

Le cronicità,  
il rapporto col Clinico, il  
rapporto col paziente

RELATORE: DOTT.SSA VENERE  
CELOTTO

UOC AFD AREA SUD

ASL NAPOLI 3 SUD



# Il PNRR e la gestione delle cronicità sul territorio

---

Il **Patto per la Salute 2019-2021** ed il **Piano sulla Cronicità** del 15 settembre 2016, vuole condividere strumenti di programmazione sanitaria per:

- sistematizzare a livello nazionale le attività nell'area delle cronicità
  - rendere più omogeneo possibile il processo assistenziale
  - creare un modello integrato che valorizzi tutti gli attori dell'assistenza

# Il PNRR, alla luce del PNC, riuscirà a coprire le necessità e superare le disparità territoriali?

---

Tale sfida richiede:

- integrazione tra professionisti diversi
- integrazione tra le strutture
- centralità del cittadino-paziente

# Criticità dell'approccio strutturale e sistematico del PNC

---

**Tra le più evidenti criticità**, nelle 4 aree dell'assistenza

RSA-strutture sociosanitarie;

Assistenza domiciliare;

Integrazione ospedale territorio;

Integrazione sociosanitaria – continuità assistenziale )

Si elencano le più evidenti criticità:

- 
- la disomogeneità nell'assistenza al malato cronico fra le regioni e all'interno delle regioni fra le ASL

---

  - la deficienza dei sistemi informativi (interoperabilità)

---

  - i gaps nella continuità assistenziale

---

  - la poca chiarezza dei ruoli e nell'organizzazione dei servizi

---

  - la scarsa integrazione fra gli interlocutori

---

  - la spesso insufficiente educazione del paziente ad una autogestione consapevole della malattia e del percorso di cura

---

  - la inadeguata assistenza sanitaria e socio-sanitaria che tenga conto delle comorbidità, della cronicità "ad alta complessità", della non-autosufficienza e delle condizioni di fragilità e/o di disagio o esclusione sociale

---

  - la mancanza di semplificazione nelle procedure per facilitare l'accesso del paziente alle cure e favorire una integrazione efficace dei diversi livelli

---

  - la inadeguatezza nel definire i PDTA e nel loro monitoraggio.
-

# Come intende risolvere queste criticità il PNRR?

---

La **Missione 6 “Salute”** recita:

“potenziare e riorientare il SSN verso un modello incentrato sui territori e sulle reti di assistenza socio- sanitaria; a superare la frammentazione e il divario strutturale tra i diversi sistemi sanitari regionali, garantendo omogeneità nell’erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza; potenziare la prevenzione e l’assistenza territoriale, migliorando la capacità di integrare servizi ospedalieri, servizi sanitari locali e servizi sociali”

# Il PNRR ha come obiettivi:

---

- **Riorientamento delle nuove formule aggregative, Aggregazioni funzionali territoriali (AFT), Unità di cure complesse primarie (UCCP)** di cui alla L. 189/2012 (Balduzzi), lavorando in team integrati, raccordati con le strategie dei Distretti
- **Modelli di PDTA “snelli”** costituiti da team integrati, associati ad analisi di dati locali, con risultati attesi e relative responsabilità e con indicatori per misurare gli esiti
- **Team integrati** di varie figure professionali con una figura di coordinamento del Team (case-manager)
- **Standard** qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale ( **DM 71**)

# Alcune Necessità emergenti e criticità da risolvere

---

- l'aumento della conoscenza delle malattie croniche e dei fattori di rischio attraverso una strutturata educazione sanitaria
- il potenziamento dell'assistenza domiciliare
- l'Incremento dell'ADI per i soggetti in condizioni di disagio sociale
- la concreta integrazione tra sanità e assistenza sociale e tra momenti istituzionalizzati di cura e coinvolgimento del territorio e della società civile
- la valorizzazione dei ruoli professionali



# Dunque...

---

Il **Covid** ha messo in luce le criticità già previste dal PNC.

Il **PNRR** rappresenta la vera volontà di scuotere il sistema sanitario attuale attraverso il rinnovamento dei processi che le Amministrazioni locali (Regioni, Comuni, ecc) metteranno in atto.

Potrà attuare quanto previsto dal PNC e creare nel nostro Paese un'eccellenza del nostro "Sistema Salute"

# La figura del Farmacista Ospedaliero e Territoriale

---

La Trasversalità della Nostra professione all'intero processo assistenziale che già garantisce i cambi di setting distributivi sarebbe dal nostro punto di vista strategica centrale e nevralgica sia (soprattutto) all'interno delle future COT, degli Ospedali di Comunità e delle Case della Comunità perchè in grado di garantire quel dato di ritorno in termini corretta codifica del dato analizzato, controllo e monitoraggio della appropriatezza prescrittiva e verifica della discontinuità di cura favorendo altresì la riconciliazione della terapie. La nostra figura è inoltre probabilmente l'unica a garantire nella quotidianità la corretta gestione ed interoperabilità dei flussi derivanti dai dati sanitari (farmaceutica convenzionata e diretta, SDO, FSE...) permettendo, così, l'attenta valutazione di una prescrizione appropriata da condividere in tempo reale all'interno del team multidisciplinare e assicurando, infine, la governance del Fondo Sanitario Nazionale.

Da qui le sottolineature iniziali: assistenza territoriale, digital health e multiprofessionalità. Il farmacista ospedaliero è in prima linea sia sulla visione complessiva che su questi tre fronti specifici.

# Criticità FO/FT – Clinico

---

Le criticità più comuni riscontrate durante l'attività territoriale sono:

- Mancata redazione delle schede dei registri Aifa
- Mancato rinnovo del Piano Terapeutico Sani.ARP
- Redazione errata del PT ovvero posologia non concordante con quanto si legge sulla scheda AIFA
- Rapporto poco stretto con la medicina del territorio che potrebbe aiutare i pazienti ad essere più informati sui servizi ASL e modalità di accesso alle Farmacie Distrettuali

# Criticità FO/FT – Paziente cronico

---

Le criticità più comuni riscontrate durante l'attività territoriale sono:

- Il pz non porta con sé i rinnovi delle prescrizioni perché lo dimentica o non ritiene importante portare il cartaceo, cosa indispensabile per evitare inconvenienti come:

1. allungamento dei tempi di attesa per gli altri pazienti

2. scoprire che il PT o la scheda AIFA non è stata rinnovata

- Il pz non è adeguatamente informato sui servizi ai quali può accedere e si rivolge al Farmacista anche per pratiche non di competenza della Farmacia

- Il pz non è adeguatamente informato sulle modalità di richiesta farmaci e/o dispositivi medici della Farmacia di riferimento

# Punti di forza dell'integrazione farmacista dirigente-clinico-paziente

---

- Maggiore aderenza alla terapia
- Paziente compliant alla terapia
- Ottimizzazione dei tempi di lavoro per il clinico e per il farmacista a beneficio del paziente
- Mancato stress nel percorso assistenziale per il paziente