

*Le strutture socio-sanitarie e i nuovi modelli organizzativi delle Cure Primarie*

# Dall'integrazione una opportunità per la Medicina Generale

**Fabio Bono**  
Fimmg Parma - Presidente SIEMG

**I**n Italia vi sono circa 280.000 posti letto per l'assistenza socio-sanitaria a persone con età superiore ai 65 anni e con polipatologie, posti suddivisi in circa 7.900 strutture.

Circa l'84% di queste strutture offre una assistenza sanitaria medio alta ad autosufficienti e non.

Nelle regioni del Nord l'offerta risulta superiore rispetto al Centro-Sud, con medie al Nord di 9,5 posti letto per 1.000 abitanti.

In molte di queste strutture il governo sanitario è stato per anni assicurato dai medici di Medicina Generale, mal retribuiti, spesso con scarse risorse organizzative e gestionali. In questi anni, tuttavia, quelli che erano luoghi spesso dimenticati dai più, hanno cominciato un importante percorso evolutivo per divenire strutture orientate alla gestione delle multipatologie della quarta età. L'accreditamento delle strutture ha consentito di formulare ben precisi mandati ed obiettivi di qualità e, in questo contesto, il personale ha potuto sviluppare un solido sentimento di appartenenza che, nella cronica carenza di risorse economiche e di sottostimati rapporti personale/degenti, ha consentito di raggiungere risultati gestionali insperati.

Circa il 15% dei medici di Medicina Generale opera in queste strutture come medico di diagnosi e cura e molti altri vi accedono per seguire i propri pazienti con lo strumento delle ADR.

Nonostante il ruolo fondamentale della Medicina Generale nelle strutture socio-sanitarie non si è mai costruito un percorso che integrasse entrambe nella organizzazione delle Cure Primarie.

La possibile motivazione di questa carenza la si può ricercare nella falsa idea che le "case di riposo" siano delle strutture prevalentemente sociali ma, in questi ultimi anni, la tipologia degli utenti delle strutture socio-sanitarie è molto cambiata per gravità ed intensità di cura, in funzione dei cambiamenti organizzativi introdotti nel sistema sanitario. L'aumento dell'offerta dei servizi assistenziali e sanitari, rivolti alla domiciliarità, ha

ulteriormente selezionato gli utenti, consentendo a molti di loro di rimanere, giustamente, al proprio domicilio e riservando solamente ai pazienti più complessi i posti nelle strutture socio-sanitarie.

A questo si è aggiunta la forte diminuzione dei posti letto ospedalieri, con la conseguente diminuzione della durata dei ricoveri e la necessità di allocare in percorsi differenziati, ed extra ospedalieri, una serie di patologie che non possono essere gestite a domicilio, pur non richiedendo l'intensità di cura tipica degli ospedali per acuti.

Passati i tempi dell'ottimizzazione dell'uso delle risorse e giunti quelli dei tagli veri e propri, se si vuole tentare realmente di mantenere i livelli di servizio, non resta che sperimentare nuovi modelli assistenziali a più bassi costi di struttura.

In tal senso le strutture socio-sanitarie, integrate nei modelli delle AFT-UCCP, potranno essere un importante strumento per migliorare il governo delle patologie a gestione territoriale.

Già ora, queste strutture sono divenute, nei fatti, delle "lungo degenze territoriali" con pazienti problematici, non gestibili a domicilio per il livello di complessità clinica e sociale. Le strutture socio-sanitarie hanno, a livello nazionale, una distribuzione capillare tale per cui potrebbero fornire una serie di servizi, non solo a pazienti cronici over 65 anni, ma a tutti i cit-

*segue a pag. 29*

**“  
Nonostante il ruolo  
fondamentale della Medicina  
Generale nelle strutture  
socio-sanitarie, non si è mai  
costruito un percorso, che  
integrasse entrambe nella  
organizzazione, delle Cure  
Primarie**

## La terapia sostitutiva nell'anziano

Sorprendentemente, il consumo di levotiroxina nella Regione Lazio, quale si desume dalle base dati amministrative, aumenta dai 50 (7.3%) ai 74 anni (11.9%), per poi calare drasticamente fino a tornare al 7.3% tra gli 85 e gli 89 anni (9). Pur alla luce delle precedenti considerazioni sull'ipotiroidismo subclinico, questo dato lascia ritenere che alto sia il tasso di riconoscimento o di mancata correzione dell'ipotiroidismo franco, per lo meno alla luce dei dati epidemiologici d'età orale per una dose cumulativa spesso notevolmente inferiore a quella di 1.6 mcg pro Kg/die efficace negli adulti e giovani. Ciò in virtù della riduzione di massa magra e secrezione di T4 età correlata, oltre che dell'opportunità di mirare ad un range di TSH più alto che nel giovane adulto, circa 4-6 mU/l. I rischi di effetti avversi si minimizzano con dosi comprese tra 25 e 50 mcg /die e aumentandoli progressivamente ogni 30-40giorni fino al target prefissato. Il farmaco può non essere di agevole uso nell'anziano perché va assunto a stomaco vuoto e deve essere seguito da almeno un'ora di digiuno per un ottimale assorbimento. Pertanto mal si concilia con la polifarmacia che caratterizza l'anziano. In particolare è stata documentata un'interferenza negativa con l'assorbimento e/o l'effetto biologico da parte di farmaci di comune uso, come il ferro, i PPI, il calcio

e gli estrogeni, mentre un'interferenza positiva sembra quella delle statine (10). La disponibilità di nuovi preparati, anche in gocce, ha consentito di documentare un assorbimento stabile e libero da interferenze ad opera del cibo o altri farmaci. Ad esempio la già menzionata interferenza negativa dei PPI viene quasi completamente soppressa dalla formulazione liquida (10), mentre del tutto soppressa è l'interferenza del cibo (11). Inoltre la formulazione liquida consente la somministrazione in presenza di disfagia per i solidi o in pazienti in nutrizione enterale artificiale (12). Si tratta quindi di una soluzione ottimale per i non pochi casi di inadeguate sostituzioni con terapia tradizionale. La prevalenza di sostituzione in difetto o in eccesso è risultata essere superiore ad un terzo dei trattati (13).

## Conclusioni

L'ipotiroidismo nell'anziano si caratterizza come un'entità biologicamente e clinicamente eterogenea, spesso di difficile interpretazione, per la quale serve un'attenta e personalizzata valutazione critica. Tuttavia il recente sviluppo di un atteggiamento permissivo verso l'ipotiroidismo subclinico, non deve portare ad un calo di attenzione verso una problematica che, se clinicamente espressa, ha un notevole impatto su stato di salute, qualità di vita e sopravvivenza anche in età avanzata.

## Bibliografia

- Bremner AP et al. J ClinEndocrinolMetab, 2012; 97:1554-1562 .
- Surks MI et al. J ClinEndocrinolMetab 2007; 92: 4575-4582.
- Magri F et al. Metabolism 2002, 51: 105-109.
- Koulouri O et al. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism 2013;27: 745-762.
- De Groot LJ. J ClinEndocrinol andMetab 1999;84:151-164.
- Bensor IM et al. Clinical Interventions in Aging 2012;7: 97-111.
- Col NF et al. JAMA: 2004; 291: 239-243.
- Cooper S et al. Lancet 2012; 379: 1142-54
- Antonelli Incalzi R et al. AgingClinExp Res in press
- Irving SA et al. ClinEndocrinol 2014, 0, 1-6
- Cappelli C et al. Eur J Endocrinol. 2013;170:95-9
- Pirola I et al.J EndocrinolInvest. 2014; 37:583-7.
- Somwaru LL, et al. J ClinEndocrinolMetab. 2009; 94:1342-5

## Dall'integrazione una opportunità per la Medicina Generale

segue da pag. 23

tadini per brevi periodi di ricovero con intensità di cura inferiore a quella dell'ospedale per acuti (posti di cure intermedie). Pensiamo alla terminalità: spesso è gestita in Ospedali o Hospice lontani dai propri luoghi di vita, con tutti i disagi affettivi e logistici che ne conseguono, ma anche alla gestione di quelle patologie che richiedono una sorveglianza continua nella fase della post acuzie o che, con la medesima, potrebbe evitare il ricovero ospedaliero. Un sistema a gestione mista socio-sanitaria nel quale il lavoro di squadra tra medici ed infermieri consentirebbe importanti risultati di appropriatezza delle cure e di continuità delle medesime, con considerevoli risparmi per il sistema. Non è pensabile tuttavia credere di poter produrre grandi cambiamenti senza riallocare sul territorio una parte dei risparmi indotti nelle strutture ospedaliere. Il sistema territorio ha retto in questi anni alla delocalizzazione di una serie di patologie in precedenza di pertinenza ospedaliera, ciò ha consentito la rimodulazione del comparto ospedaliero, ed è stato possibile anche grazie ai sacrifici dei professionisti operanti sul territorio. Nei nuovi modelli organizzativi il Ruolo Unico, con l'integrazione della Continuità Assistenziale nella Medicina Generale, potrà migliorare in modo sostanziale la gestione degli utenti con polipatologie. Ciò potrà risolvere una delle criticità maggiori che si sono riscontrate in questi anni nella continuità di cura dei pazienti ricoverati nelle strutture socio-sanitarie, integrazione ancora più importante nella gestione dei posti di cure intermedie. Le residenze socio-sanitarie viste quindi come un nuovo ed importante tassello della riorganizzazione delle cure primarie, uno strumento per la gestione della cronicità ma non solo, uno strumento tutto da reinventare, una opportunità che la Medicina Generale non deve perdere.