti, il problema della mancanza di comunicazione tra medici specialisti e medici di medicina generale e tra assistito e medico di base, seguito, purtroppo, nel passaggio dall'ospedale al territorio, dalla perdita dei dati clinici e farmaceutici dei pazienti.

Probabilmente il nuovo software applicativo pugliese Edotto potrà risolvere il problema.

Il Progetto Edotto si inserisce in un ambizioso piano della Regione Puglia, come modalità per digitalizzare i flussi informativi, e ha come obiettivi il miglioramento della qualità del dato garantendo la certezza, la condivisione delle informazioni tra i fruitori della materia sanitaria e la comunicazione tra sistema sanitario e cittadino.



Per comprendere l'innovatività che la Regione Puglia vuole impartire a tutto il sistema sanitario, si pensi che il Progetto Edotto comprende 34 aree applicative e che, parallelamente, il Piano per la Sanità Elettronica prevede anche la messa in rete di tutti i Medici di Medicina Generale e l'istituzione del Fascicolo Sanitario Elettronico del paziente.

L'approccio della Regione Puglia si discosta sostanzialmente da quello di altre Regioni, come Basilicata e Calabria, perché il progetto riguarda tutto il territorio, prevedendo, fra le altre, piattaforme uniche regionali per lo screening, le dipendenze patologiche, le malattie rare, il 118, la telecardiologia e la gestione delle attività di vaccinazione. Accanto a queste iniziative, che hanno già ottenuto opportuna copertura normativa, passata indenne dai vari ricorsi ed apprezzata anche dal garante per la privacy, si resta in attesa di procedere allo stesso modo per istituire una piattaforma regionale unificante i sistemi CUP, un sistema informativo unico consultoriale e uno per l'ematologia.

Riteniamo interessante illustrare il favorevole risvolto per il cittadino che necessita di assistenza sanitaria, ipotizzando un ideale percorso ospedaliero, che potrà essere messo in atto quando tutte le Aziende Sanitarie e le Aziende Ospedaliere si saranno al-

lineate con il sistema informatizzato. Dal servizio di Primo Intervento, il paziente verrà gestito in maniera digitale dal programma Edotto: l'ambulanza sarà dotata di sistemi innovativi quali la telecardiologia e l'accesso al fascicolo sanitario del paziente, utile sostegno all'attività di primo soccorso; inoltre, sarà collegata telematicamente con tutte le centrali di accettazione di Pronto Soccorso della Puglia, per direzionare il caso nella maniera più opportuna.

In ospedale il sistema informatizzato comprende: l'accettazione di urgenza, le consulenze ai reparti o la gestione del ricovero con l'apertura diretta della SDO (Scheda Dimissione Paziente) al reparto, la farmaceutica ospedaliera e la dimissione del paziente, e in ciascun passaggio ogni operatore, nell'ambito di propria competenza, potrà alimentare il flusso di informazioni sul Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) del paziente, che resta a disposizione di tutti gli "addetti ai lavori". Tramite Edotto sarà possibile redigere le schede di dimissione, il piano terapeutico, eventuali certificati di infortunio, la prescrizione di farmaci ex-OSP2 e l'erogazione del primo ciclo di terapia. La prescrizione tramite Edotto alimenterà così il File F. Si potrà anche attivare la richiesta di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), che il sistema invierà direttamente alla figura sanitaria competente: medico di medicina generale, assistente sociale, operatori del distretto sociosanitario, farmacisti. Insieme potranno elaborare il percorso assistenziale più opportuno senza la necessità di spostamento alcuno da parte dell'assistito.

Al momento, però, il paziente, perno attorno al quale dovrebbe girare l'intero sistema sanità, si reca sempre in ospedale. Allora ci si chiede: perché il 'territorio' non viene recepito come l'elemento per il quale è stato concepito? Perché il 'territorio' non è concepito come componente fondamentale di un sistema nato per il cittadino? Come fare perché ospedale e territorio non abbiano soluzione di continuità? Appropriately, HTA e software sono il punto di partenza per organizzarsi efficacemente; il cuore del problema resta, però, la mancanza di comunicazione tra le diverse figure professionali. Lo scambio delle informazioni, che dimostra la presa in carico del paziente, è l'unico modo per umanizzare le cure. La comunicazione fra i clinici e con il paziente è il cuore stesso della medicina. Senza una buona relazione tra gli attori del Servizio Sanitario Nazionale la diagnosi e la terapia restano aride attività accademiche. Accanto ai PDTA, che mettono in relazione lo specialista e il medico di medicina generale, i Percorsi Integrati di Cure (PIC), l'organizzazione di centri di riabilitazione e lungodegenza, gli hospice, l'ADI e l'incremento di percorsi formativi per operatori sanitari in tema di comunicazione rappresentano un ambito privilegiato cui prestare la massima attenzione.

Il paziente non si sentirebbe smarrito, ma accompagnato e contemporaneamente medici e farmacisti potrebbero condividere la responsabilità legata alla cura dei cittadini, utilizzando appropriatamente le risorse umane, economiche e gestionali. ■