

La newsletter sismed

Numero 3, Novembre Dicembre 2012

In questo numero:

- Congresso Nazionale sismed 1
- Rapporti istituzionali dell'associazione 3
- Calendario eventi programmati 2013 8
- la Sismed provider ECM 8
- I team multidisciplinari nell'assistenza del paziente cronico 8

Caro Socio,
la nostra Società si accinge a svolgere il suo 1° Congresso Nazionale (il cui programma scientifico è in calce alla presente) nella meravigliosa cornice di Napoli. Come annunciato nella precedente Newsletter, in tale occasione si svolgerà **l'elezione degli organi statutari**. Questa sarà l'occasione per ritrovarsi e tracciare un consuntivo di quanto finora realizzato e, soprattutto, porre le basi per una ulteriore crescita nel panorama delle Società Scientifiche Nazionali. Si ricorda che tutti i Soci possono esprimere il proprio voto ed ogni Socio può rappresentare altre due deleghe (come da statuto). L'Assemblea Elettiva è convocata per Sabato 8 Dicembre 2012 alle ore 8,00 in prima convocazione ed alle ore 18,30 in seconda convocazione presso la sala Partenope dell'Hotel Royal Continental. La presente quale convocazione. Il Presidente Nazionale Sismed,
Dr. Gabriele Catena

I Congresso Nazionale Sismed sotto l'alto patronato del Presidente della Repubblica Italiana.

Napoli, 7/9 Dicembre 2012
Sala Partenope Hotel Royal Continental

Presidente del convegno:
Gabriele Catena

Board scientifico:
C. Borghi, G. Desideri, C. Ferri, R. Nami,
G.P. Perna, C.Napoletano,
R. Pontremoli, B. Trimarco

Comitato scientifico:
P. Agnifili, G. Assorgi, F. Cantile, G. Del Gusto,
W. Di Bastiano, M. Pepe, P. Sciascia

Evento ECM nr. 1244 – 45845
Edizione numero 1, Crediti assegnati nr. 12,8

Venerdì 7 Dicembre

- 14,30** Apertura segreteria
e registrazione partecipanti
- 15,00** Saluti del Presidente Dr. Gabriele Catena

TAVOLA ROTONDA

- 15,15** Spending Review e farmaci generici:
cui prodest?

Opinioni a confronto:

moderatore: Carlo Gargiulo (Roma)

Claudio Cricelli (Firenze),

Gaetano Piccinocchi (Napoli): **S.I.M.G.**

Walter Di Bastiano (L'Aquila):

Vice Presidente SISMED,

Presidente della Giunta per il





Seminario di Aggiornamento Multidisciplinare Sismed. Vietri sul Mare (SA), dal 19 al 20 Ottobre 2012

regolamento della Regione Abruzzo;
Stefania Melena (AQ): servizio assistenza
farmaceutica Regione Abruzzo;
Cosimo Napoletano (Teramo):
Presidente Ordine dei Medici
della Provincia di Teramo;
Bruno Zuccarelli (NA): Presidente Ordine
dei Medici della Provincia di Napoli.
 Seguirà dibattito con esperti in sala

I SESSIONE

Moderatori: Silvio Festinese (Roma),
Renato Nami (Siena)

- 17,30** La terapia dell'ipertensione arteriosa nel paziente uremico: farmaci da usare, farmaci da evitare.
Gennaro Cice (Napoli)
- 17,50** Prevenzione cardio-vascolare: dal M.M.G. allo specialista. Quali linee guida?
Claudio Ferri (L'Aquila)
- 18,10** Terapia con statine: dallo studio 4S allo studio Jupiter. Cosa sappiamo della terapia continuativa dopo quindici anni?
Giovambattista Desideri (L'Aquila)
- 18,30** Discussione interattiva docenti-partecipanti

19,00 LETTURA INAUGURALE

Presentazione: Gabriele Catena (TE)
 L'acido acetilsalicilico: alla scoperta di una molecola sempre...nuova
Claudio Borghi (Bologna)

20,00 Chiusura lavori prima giornata

Sabato 8 Dicembre, Mattino

I SESSIONE

Moderatori: Giuseppe Assorgi (Roma)
Giulio Del Gusto (Avezzano, AQ)

9,00 Terapia antipertensiva di associazione:

quando, a chi?

Bruno Trimarco (Napoli)

- 9,20** Terapia antipertensiva di associazione: quale?
Giuseppe Ambrosio (Perugia)
- 9,40** Il mancato successo della terapia antipertensiva: cause e rimedi.
Renato Nami (Siena)
- 10,00** Discussione interattiva docenti-partecipanti

TAVOLA ROTONDA

Farmaci equivalenti

Moderatori: Gabriele Catena (Teramo),
Roberto Peruzzi (Colle Val D'Elsa, SI)

- 10,30** Bioequivalenza: tra realtà e falsi miti
Achille Patrizio Caputi (Messina)
- 11,00** Equivalenza clinica dei farmaci generici in ambito cardiovascolare
Elio Staffiere (Bergamo)
- 11,30** Discussione interattiva docenti partecipanti, con casi clinici, condotta dai moderatori

12,00 LETTURA

Presentazione: Cosimo Napoletano (TE)

Il ruolo della frequenza cardiaca nella terapia dell'insufficienza cardiaca cronica
Gian Piero Perna (Ancona)

Sabato 8 Dicembre, Pomeriggio

II SESSIONE

Moderatori: Francesco Cantile (Caserta)
Paolo Sciascia (Bari)

- 15,00** Stratificazione del rischio cardiovascolare
Silvio Festinese (Roma)
- 15,20** Diagnostica per imaging della cardiomiopatia diabetica
Renato Nami (Siena)
- 15,40**

- Gestione domiciliare del paziente con scompenso cardiaco cronico
16,00 Massimo Pepe (Roma)
 Discussione interattiva docenti-partecipanti condotta dai moderatori

III SESSIONE

- Moderatori: Matteo Rispoli (Salerno), Massimo Montironi (Perugia)**
17,00 Dispnea o dispnee, ovvero quando un sintomo può generare confusione.
17,20 Elio Staffiere (Bergamo)
 La sincope, un... sintomo da capire
17,40 Gabriele Bronzetti (Bologna)
 La sincope in musica: un... ritmo da riconoscere.
18,00 Giuseppe Parente (Bologna)
 Discussione interattiva docenti partecipanti

IV SESSIONE

- 19,00** casi clinici interattivi
19,20 1° caso clinico: diabete e cardiopatia ischemica
 2° caso clinico: un caso di mancata idoneità medico sportiva
19,40 3° caso clinico: cardiopatia ischemica
20,00 e scompenso cardiaco
 Chiusura lavori seconda giornata

**Dalle ore 18.30 in aula plenaria:
 ASSEMBLEA DEI SOCI**

Domenica 9 Dicembre, mattino

I SESSIONE

- Moderatori: Paolo Agnifili, Walter Di Bastiano (Avezzano - AQ)**
9,00 Importanza delle L. G. e dei percorsi clinico terapeutici nella gestione delle patologie croniche e della clinical governance
9,30 Gabriele Catena (Teramo)
 Ruolo della comunicazione nella depressione post-IMA
10,00 Paolo Sciascia (Bari)
 Discussione interattiva docenti partecipanti

II SESSIONE

- 10,30** casi clinici interattivi
 1° caso clinico:
11,00 ipertensione e insufficienza renale
 2° caso clinico:
11,30 ipertensione arteriosa e diabete mellito.
 3° caso clinico:
 palpitazioni in età pediatrica
12,30 Verifica dell'apprendimento con consegna questionari ecm e chiusura lavori

Rapporti Istituzionali



La SISMED è stata invitata, con alcune tra le importanti istituzioni nazionali, a presentare le proprie valutazioni ed eventuali proposte di modifica al decreto Balduzzi.

Venerdì 21 settembre u.s. è stata presentata, in audizione alla Commissione del Senato, la proposta Sismed (in rappresentanza del presidente, è stata illustrata dal Delegato della Regione Lazio, dr. Silvio Festinese) la relazione è allegata in calce a questo documento. Alla presentazione delle proposte, sono stati accreditati circa 50 invitati, ne ricordo alcuni:

- Università di Napoli
- Università di Roma
- Ospedali di Genova
- SUMAI
- ASL di Roma
- Collegio avvocati
- Dirigenti amministrativi
- Ospedale S. Eugenio di Roma

Ognuno ha consegnato la propria relazione, avendo anche la facoltà di prendere la parola, il dr. Festinese ha consegnato il nostro documento ed ha relazionato (in circa 5-10 minuti) esponendo il nostro punto di vista in aula.

Il Senatore Stefano De Lillo, ha ricordato che eravamo nei sessanta giorni di tempo per la presentazione delle proposte di modifica al decreto Balduzzi (seconda lettura in Senato), ed ha, personalmente, preso l'impegno di illustrarle in Commissione.

Il senatore ha apertamente concordato sul nostro punto di vista circa le norme sulla prescrizione farmaceutica, puntualizzando subito dopo l'intervento del rappresentante SISMED (dr. Festinese) che parte delle attuali



norme prescrittive sono anche di un altro precedente decreto. Il senatore Di Lillo, si è impegnato circa l'abolizione della dicitura "non sostituibile" nella prescrizione, e con lo studio legale del Senato, trasformerà i contenuti della proposta in formato legislativo.

Sintesi del Documento presentato

Spending review e farmaci generici "cui prodest"? (il documento nella versione integrale è reperibile presso il sito: www.sismed-it.com)

Introduzione:

I medicinali cosiddetti "generici" (FE) sono copie di una specialità farmaceutica "innovativa" ma ormai matura, il cui principio attivo non è più protetto da brevetto. Essendo equivalenti terapeutici o bio-equivalenti rispetto al prodotto copiato, vengono registrati ed ottengono l'autorizzazione all'immissione in commercio (AIC) con procedura abbreviata; sono commercializzati con la denominazione comune internazionale (DCI) del principio attivo, seguita dal nome del produttore ed in alcuni paesi, tra cui l'Italia, sono vincolati ad un sistema di prezzi di riferimento ed al criterio della sostituibilità della ricetta da parte del farmacista, ossia a dispositivi che tendono ad incentivare il mercato dei generici ed a contenere o ridurre la spesa farmaceutica pubblica e privata.

Tuttavia, su questa categoria di medicinali permangono dubbi, perplessità e diffidenze non solo nella popolazione dei pazienti ma anche in molti operatori sanitari.

La problematica riguardante i medicinali "generici" può essere ricondotta ad alcuni filoni principali e specificatamente agli aspetti farmaceutici e biofarmaceutici della loro formulazione, alle modalità stabilite per definire la loro equivalenza terapeutica con i relativi prodotti "innovatori" di riferimento, alla valutazione dell'impatto del mercato dei "generici" sulla salute della popolazione nonché sulla spesa farmaceutica e sanitaria, pubblica e privata. La trattazione di questo argomento ci porterà ad affrontare discorsi a volte complessi o di definizione non immediata, ma sicuramente stimolanti per la SISMED (Società Italiana Scienze Mediche) e le Società Scientifiche in senso lato.

Il fenomeno "Farmaci Generici" è una realtà ben consolidata in molte Nazioni del mondo occidentale, ma in Italia rappresenta un processo che stenta ad affermarsi. Il medico, spesso, è inconsciamente spinto a legare termini come "bioequivalenza, biodisponibilità e farmacoeconomia", ad inviti del Sistema Sanitario rivolti al risparmio "tout court" più che al desiderio di dare ai pazienti la miglior cura.

Mercato atipico

Attualmente il posizionamento sul mercato, dei farmaci equivalenti (FE) è importante, raggiungendo in taluni casi la metà delle quote di mercato, come nel caso di ticlopidina (54,7%), lansoprazolo (44,3%), citalopram (41,4%). L'introduzione in commercio di nuovi FE ha consentito di liberare risorse attraverso riduzioni del costo per DDD (Defined Daily Dose), come risulta ad esempio dall'abbattimento dei costi di simvastatina (-52,5%), acido alendronico (-41,6%), tamsulosina (-38,3%).

Dal 2007 la classe medica ed i cittadini stanno sperimentando le conseguenze della scadenza di protezione brevettuale contemporanea di numerosi farmaci a elevato consumo, i blockbuster, protagonisti della trasformazione del mercato farmaceutico della fine degli anni '90.



Tra le principali molecole coinvolte, vi sono amlodipina, cetirizina, claritromicina, doxazosin, omeprazolo, pravastatina, ramipril e simvastatina. Questi FE hanno un ampio potenziale mercato e le risorse che ne derivano si stima possano essere superiori ai 400 milioni di euro, in gran parte vincolati al settore dei farmaci "innovativi" (fonte Centro Studi AIFA).

I medicinali "generici", in realtà, non sono mai perfettamente "uguali" al prodotto che imitano, ma sono solo "essenzialmente simili" a questo.

Un medicinale prodotto industrialmente viene considerato "essenzialmente simile" ad un altro di riferimento se ha la stessa composizione quali-quantitativa in principi attivi e la stessa forma farmaceutica (requisito di "equivalenza farmaceutica") e se viene dimostrata o può essere assunta come verosimile la sua bioequivalenza (requisito di "bioequivalenza").

Anche per la legge italiana (D.Lvo n. 323 del 20/06/96 convertito in Legge n.425 del 08/08/96) il "generico" è un medicinale "essenzialmente simile" ad una specialità medicinale già autorizzata e deve, perciò, avere anche le stesse indicazioni terapeutiche.

Nell'applicazione pratica della normativa sui medicinali "generici" il requisito della "equivalenza farmaceutica" viene interpretato in senso estensivo, includendo anche la possibilità di utilizzare "alternative farmaceutiche" nella loro formulazione, purchè sia garantita l'equivalenza terapeutica mediante la prova di bioequivalenza. Infatti, il criterio dominante nella qualificazione sostanziale di un medicinale "generico" pare essere quello della "equivalenza terapeutica", che sul piano dello sviluppo formulativo farmaceutico può essere ottenuta sia utilizzando "equivalenti farmaceutici" in senso stretto sia "alternative farmaceutiche" che differiscano per la forma chimica della frazione terapeutica (ad esempio una diversa salificazione o esterificazione del

principio attivo) o per la tecnologia farmaceutica impiegata (ad esempio capsule invece di compresse, micropellets a diffusione controllata invece di compresse ad erosione controllata). Tra i prodotti "generici" attualmente in commercio in Italia, la maggior parte rientra nella classe degli "equivalenti farmaceutici".

Nello sviluppo galenico di un farmaco generico l'azienda farmaceutica può esprimere al meglio il proprio know-how tecnologico ed industriale. Attraverso la produzione di "generici" di alta qualità, può, non solo conquistare crescenti quote di mercato, ma anche contribuire a creare un clima di fiducia verso il farmaco generico nel medico prescrivente e nel paziente consumatore. La scelta delle materie prime da utilizzare è una delle tappe più qualificanti per imprimere al prodotto finito i caratteri di un medicinale di elevato standard qualitativo e di sicura affidabilità.

Nell'acquisto delle materie prime il produttore di generici può, pertanto, realizzare sensibili risparmi, scegliendo tra le numerose opzioni del mercato quelle meno costose alle quali corrispondono generalmente standard qualitativi meno elevati.

D'altra parte una stessa forma farmaceutica (es. compressa) può essere prodotta scegliendo tra un'ampia gamma di eccipienti ed utilizzando differenti tecnologie e processi di fabbricazione.

Nel campo delle forme solide e delle matrici a rilascio controllato, le tecnologie farmaceutiche e l'uso di eccipienti ad alta funzionalità hanno raggiunto livelli notevoli di complessità. Il ruolo funzionale degli eccipienti è fondamentale per caratterizzare una forma solida in termini di stabilità, processo di fabbricazione e performance. Introducendo una porzione non cristallina e varianti polimorfiche o pseudo-polimorfiche a livello molecolare si può migliorare la capacità di legame ed il potere diluente di un eccipiente, ma si peggiora la fluidità e si conserva un certo livello di igroscopicità.

Gli eccipienti ad alta funzionalità, grazie alla loro elevata flessibilità ed alla capacità di modulare un ampio spettro di proprietà biofarmaceutiche, sono preziosi strumenti per i produttori di generici di alta qualità.

Gli eccipienti moderni ad alta efficienza vengono sempre più frequentemente utilizzati nelle formulazioni dei prodotti generici perchè rappresentano uno dei più importanti fattori capaci di garantire successo e remunerazione.

Sempre più frequentemente, dunque, i medicinali "generici" prodotti da aziende farmaceutiche leader di questo settore sono il risultato di uno sviluppo galenico sostenuto da un elevato know-how tecnologico e dalla ricerca innovativa.

Ma a questo punto, e' evidente che qualcosa non va...

Si è assistito negli ultimi anni, a fronte di una crescente pressione sull'utilizzo dei farmaci generici, ad una non adeguata campagna di comunicazione, con disinformazione, schede tecniche diverse fra originatore e generico, idee vaghe sulla bioequivalenza, incertezze e diffidenza sulla sostituibilità, che hanno permesso l'arrivo sul mercato di farmaci generici provenienti da aziende con basso livello di know-how tecnologico.

Ma come se tutto ciò' non bastasse, il sistema distributivo e lo sconto possono aggravare il problema...

Siamo in presenza di un'alta offerta di FE, di imprese farmaceutiche diverse (per provenienza e capacità produttiva) con una forte competizione commerciale rispetto ad un mercato ristretto e atipico, nel quale si arrivano a praticare dalle aziende o dalla distribuzione intermedia fortissimi sconti in farmacia sul prezzo al pubblico.

Questa situazione di fatto provoca che la scelta del FE in farmacia è dettata prevalentemente da una valutazione di carattere commerciale, provocando disagio e confusione nel consumatore che di volta in volta può ricevere un FE di un'azienda farmaceutica diversa; questa scelta penalizza il medico prescrittore ed il paziente.

Il primo rischia di vedere vanificato il proprio progetto terapeutico ed inoltre di dover rispondere (anche penalmente) per eventuali problemi legati all'assunzione di specialità medicinali, uguali nel nome della molecola (ma spesso diverse per eccipienti) elargite dal farmacista.

Il secondo (paziente) si vede dispensare confezioni ogni volta diverse e con diverse colorazioni delle scatole (con crescente confusione e spesso sprechi economici).

L'aspetto sopra riportato, dovrebbe,

semplicisticamente, essere superato (secondo il legislatore) con la nota di **non sostituibilità** (con relativa giustificazione) apposta dal medico sulla propria prescrizione.

Ma il legislatore così facendo complica in modo quantomeno ambiguo la vita del medico, il quale se non pone la nota di non sostituibilità del farmaco rischia per eventuali effetti causati da un farmaco elargito dal farmacista; viceversa se appone tale dicitura potrebbe essere accusato di avere interessi personali dietro quella prescrizione.

Tutto ciò oltre a minare il rapporto medico-paziente e ledere profondamente la dignità del medico, porterà in breve tempo, ad un disimpegno da parte dei prescrittori e sfiducia da parte degli assistiti.

Altro aspetto da tenere in giusta considerazione, è la possibilità che, sempre più, il medico per evitare di vedere sostituita la propria prescrizione o per non dover esporsi ad eventuali accuse, prescriva farmaci non genericati.

Ma quanto riportato nel decreto del 14 Agosto u.s. quale filosofia sottende?

Se la misura tende ad ottenere un risparmio (per il SSN) nella dispensazione dei farmaci, questo rimane garantito anche dal farmaco "brand" nel momento in cui adegua il suo prezzo a quello di riferimento.

Perché, allora, creare una simile confusione, ribaltando di fatto il principio che la prescrizione di una terapia è riservata all' esercente la professione medica?

Non è sufficiente la prescrizione del nome commerciale a definire la volontà del prescrittore (che ne assume la piena responsabilità)? Perché doverla giustificare su ogni ricetta? Qualora il medico volesse lasciare al farmacista la scelta, potrebbe sempre prescrivere il solo nome della molecola.

Perché il farmacista non è tenuto a giustificare il motivo per cui "vende" un prodotto piuttosto di un altro? Basterebbe riportare le cose come erano:

il medico, nel momento in cui prescrive il farmaco "genericato", automaticamente (sia esso "brand" o "non brand") consente un risparmio al SSN, e nello stesso momento garantisce la prescrizione ed il relativo "counseling" con il proprio paziente. Se la motivazione è quindi di carattere economico, si può immediatamente, riportare tutto com'era ed a costo zero (anzi garantendo un maggiore coinvolgimento della classe medica).

Se così non fosse, allora è lecito immaginare che dietro tale atteggiamento possa celarsi una volontà "punitiva" nei confronti della classe medica o ancor peggio interessi di eventuali "Lobby" economiche.

In ogni caso, si pone anche un dubbio di natura giuridica, perché il medico deve essere responsabile di scelte che sono effettuate da altri?

Pur non volendo considerare solo l'aspetto legato alla dignità ed alla professionalità del medico (che comunque non è secondario) sarà importante analizzare con grande attenzione (visto che parliamo di contenimento dei costi) le conseguenze di una norma che potrebbe ingenerare la corsa alla produzione e/o commercializzazione di farmaci provenienti da industrie estere (specie estremo oriente) a scapito di prodotti e posti di lavoro italiani.

Non è semplice, ma è necessario ripensare a una ristrutturazione del sistema distributivo. Siamo certi che il farmacista dovrebbe orientarsi verso una politica sempre più selettiva, con la scelta di alcune aziende di riferimento, non solo dettate dall'economicità ma soprattutto dalla qualità del prodotto.

La sostituzione tra "generici di diverse marche ..."

Negli Stati Uniti, per risolvere i problemi legati alla sostituzione, è stato creato un libro denominato The Orange Book, che viene aggiornato periodicamente con dati relativi alle singole formulazioni generiche secondo una valutazione degli studi disponibili da parte di una apposita commissione della Food and Drug Administration (FDA). Questo libro rappresenta uno strumento a disposizione dei medici, farmacisti e anche cittadini per scegliere tra i vari generici sulla base di pareri autorevoli e neutrali. I farmaci "sostituibili e intercambiabili tra loro" sono quindi elencati nella pubblicazione federale: Approved Drug Products With Therapeutic Equivalence Evaluations, The Orange Book.

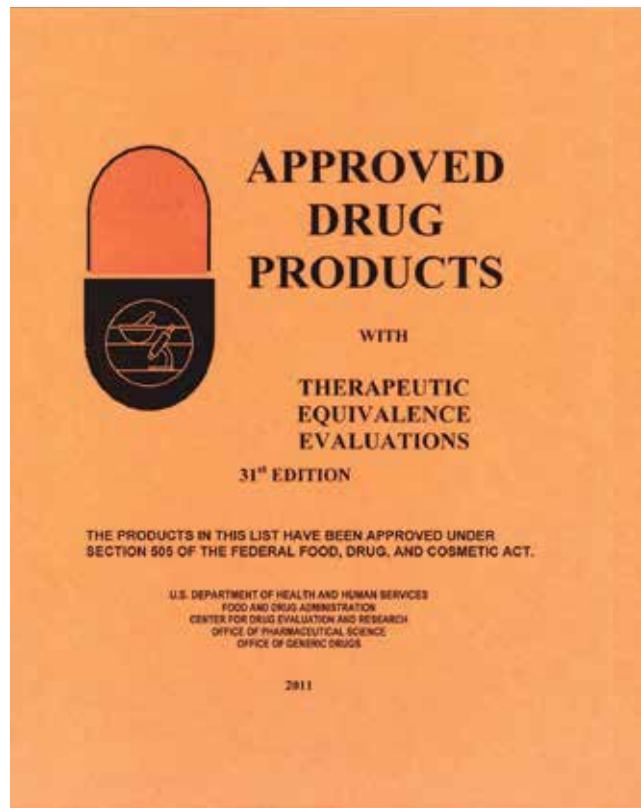
Proposte e possibili soluzioni

Stiliamo un elenco di proposte e possibili soluzioni:

- Ripristinare il principio che la prescrizione

della terapia è riservata all' esercente la professione medica, la sostituzione da parte del farmacista potrà avvenire solo previo consulto con il medico.

- Ribadire il concetto della continuità terapeutica.
- L'effettiva bioequivalenza è un aspetto centrale per consolidare l'uso dei generici come la chiarezza sul tipo di eccipienti usati.
- Fare chiarezza su indicazioni differenti in scheda tecnica tra stessi principi attivi.
- Pubblicare liste di sostituibilità sul modello "Orange Book".



frontespizio dell'Orange Book (fonte: FDA)

Una soluzione di questo tipo risolverebbe non pochi problemi di diffidenza verso questi prodotti. Darebbe al medico la certezza di aver condotto una scelta oculata, al farmacista la possibilità di sostituire gli equivalenti tra loro, se appartenenti a una lista "trasparente e certificata", al cittadino la garanzia della cura migliore per il suo problema e per l'industria uno stimolo al raggiungimento di più elevati standard di qualità.

Calendario eventi programmati nel corso del 2013

La nostra attività di aggiornamento, proseguirà nel corso del prossimo anno con una serie di eventi, già inseriti nel programma formativo trasmesso All'AGENAS, l'agenzia nazionale per i servizi sanitari integrati.

- **8-9 Aprile: Capri, NA**
Congresso Medicina Interna/Geriatria con l'Università dell'Aquila
- **25-27 Aprile: Alghero, SS**
Seminario Interregionale Sardegna
- **24-26 Maggio: Giulianova, TE**
Giornate Adriatiche di Cardiologia
- **21-22 Giugno: (da definire) Puglia**
Forum diabete e dintorni
- **4/6 oppure 10/13 Ottobre: Sicilia**
Forum Internistico,
Seminario Nazionale SISMED
- **6/8 Dicembre: Venezia o Torino**
Congresso Nazionale SISMED

SISMED nel corso del 2013 organizzerà le seguenti attività scientifiche attraverso il coordinamento dei propri referenti scientifici congiuntamente con le sedi universitarie di riferimento.

- **Corsi residenziali** (mini-master- max 25/30 partecipanti) in tema di prevenzione cardiovascolare, ipertensione arteriosa, scompenso cardiaco, diabete e malattie cardiovascolari, arteriosclerosi.
- **Corsi di Elettrocardiografia Clinica** per Medici di Medicina Generale e cardiologi del territorio.
- **Corsi di Ecocardiografia** di primo e secondo livello, per cardiologi territoriali e cultori della materia.
- Alle attività istituzionali sopra riportate, potranno aggiungersi **eventi locali**, realizzati dai delegati regionali e/o provinciali, previa approvazione del Consiglio Nazionale.

Sismed provider ECM

In data 19/09/2012 la Commissione nazionale per la formazione continua ha accettato la richiesta presentata dalla Sismed, ed è ora ufficialmente Provider per eventi ECM.

I team multidisciplinari nell'assistenza del paziente cronico

I team multidisciplinari, nascono per promuovere nella malattia cronica un approccio sistematico centrato sul paziente.

I team multidisciplinari, concentrati sull'assistenza sanitaria di base, possono rappresentare uno strumento efficace per conseguire l'obiettivo di ridurre gli sprechi (ricoveri inappropriati e terapie non condivise) e migliorare le prestazioni sanitarie.

Nell'ambito di un'assistenza concentrata sulle esigenze dei malati cronici, la medicina territoriale può proporsi come punto nodale della rete di assistenza e cura, dove il continuativo rapporto con l'assistito favorisce l'attività di tutela e di educazione, che migliorano anche le capacità di gestione responsabile della malattia da parte del paziente.

Occorre insomma un sistema più strutturato per i pazienti con disturbi cronici, basato sulla riduzione del rischio e sulla prevenzione di ricadute, aggravamenti e disabilità, adatto a malattie che non guariscono e che devono essere seguite nell'ambiente e nel tessuto sociale prossimo al paziente.

Si deve inoltre considerare che l'equilibrio tra i problemi di salute acuti e cronici pone nuove richieste al personale sanitario, le cui abilità e competenze devono essere ampliate per sostenere un modello di assistenza integrato, orientato sul paziente, che privilegi e monitori qualità, sicurezza e accessibilità. Occorrono investimenti in cultura, organizzazione, sostegno istituzionale nei confronti della medicina del territorio e dell'integrazione tra i vari servizi.

Vogliamo infine approfittare di queste ultime righe per augurare a tutti i nostri Soci, Amici e Lettori un Buon Natale e... speriamo Sereno 2013.