



WINTER SCHOOL 2019 GESTIRE IL CAMBIAMENTO – LE SOLUZIONI POSSIBILI

A conclusione dei lavori della Winter School 2019 'Gestire il Cambiamento - le soluzioni possibili', è tempo di tirare le somme: noi di Motore Sanità pensiamo che riuscire a parlare di salute in modo utile e accrescitivo sia già di per se un grande successo, anche se il giudizio finale sul lavoro svolto in questa due giorni intensa tocca a chi della terza edizione di questo convegno ne è stato l'anima, i nostri ospiti.

In due giorni sono stati trattati temi fondamentali per il presente e il futuro del Ssn. Temi e voci che hanno portato alla luce progetti, idee e pareri che hanno migliorato il nostro bagaglio di conoscenze e che allo stesso tempo ci hanno fornito tantissimi spunti per il futuro. Non sarà semplice quindi racchiudere in poche righe l'immenso lavoro di dibattito e divulgazione scientifica di questi giorni, ma con lo spirito che contraddistingue la nostra associazione ci proveremo, suddividendo le giornate in quattro macro-argomenti: la cronicità, il fabbisogno di personale medico negli ospedali, gestire il cambiamento, la politica del farmaco e dei dispositivi medici. Un contributo, speriamo, all'interpretazione approfondita dei temi trattati dagli esperti, e che hanno portato all'individuazione dei 5 punti su cui, ancorché con diverse sfumature, hanno concordato la maggior parte dei partecipanti.

“La qualità delle scelte intraprese - interviene **Mario Landriscina, Sindaco di Como** - come tematiche sono, senza essere strumentale nelle affermazioni delle scelte molto forti perché si prende in esame non solo un ampio settore della medicina, si prende in esame anche un'importante parte della vita sociale, indirizzata non solo agli anziani ma anche a molte fasce fragili della popolazione, creando delle sinergie per il futuro in un sistema sanitario che si presenta molto complesso - conclude il Sindaco - che già offre un servizio all'altezza della sfida”.

Gianluigi Spata, Presidente OMCeO Como

Il convegno è un'importante occasione per una riflessione attenta sui possibili scenari futuri del nostro SSN definito e riconosciuto da tutti universalistico, equo e solidale a tutela del diritto alla salute per tutti i cittadini nell'interesse della collettività, come previsto dall'art. 32 della nostra costituzione, SSN che però si colloca, rispetto agli altri stati europei e non solo, nelle parti più basse della classifica per i livelli di finanziamento, mettendo a rischio la Sua stessa sostenibilità.

Fra i tanti temi che saranno trattati sicuramente spicca quello inerente la presa in carico del paziente fragile e cronico che deve necessariamente basarsi su nuovi modelli organizzativi che vedono nella medicina del territorio il principale referente attraverso un'adeguata e indispensabile integrazione con l'ospedale e le altre professioni sanitarie, come previsto dal piano nazionale della cronicità.

Nel primo giorno della Winter school si è discusso dell'evoluzione del paziente cronico negli ultimi anni e dei maggiori ostacoli che devono affrontare i medici. "Regione Lombardia, nel corso di questa Legislatura, avrà un compito fondamentale da portare avanti – dichiara **Emanuele Monti, Presidente III Commissione Permanente Sanità e Politiche Sociali, Regione Lombardia** – arrivare a compiere una vera e propria rivoluzione del nostro sistema sanitario, partendo da colui che è il fine di questo sistema: il paziente. È appunto il paziente a dover diventare ancora più centrale nel già eccellente sistema sanitario lombardo. Gli obiettivi prioritari, per arrivare a questo, sono: il completamento del nuovo modello di presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche, il riordino della rete di offerta e il contenimento dei tempi di attesa per la fruizione delle prestazioni ambulatoriali con particolare attenzione al tema della prevenzione e dell'innovazione tecnologica".

-LA CRONICITA'-

-Dalla gestione della cronicità alla prevenzione di iniziativa

Il focus sulle cronicità ha voluto sottolineare l'importanza dei due attori principali, sia per la prevenzione che per la cura delle patologie croniche, il Medico di medicina generale (MMG) e il farmacista. Queste due figure infatti sono il passato, il presente e il futuro della lotta alle cronicità. Per essere il futuro però c'è bisogno di nuove tecnologie per spostare la cura e la prevenzione dagli ospedali alle case dei pazienti.

Fiorenzo Corti, Vice Segretario Nazionale FIMMG. "Tutti sono sempre d'accordo che per migliorare bisogna cambiare, però spesso quando arriva il momento di cambiare si fa fatica - sottolinea il medico - ed è dovuto anche a una mancanza di ricambio generazionale per gli MMG"

Francesco Ferri, Presidente Lombardia Informatica

"La trasformazione digitale porterà ad un utilizzo sempre più pervasivo delle nuove tecnologie digitali, queste, applicate alla presa in carico dei pazienti cronici e fragili, in Regione Lombardia, grazie al supporto di Lombardia Informatica, fanno sì che differenti ambiti tecnologici innovativi si integrino con il SISS in una piattaforma «aperta» e sicura che garantisca integrità, disponibilità e riservatezza dei dati sanitari per un costante monitoraggio dei pazienti cronici."

"La trasformazione digitale porterà ad un utilizzo sempre più pervasivo delle nuove tecnologie digitali - sottolinea Ferri - queste, applicate alla presa in carico dei pazienti cronici e fragili, in Regione Lombardia, grazie al supporto di Lombardia Informatica, fanno sì che differenti ambiti tecnologici innovativi si integrino con il SISS in una piattaforma «aperta» e sicura che garantisca integrità -

conclude il presidente - disponibilità e riservatezza dei dati sanitari per un costante monitoraggio dei pazienti cronici".

-Preso in carico e cronicità: dalle parole alle azioni

La gestione della cronicità rappresenta la sfida su cui si giocherà la sostenibilità del sistema sanitario, ma anche i suoi valori di universalità, uguaglianza ed equità. Però, come emerso dalle parole dei relatori, la presa in carico è un concetto che implica una complessità gestionale, multidisciplinare e multidimensionale che trascende la relazione peer to peer medico-paziente ma che obbliga ad allineare il ruolo, le funzioni e gli strumenti di ogni singolo stakeholder che partecipa al processo assistenziale.

Quindi, affrontare la complessa tematica della presa in carico significa attuare delle procedure clinico organizzative che definiscano in modo puntuale le rispettive competenze, ed allineare a questo le risorse necessarie a definire in maniera compiuta tale processo.

Pier Luigi Bartoletti, Vice Segretario Nazionale FIMMG

Il tema è sul tappeto da molti anni, molte le soluzioni ed i modelli proposti, meno quelli che hanno inciso, a sistema, sulla quotidianità dei medici e dei pazienti. Il concetto di presa in carico è un concetto che implica una complessità gestionale, multidisciplinare e multidimensionale che trascende la relazione peer to peer medico-paziente ma che obbliga ad allineare il ruolo, le funzioni e gli strumenti di ogni singolo stakeholder che partecipa al processo assistenziale. Quindi, affrontare la complessa tematica della presa in carico significa attuare delle procedure clinico organizzative che definiscano in modo puntuale le rispettive competenze, ed allineare a questo le risorse necessarie a definire in maniera compiuta tale processo.

Nicola Calabrese, Segretario Provinciale FIMMG Bari

"La gestione della cronicità rappresenta la sfida su cui si giocherà la sostenibilità del sistema sanitario, ma anche i suoi valori di universalità, uguaglianza ed equità. Il modello pugliese prevede una presa in carico del paziente cronico interamente all'interno delle cure primarie del sistema pubblico. Il Puglia Care 3.0 si basa infatti sulla presenza capillare sul territorio degli studi di medicina generale, organizzati per micro-team. Attraverso un'integrazione professionale tra medici, infermieri e collaboratori, gli studi di medicina generale possono garantire ai cittadini una serie di servizi di prossimità, dall'assistenza infermieristica all'assistenza domiciliare integrata, dalla diagnostica di I livello con sistemi di telemedicina al centro prelievi."

Federica Riccio, Referente S.S. Qualità e Paolo Rasmini, Responsabile Progetto Paziente Fragile ASL Vercelli

Gli autori presentano le attività avviate dall'ASL di Vercelli, focalizzate a qualificare, quantificare, tipizzare e gestire, all'interno della estesa coorte di soggetti cronici, la popolazione di "pazienti fragili", secondo determinanti socio-sanitarie predefinite.

Il progetto si è articolato nelle seguenti fasi: definizione del contesto ambientale, definizione della fragilità, clusterizzazione della popolazione residente in classi omogenee di fragilità e complessità assistenziale, differenti modalità di attivazione della presa in carico in setting appropriati, rimodulazione della offerta assistenziale e riorganizzazione dei servizi.

Le linee di intervento sono indirizzate alla costruzione di un modello predittivo, capace di stimare il livello di fragilità di un soggetto, definirne la progressione, meglio programmare l'attività dei servizi, implementando PDTA integrati tra ospedale e territorio, che intercettino l'intera "filiera assistenziale" riallocando le risorse disponibili. Tutto ciò ha come obiettivo ultimo la costruzione di un'anagrafe della fragilità socio-sanitaria. I determinanti selezionati per definire le 5 classi di fragilità a complessità assistenziale crescente sono stati: esistenza di una o più patologie croniche, presenza di invalidità, ADI-ADP, consumo di farmaci, tipologia di servizi erogati.

Gli elementi progettuali che hanno subito una evoluzione nell'ambito della governance della fragilità, sono rappresentati dalla attivazione di:

- attività di prevenzione e promozione della salute in una popolazione di soggetti "sani"
- PDTA specifici per alcune patologie dall'elevato burden, anche in relazione al recente Piano Nazionale Cronicità
- gestione di pazienti fragili dal punto di vista socio-sanitario, in quanto polipatologici in contesti sociali difficili

Il modello di presa in carico della cronicità/fragilità vercellese dispone di strumenti semplici ed operativi, basati sulla disponibilità degli attuali sistemi informativi aziendali, in grado di evidenziare l'eterogeneità degli utenti fragili, il loro pattern di utilizzo dei servizi sanitari e la conseguente spesa sanitaria, per valutare adeguatamente le diverse opzioni di intervento finalizzate a migliorare la qualità di vita e l'efficienza delle risposte ai bisogni di salute. Esso rappresenta un sistema di classificazione dei pazienti relativamente poco costoso e facilmente riproducibile in altri contesti, in quanto basato su flussi informativi esistenti. Dispone di strumenti informatici caratterizzati dall'interoperabilità fra setting diversi (ospedale, territorio, enti gestori delle funzioni socioassistenziali). Tale aspetto, unitamente allo sviluppo di indicatori di outcome restituiti dal sistema per effettuare una valutazione di impatto dell'intervento, includendo la customer satisfaction, e il grado di profilazione del rischio clinico nei percorsi di cura, rappresenta una modalità efficace di gestione complessiva della fragilità in un'ottica sistemica.

Bruna Rebagliati, Direttore Generale ASL 4 Regione Liguria

La risposta alla cronicità e alla fragilità rappresenta una sfida cui il sistema sociosanitario è chiamato a rispondere sia in tema di qualità di offerta ai bisogni del cittadino, sia in termini di sostenibilità di sistema.

Le risorse assorbite dalla cronicità e dalle condizioni di fragilità sono, infatti, in costante aumento, sia per fattori demografici ed epidemiologici sia per le sempre migliori performance sanitarie del percorso del paziente cronico che hanno portato all'aumento della prevalenza di pazienti con bisogni assistenziali complessi.

Il progressivo invecchiamento demografico obbliga ad una riflessione che interessa non solo l'Italia. Occorre andare oltre l'ospedalizzazione che non solo è costosa ma non sempre necessaria perché in molti casi le persone possono vivere ed essere curate nella propria casa. Occorre un approccio globale che, partendo anche dal territorio, possa diventare un paradigma da applicare senza confini.

In questa direzione l'esperienza dell'Azienda Sociosanitaria Ligure n°4 che in questo evento avremo occasione di condividere.

-La prevenzione delle infezioni nella continuità assistenziale, la prospettiva dell'industria

Circa 1 paziente su 15 ogni giorno in Italia contrae un'infezione durante un ricovero in ospedale e sempre più persone, affette da patologie croniche, si trovano ad affrontare una realtà analoga nella continuità delle cure anche fuori dall'ospedale. Tuttavia, tramite l'adozione di corrette pratiche di prevenzione, che passano da rinnovati e adeguati protocolli, già oggi sarebbe possibile abbattere del 20-30% il rischio di contrarre infezioni correlate all'assistenza. Considerato che i costi di trattamento di una singola infezione pesano dai 5 ai 9 mila euro, anche l'impatto economico di una simile riduzione porterebbe degli evidenti vantaggi per il Sistema Sanitario nel suo complesso. Questo nuovo scenario è raggiungibile facendo squadra, adottando alcune semplici ma fondamentali pratiche lungo tutto il percorso assistenziale, prefiggendosi un obiettivo sfidante e concreto allo stesso tempo.

Alessandro Lofoco, Sales & Marketing Manager 3M Medical Solutions Division

Circa 1 paziente su 15 ogni giorno in Italia contrae un'infezione durante un ricovero in ospedale e sempre più persone, affette da patologie croniche, si trovano ad affrontare una realtà analoga nella continuità delle cure anche fuori dall'ospedale. Tuttavia, tramite l'adozione di corrette pratiche di prevenzione, che passano da rinnovati e adeguati protocolli, già oggi sarebbe possibile abbattere del 20-30% il rischio di contrarre infezioni correlate all'assistenza.

Considerato che i costi di trattamento di una singola infezione pesano dai 5 ai 9 mila euro, anche l'impatto economico di una simile riduzione porterebbe degli evidenti vantaggi per il Sistema Sanitario nel suo complesso.

Questo nuovo scenario è raggiungibile facendo squadra, adottando alcune semplici ma fondamentali pratiche lungo tutto il percorso assistenziale, prefiggendosi un obiettivo sfidante e concreto allo stesso tempo.

-Gestione integrata del diabete e prescrizione dei piani terapeutici

La Gestione Integrata, intesa come coordinamento delle competenze del Medico di Famiglie e dello specialista con la partecipazione attiva del paziente, è considerata il miglior modo di prendere in carico le persone con Patologie Croniche di cui il Diabete è il miglior esempio paradigmatico. Il MMG è spesso la prima figura di riferimento per il paziente con diabete, tuttavia ancora oggi (caso unico in Europa), non può prescrivergli quelle cure che potrebbero regalargli una qualità di vita tale da poter convivere serenamente con una malattia cronica così grave. Si è parlato anche del ruolo che il farmacista deve avere. Le farmacie, infatti, grazie alla loro capillarità che consentono di presidiare ogni angolo, anche il più remoto, posso costituire il front-office del servizio sanitario, consentendo quindi alle stesse di prendere parte nel progetto di gestione delle cronicità. Tutto deve dal coinvolgimento del farmacista nei programmi di formazione per poter erogare i servizi previsti, in accordo con i gestori ed i co-gestori, servizi che si possono riassumere in aderenza terapeutica, appropriatezza, informazione ed educazione sanitaria, test autodiagnostici, telemedicina, dispositivi utilizzabili presso le farmacie. Premetto che il farmacista vuole partecipare a questo percorso in accordo con tutte le figure professionali coinvolte ed in primo luogo con i MMG e PLS senza invadere campi che non gli sono consono.

Attilio Marcantonio, Presidente Federfarma Como

Le tremila farmacie presenti sul territorio della regione, anche in ragione della loro capillarità che consente di presidiare ogni angolo, anche il più remoto, costituendo praticamente il front-office del

Servizio Sanitario Regionale, situazione che consente alle stesse di essere parte attiva nel progetto di gestione della cronicità. Tutto partirà dal coinvolgimento del farmacista nei programmi di formazione per poter erogare i servizi previsti, in accordo con i gestori ed i co-gestori, servizi che si possono riassumere in ADERENZA TERAPEUTICA, APPROPRIATEZZA, INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE SANITARIA, TEST AUTODIAGNOSTICI, TELEMEDICINA, DISPOSITIVI UTILIZZABILI PRESSO LE FARMACIE. Premetto che il farmacista vuole partecipare a questo percorso in accordo con tutte le figure professionali coinvolte ed in primo luogo con i MMG e PLS senza invadere campi che non gli sono consono.

ADERENZA TERAPEUTICA: monitorare, con apposito software, l'utilizzo del farmaco, osservare l'output percepito dal paziente, basandosi su quanto riportato dallo stesso. Incrementare la "compliance" alle terapie per la corretta assunzione dei farmaci mediante piattaforme predisposte da Promofarma (Software-house proprietà di Federfarma). Incrementare l'aderenza tramite Dossier farmaceutico o altra piattaforma simile, dove riportare i consumi di farmaci ed altri prodotti.

APPROPRIATEZZA: dare informazioni puntuali al paziente circa l'interazione tra farmaci, principalmente riguardo all'assunzione di farmaci da banco, favorendone l'appropriatezza d'uso, informando soprattutto su eventuali effetti collaterali e verificare la risposta alle cure, supportando in tal senso il medico prescrittore.

INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE SANITARIA: fornire informazioni sulle condizioni del paziente cronico sul territorio sull'aderenza alla terapia, sull'appropriatezza d'uso e sulle prestazioni effettuate, contribuendo alla compilazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. Raccogliere dati e informazioni per la valutazione di consumi qualitativi e quantitativi per indagini statistiche ed epidemiologiche. Dare corretta informazione su appropriati stili di vita, in accordo con eventuali iniziative della Regione, al fine di evitare l'insorgere di patologie che possono diventare croniche od il loro aggravarsi.

TEST AUTODIAGNOSTICI: Test per glicemia, colesterolo e trigliceridi. Test per la misurazione di emoglobina, emoglobina glicata, creatinina, transaminasi, ematocrito. Test per la misurazione di componenti delle urine quali acido ascorbico, chetoni, urobilinogeno e bilirubina, leucociti, nitriti, Ph, sangue, proteine ed esterase leucocitaria. I test diagnostici saranno realizzati con procedimenti ed attrezzature concordate e validate dai gestori.

DISPOSITIVI UTILIZZABILI PRESSO LE FARMACIE: Dispositivi per la misurazione della pressione arteriosa. Dispositivi per la misurazione della capacità polmonare tramite auto-spirometria. Dispositivi per la misurazione della saturazione percentuale dell'ossigeno.

TELEMEDICINA: Dispositivi per il monitoraggio dell'attività cardiaca in collegamento funzionale con i centri di cardiologia accreditati dalle Regioni sulla base di specifici requisiti tecnici, professionali e strutturali. Dispositivi per effettuare elettrocardiogrammi con modalità di tele-cardiologia in collegamento con centri di cardiologia accreditati dalla regione sulla base di specifici requisiti tecnici, professionali e strutturali. Oltre a tutto ciò si cercherà di individuare, mediante un tavolo tecnico, nuove opportunità e potenzialità della prescrizione elettronica. Altro obiettivo che ci si pone, attraverso la sperimentazione, è quello di permettere ai pazienti cronici, in tempi determinati, il ritiro dei propri farmaci inerenti la patologia, direttamente in farmacia con la tessera sanitaria, sfruttando il Fascicolo Sanitario Elettronico, che già consente ai cittadini di stampare i promemoria, fatte salve la libertà di scelta del paziente e le disposizioni nazionali e regionali inerenti la stampa dello stesso, garantendo anche la libera circolazione nazionale dei pazienti. E' inteso che è interesse comune individuare con Lombardia Informatica, una soluzione sperimentale. Questo è l'obiettivo per l'anno 2019: consentire ai pazienti di evitare passaggi presso lo studio del proprio medico per il ritiro dei promemoria e quindi rendere più semplice l'approvvigionamento dei farmaci da parte del paziente cronico solo utilizzando, in farmacia la propria tessera sanitaria. Questi sono i passi che le farmacie

della Lombardia si apprestano a fare in un imminente futuro per portare il loro contributo alla gestione del paziente cronico sia esso diabetico o con altra patologia, fermo restando il compito istituzionale di unico erogatore del farmaco.

Andrea Pizzini, Medico di Medicina Generale FIMMG Torino

La Gestione Integrata, intesa come coordinamento delle competenze del Medico di Famiglie e dello specialista con la partecipazione attiva del paziente, è considerata il miglior modo di prendere in carico le persone con Patologie Croniche di cui il Diabete è il miglior esempio paradigmatico.

Il MMG è spesso la prima figura di riferimento per il paziente con diabete, tuttavia ancora oggi (caso unico in Europa), non può prescrivergli quelle cure che potrebbero regalargli una qualità di vita tale da poter convivere serenamente con una malattia cronica così grave.

“La cronicità del diabete si combatte prima di tutto con l’interazione tra MMG e specialista -afferma Andrea Pizzini, Medico di medicina generale FIMMG Torino - perché il paziente non deve essere di uno o dell’altro ma sempre di entrambi”. Il medico parla anche del progetto di cura integrata che da 10 anni svolge in Piemonte. “Il 90% degli MMG del Piemonte partecipa a questo progetto e oltre il 50% dei pazienti diabetologici - prosegue Pizzini - riuscendo a creare un PDTA cucito ad hoc per il paziente. Questi sforzi stanno dando dei risultati concreti, infatti - prosegue il medico - in 10 anni è sceso di ben il 10% il numero di ricoveri dovuti al diabete, portando un risparmio dell’8% al SSN. Inoltre si è registrata anche una minore mortalità sia per patologie cardiovascolari collegate sia per patologie oncologiche - conclude Pizzini - anche se il sistema potrebbe essere migliorato dando la possibilità agli MMG di prescrivere farmaci più recenti ed efficienti per i pazienti”.

-Innovazione tecnologica nella cronicità

La finalità dell'assistenza ai pazienti cronici è quella di utilizzare tutte le strutture territoriali (medici di base, strutture di medicina specialistica, strutture ospedaliere, strutture di assistenza sia infermieristica che sociale, laboratori, strutture di diagnostica per immagini etc.) per soddisfare una accessibilità programmata alle prestazioni e una sempre più agevole comunicazione fra i vari operatori coinvolti nell'attuazione dei piani di assistenza. Si è portato anche un esempio pratico di come applicare la tecnologia al paziente cronico. Infatti, si è parlato dell'esperienza dalla cooperativa IML che ha condotto una sperimentazione di telemonitoraggio domiciliare consistita nell’installare al domicilio di pazienti con patologie croniche dei dispositivi specifici per il controllo in tempo reale di alcuni parametri per esempio glicemia, pressione arteriosa, saturazione dell’ossigeno, temperatura corporea, peso, ritmo cardiaco. Questi dispositivi permettono, attraverso un centro servizi con un’infermiera, di monitorare l’andamento delle patologie croniche ed, al comparire di misurazioni fuori soglia, il contatto immediato del paziente. Il medico ha la possibilità di seguire l’andamento del monitoraggio sul proprio computer. Tale sperimentazione conferma la necessità di nuovi modelli di cure domiciliari. Inoltre la Siemens Healthineers ha presentato le sue soluzioni tecnologiche all’avanguardia per la digitalizzazione del processo unite a modelli di business innovativi, adeguati a gestire la complessità propria delle cronicità e rendere il sistema più efficiente

Mauro Potestio, Presidente Feder ANISAP

La finalità dell'assistenza ai pazienti cronici è quella di utilizzare tutte le strutture territoriali (medici di base, strutture di medicina specialistica, strutture ospedaliere, strutture di assistenza sia

infermieristica che sociale, laboratori, strutture di diagnostica per immagini etc.) per soddisfare una accessibilità programmata alle prestazioni e una sempre più agevole comunicazione fra i vari operatori coinvolti nel l'attuazione dei piani di assistenza.

Anna Pozzi, Medico di Medicina Generale, FIMMG Lombardia Vice Presidente IML

Negli ultimi anni l'attività del Medici di Medicina Generale è molto cambiata. Punti nodali rimangono ancora la relazione diretta e personale con il paziente, fondata sul rapporto di fiducia e sull'alleanza terapeutica. A tutto ciò, però, si sono aggiunte nuove esigenze collegate all'aumento dell'età della popolazione e dei pazienti cronici, alla necessità di potenziare la cura sul territorio, all'attenzione sempre maggiore a problematiche come l'aderenza e l'appropriatezza terapeutica al percorso di cura. La cooperativa IML ha condotto una sperimentazione di telemonitoraggio domiciliare consistita nell'installare al domicilio di pazienti con patologie croniche dei device specifici per il controllo in tempo reale di alcuni parametri per esempio glicemia, pressione arteriosa, saturazione dell'ossigeno, temperatura corporea, peso, ritmo cardiaco. Questi device permettono, attraverso un centro servizi con un'infermiera, di monitorare l'andamento delle patologie croniche ed, al comparire di misurazioni fuori soglia, il contatto immediato del paziente. Il medico ha la possibilità di seguire l'andamento del monitoraggio sul proprio computer. Tale sperimentazione conferma la necessità di nuovi modelli di cure domiciliari.

Sergio Visci, Head of Enterprise Services Italy, Siemens Healthcare

L'impatto delle patologie croniche è destinato a crescere molto velocemente in futuro - commenta Sergio Visci, Head of Enterprise Services di Siemens Healthineers -. Il sistema sanitario richiede dunque risposte rapide ed efficienti e per un'azienda come Siemens Healthineers questo non può che tradursi con la parola innovazione. Nella nostra visione, innovazione tecnologica nella gestione delle cronicità significa la combinazione efficace di soluzioni tecnologiche all'avanguardia per la digitalizzazione del processo unite a modelli di business innovativi, adeguati a gestire la complessità propria delle cronicità e rendere il sistema più efficiente

-Aspetti medico-legali e assicurativi nell'uso della Telemedicina nell'ambito della cronicità

Lo studio legale A&A ha sottolineato come il tema del controllo remoto del paziente cronico impone un'attenta riflessione sui profili di responsabilità, passibili di valutazione medico-legale, dei soggetti coinvolti nell'erogazione dei servizi di assistenza sanitaria a distanza: dalla struttura che riceve i dati telematici, all'azienda costruttrice dei macchinari quale responsabile degli aspetti tecnici, all' esercente la professione sanitaria, cui spetta l'onere di garantire la supervisione del processo ed interpretare in maniera efficace e tempestiva i dati clinici ricevuti. L'elevato rischio risarcitorio connesso a tali problematiche rende inoltre necessario rivedere le coperture assicurative ed estendere le garanzie anche alle ipotesi di telemedicina, anche in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge Gelli-Bianco.

Giorgio Albè, Avvocato, A&A Studio Legale, Milano-Roma

“Il tema del controllo remoto del paziente cronico impone un'attenta riflessione sui profili di responsabilità, passibili di valutazione medico-legale, dei soggetti coinvolti nell'erogazione dei servizi di assistenza sanitaria a distanza: dalla struttura che riceve i dati telematici, all'azienda costruttrice dei macchinari quale responsabile degli aspetti tecnici, all' esercente la professione sanitaria, cui spetta

l'onere di garantire la supervisione del processo ed interpretare in maniera efficace e tempestiva i dati clinici ricevuti. L'elevato rischio risarcitorio connesso a tali problematiche rende inoltre necessario rivedere le coperture assicurative ed estendere le garanzie anche alle ipotesi di telemedicina, anche in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge Gelli-Bianco”.

-Il progetto MoCar: focus sulla fibrillazione atriale

Sfruttare la tecnologia in modo semplice ed intelligente per migliorare la salute dei cittadini. Questo è lo scopo del progetto MoCar pensato al fine di prevenire malattie cardiovascolari identificando precocemente la fibrillazione atriale. Il progetto consiste nel dare a 30 farmacie di Milano altrettanti dispositivi per la lettura del battito cardiaco a disposizione gratuita della popolazione. Un metodo semplice e veloce che consente ai pazienti di controllare i propri battiti ponendo i pollici sul dispositivo, e grazie a due semplici “smile” (uno per il risultato positivo e uno che indica una possibile criticità). Un sistema veloce, economico ed efficiente che correlato a linee telefoniche dedicate, che diano le disposizioni su come agire caso per caso al paziente che riscontra una criticità, può aiutare concretamente a prevenire patologie gravi come l'Ictus.

“Esiste un modo diverso per scoprire chi soffre di aritmia - dichiara **Stefano Carugo, Direttore Cardiologia Unità Coronarica, ASST Santi Paolo e Carlo, Milano** - ed in questo possono aiutarci le farmacie”. Infatti il progetto Mocar consiste nel dare a 30 farmacie di Milano altrettanti dispositivi per la lettura del battito cardiaco a disposizione gratuita della popolazione. “Quando si va in farmacia per un qualsiasi motivo, si può in maniera facile e veloce avere un controllo del battito - prosegue il medico - infatti con il nostro dispositivo bastano due pollici per un controllo e stesso la macchina con due semplici smile fa capire se si sta bene o se si deve contattare un medico, abbiamo anche messo a disposizione dei numeri dedicati, che danno le giuste indicazioni a quel paziente”

Sfruttare la tecnologia in modo semplice ed intelligente per migliorare la salute dei nostri cittadini. Questo è lo scopo del progetto che abbiamo pensato al fine di prevenire malattie cardiovascolari identificando precocemente la fibrillazione atriale

-Respiro a casa mia: il futuro della BPCO tra terapia, assistenza e presidi

La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva rappresenta, nel setting della medicina territoriale, una delle patologie con le quali più frequentemente il Medico di Medicina Generale si deve confrontare nella pratica quotidiana. Per altro, in aggiunta a ciò, la BPCO è caratterizzata da una progressione clinica spesso subdola e difficile da intercettare. Di fondamentale importanza quindi, come dimostrano alcune esperienze legate a sperimentazioni locali, appare la possibilità di disporre di esami strumentali (spirometrie), anche sotto forma di telemedicina, che segnano un momento diagnostico indispensabile per gestire al meglio la patologia, anche in fase di esordio. Si è discusso anche del progetto “Spegnila e Respira”, che visto il successo riscontrato si avvia verso il suo quarto anno di attuazione. Un piano che rappresenta come le farmacie possono collaborare insieme ad enti di ricerca, come l'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, per migliorare la salute dei cittadini. Grazie agli ottimi risultati raggiunti la farmacia si conferma un valido presidio sul territorio anche per il futuro e per nuovi proponenti.

Manuela Bandi, Consigliere Federfarma Milano

“Il progetto triennale nato nel 2016 che prende il nome di “Spegnila e Respira” è un esempio di come le farmacie possono collaborare insieme ad enti di ricerca, come l’Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, per migliorare la salute dei cittadini. Grazie agli ottimi risultati raggiunti la farmacia si conferma un valido presidio sul territorio, in cui la professionalità e l’assistenza al paziente sono le basi del lavoro quotidiano dei colleghi farmacisti.

Stefano Ongaro, Componente CdA Cooperativa GST

La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) rappresenta, nel setting della medicina territoriale, una delle patologie con le quali più frequentemente il Medico di Medicina Generale si deve confrontare nella pratica quotidiana.

Per altro, in aggiunta a ciò, la BPCO è caratterizzata da una progressione clinica spesso subdola e difficile da intercettare.

Di fondamentale importanza quindi, come dimostrano alcune esperienze legate a sperimentazioni locali, appare la possibilità di disporre di esami strumentali (spirometrie), anche sotto forma di telemedicina, che segnano un momento diagnostico indispensabile per gestire al meglio la patologia, anche in fase di esordio.

“La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) rappresenta, nel setting della medicina territoriale - afferma Stefano Ongaro, Componente CdA Cooperativa GST - una delle patologie con le quali più frequentemente il Medico di Medicina Generale si deve confrontare nella pratica quotidiana. Per altro, in aggiunta a ciò, la BPCO è caratterizzata da una progressione clinica spesso subdola e difficile da intercettare - prosegue Ongaro - di fondamentale importanza quindi, come dimostrano alcune esperienze legate a sperimentazioni locali, appare la possibilità di disporre di esami strumentali (spirometrie), anche sotto forma di telemedicina, che segnano un momento diagnostico indispensabile per gestire al meglio la patologia, anche in fase di esordio”.

-Progetto TACO verso il miglioramento del controllo dell'asma

Nel corso del convegno si sono anche tirate le somme del progetto TACO, giunto ormai al suo primo anno di vita e che vede il coinvolgimento dell'Università degli Studi di Torino, dell'Ordine dei farmacisti della Provincia di Torino e di Federfarma Piemonte. Il piano che ha visto il coinvolgimento di 200 farmacie, che previa la partecipazione a un corso di formazione dedicato al tema, hanno coinvolto direttamente i pazienti attraverso dei questionari mirati a conoscere l'aderenza alle terapie prescritte e la misurazione del livello di controllo dell'asma. I farmacisti hanno inoltre fornito ai pazienti aiuto e indicazioni sul corretto uso dei medicinali e sulle pratiche per ridurre l'impatto della malattia. Infatti lo scopo principale del TACO è quello di limitare l'incidenza di asma grave non controllata e contenere di conseguenza le visite ambulatoriali, gli accessi in emergenza e i ricoveri.

-Cronicizzazione del cancro riorganizzare la presa in carico e l'offerta

Nel corso della Winter School non si è solo parlato delle patologie croniche già riconosciute, si è voluta anche lanciare una sfida al SSN: In serie anche il cancro nella lista delle malattie croniche. Una sfida ben accolta e sottoscritta da esponenti dell'oncologia italiana e supportata dai numeri. Perché inserire il cancro nelle cronicità? Come hanno potuto spiegare i relatori questa patologia oggi, più che in

passato, non si ferma solo alle cure ospedaliere e all'estirpazione del tumore stesso. C'è bisogno di accompagnare il paziente anche dopo, non va lasciato solo. L'iscrizione all'albo delle malattie croniche è anche fondamentale per il potenziamento delle campagne d'informazione e prevenzione che ad oggi non riescono a raggiungere tutti i cittadini.

Gianni Amunni, Direttore Generale Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO) Regione Toscana

Sono sempre più gli anziani affetti da tumore per i quali è possibile ottenere un trattamento appropriato sono in aumento i casi per i quali si è assistito ad un prolungarsi dell'attesa di vita fino ad una specie di cronicizzazione della neoplasia; è aumentata la sopravvivenza per alcuni tumori così come per altri esistono oggi cure efficaci prima non disponibili.

Tutto questo si traduce in un progressivo aumento della prevalenza dei casi oncologici con aspetti nuovi legati alla comorbilità che richiedono una nuova organizzazione dei servizi non solo ospedalieri ma anche e soprattutto territoriali.

Il bisogno di continuità assistenziale e di interventi attivi nel follow up obbligano a ridefinire il tema della presa in carico del paziente oncologico non solo nella fase di trattamento integrato primario, ma anche in quella della gestione della cronicità o del controllo dei "danni iatrogeni" nei soggetti guariti.

"Sono convinto che l'oncologia debba entrare a pieno titolo nella cronicità -afferma Gianni Amunni Direttore Generale Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la rete Oncologica Regione Toscana - perché il percorso oncologico, tolta la fase della cura del tumore, è un percorso molto lungo e ad oggi il paziente una volta finito il percorso ospedalizzato è abbandonato a se stesso".

Domenico Lucatelli, Docente Master II° Livello, Università Cattolica, Roma

"Se si leggono i parametri che secondo l'OMS definiscono una malattia cronica - interviene Domenico Lucatelli, Docente Master II° Livello, Università Cattolica, Roma - il Tumore corrisponde a tutti, eppure non è ancora riconosciuto come malattia cronica". Il professore inoltre sottolinea che anche i numeri rafforzano la tesi della cronicità. "Il 27% dei pazienti oncologici ha un'aspettativa uguale a quella dei cittadini sani, una percentuale enorme - aggiunge Lucatelli - che rappresenta l'1,2% della popolazione italiana". Sono moltissimi gli esperti che vorrebbero vedere il cancro iscritto nella lista delle malattie croniche.

-IL FABBISOGNO DI PERSONALE MEDICO NEGLI OSPEDALI-

-I principali metodi e strumenti per la definizione del fabbisogno di personale medico infermieristico e ostetrico in un setting ospedaliero sviluppati in ambito internazionale

Claudio Costa, Direttore Direzione Risorse Strumentali SSR, Regione del Veneto nella sessione dedicata alla "**DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE SANITARIO IN AMBITO OSPEDALIERO**" che ha visto protagonista l'esperienza del Nordest, "La determinazione del fabbisogno di professionisti sanitari utilizzando i metodi e gli strumenti disponibili in letteratura costituisce una buona pratica che coniuga coerenza programmatica con efficacia ed efficienza gestionale. La relazione illustrerà i principali metodi e strumenti per la definizione del fabbisogno di personale medico, infermieristico e ostetrico in un setting ospedaliero sviluppati in ambito internazionale, evidenziandone i punti di forza e debolezza e l'applicabilità all'interno dei sistemi sanitari italiani".

-Valori minimi, standard organizzativi e misurazioni degli esiti: l'esperienza della regione del Veneto

Secondo gli esperti è determinante la gestione del Personale Infermieristico e di Assistenza. Infatti nel corso di questo intervento si è fatta luce su come il tema dei valori di riferimento per le dotazioni o standard che dir si voglia, anche se non sono la stessa cosa, occupa molto tempo di coloro che devono gestire risorse e garantire elevati livelli di qualità dei sistemi sanitari. In termini normativi, è stato spiegato, numerosi sono stati i tentativi e gli approcci per definire valori di riferimento sia in termini di rapporti tra professionisti/posti letto, piuttosto che tra professionisti e persone assistite passando da indicazioni normative di livello nazionale a tendenze regionali, sulla scia della definizione dei carichi di lavoro. Inoltre è stato spiegato che l'attuale approccio consigliato sembra essere multidimensionale ed è quindi necessario affrontare questi temi con un'unica visione d'insieme, valori di riferimento contestualizzati, setting organizzativi omogenei e condivisi ed infine esiti assistenziali.

Claudio Pileri, Direttore Direzione Programmazione Sanitaria LEA, Regione del Veneto

La condivisione di criteri con le organizzazioni sindacali ha consentito di definire standard per medicine, chirurgia e pronto soccorso e di formalizzare con atti deliberativi della Giunta regionale ha consentito di ridurre le differenze di dotazione e di assegnare le risorse con maggiore accuratezza.

Fondamentale è stato il percorso di definizione degli strumenti di monitoraggio delle presenze, quasi in tempo reale, e di gestione delle autorizzazioni alle assunzioni attraverso la Commissione Regionale per gli Investimenti e Tecnologie (CRITE).

Il percorso fatto consente di rispondere alle richieste di personale fatte dalle Aziende Sanitarie della Regione con la massima appropriatezza, nel rispetto di parametri di efficienza e uguaglianza.

Achille Di Falco, Direttore della UOC Formazione e Sviluppo delle Professioni Sanitarie Azienda Zero.

“Il tema dei valori di riferimento per le dotazioni o standard che dir si voglia, anche se non sono la stessa cosa, occupa molto tempo di coloro che devono gestire risorse e garantire elevati livelli di qualità dei sistemi sanitari. In termini normativi, numerosi sono stati i tentativi e gli approcci per definire valori di riferimento sia in termini di rapporti tra professionisti/posti letto, piuttosto che tra professionisti e persone assistite passando da indicazioni normative di livello nazionale a tendenze regionali, sulla scia della definizione dei carichi di lavoro. – ha sottolineato il dirigente - Oggi l'approccio consigliato sembra essere multidimensionale ed ecco che è necessario affrontare questi temi con un'unica visione d'insieme, valori di riferimento contestualizzati, setting organizzativi omogenei e condivisi ed infine esiti assistenziali”.

-Verso una metodologia per la determinazione del fabbisogno del personale ospedaliero: l'esperienza della Regione Piemonte

L'intervento ha descritto l'applicazione che da alcuni anni viene fatta in forma sperimentale in Piemonte applicando il metodo sviluppato con Agenas alcuni anni fa. Infatti, negli ultimi anni questo metodo è stato utilizzato da aziende piemontesi come metro di confronto nella valutazione del fabbisogno di personale ospedaliero sia nelle situazioni esistenti sia nella pianificazione del fabbisogno di personale in ospedali di nuova costruzione portando ad ottimi risultati e che quindi potrebbe essere applicato anche in altre Regioni.

Ragnar Gullstrand, Esperto di Organizzazione Sanitaria

“L'intervento ha previsto la descrizione dell'applicazione da alcuni anni in forma sperimentale in Piemonte del metodo sviluppato con Agenas alcuni anni fa. Negli ultimi anni il metodo è stato utilizzato da aziende piemontesi come metro di confronto nella valutazione del fabbisogno di personale ospedaliero sia nelle situazioni esistenti sia nella pianificazione del fabbisogno di personale in ospedali di nuova costruzione.”

-Verso una metodologia per la determinazione del fabbisogno del personale ospedaliero: un tentativo di integrare diversi approcci

Patrizia Bonesso, Area Sanità e Sociale Regione del Veneto ha spiegato come “A livello nazionale si è manifestata la necessità di individuare una metodologia per la valutazione dei piani di fabbisogno di personale presentati dalle Regioni/Province Autonome ai sensi della L.n. 208/2015. Alle Regioni è attribuito il compito di determinare il fabbisogno di personale dell'area ospedaliera in misura coerente alle scelte di programmazione sanitaria. Ad gruppo di lavoro ristretto, composto da alcuni rappresentanti delle regioni, è stato affidato il compito di definire una metodologia che tenga conto della produzione erogata e di valori minimi di riferimento, nonché del ruolo delle strutture ospedaliere secondo la loro classificazione ex DM 70/2015. La metodologia illustrata sarà quella elaborata da questo gruppo di lavoro.”

-L'importanza della definizione di standard per il fabbisogno di personale ai fini del confronto tra sistemi sanitari regionali

Milena Vainieri, Professoressa Istituto Management Scuola Superiore Sant'Anna, Pisa. “Le proiezioni dei prossimi anni, sul personale medico e delle professioni sanitarie, riportano situazioni critiche che richiedono una profonda riflessione su come poter organizzare i servizi sanitari per rispondere ai bisogni della popolazione. In questo scenario diventa sempre più rilevante avere dei riferimenti che possano aiutare le regioni e le aziende nell'allocazione della risorsa fondamentale del sistema sanitario: il personale. Tuttavia la definizione di standard per il fabbisogno di personale non è certo semplice e numerosi sono i fattori da prendere in considerazione”,

Rita Petrina, Head of Industry Healthcare & Hospital System, Willis Towers Watson

La gestione e il controllo dei rischi sono strumenti «dinamici» di supporto al fabbisogno e benessere delle organizzazioni sanitarie. Nella gestione del cambiamento dei processi di cura anche attraverso l'uso della tecnologia, gli strumenti di risk management possono produrre indicatori «intelligenti» per favorire l'incontro tra le esigenze di razionalizzazione dei costi sul piano economico, la qualità delle cure erogate e lo sviluppo di politiche di gestione del personale in linea con modelli organizzativi moderni ed evoluti.

-Piano nazionale della cronicità

Grande spazio è stato riservato alla discussione sulle proposte per il nuovo piano nazionale della cronicità. Si è infatti sviluppata una tavola rotonda di discussione che ha portato alla luce determinati aspetti che probabilmente risulteranno centrali per il futuro. In primo luogo si è fatta sule sulla figura

dei Caregiver informali, che nell'ombra sostengono i malati coinvolgendoli nei percorsi di cura e ne migliorano la vita. Nel corso della tavola rotonda infatti, si è discusso anche della volontà politica di voler dare aiuto a questa categoria, ad oggi completamente ignorata dalla legislazione, anche attraverso la possibilità di riduzione degli orari di lavoro per riservare più tempo a chi è malato. Dalla discussione inoltre si è capito con chiarezza che al centro del piano nazionale delle cronicità non ci potrà essere un singolo attore sanitario, ma il vero protagonista dovrà essere la collaborazione fattiva tra tutti i componenti del SSN, delle farmacie e dei produttori delle nuove tecnologie.

Rossana Boldi, Vicepresidente XII Commissione (affari sociali), Camera dei deputati

“L’invecchiamento della popolazione ci spinge a trovare a qualsiasi costo il modo di gestire questa situazione - interviene Rossana Boldi, Vicepresidente XII Commissione (affari sociali), Camera dei deputati - e il piano nazionale della cronicità cerca di dare gli strumenti per rendere omogeneo il trattamento dei malati cronici e per dare delle indicazioni un po' a tutti su quello che si deve fare. Però quando si parla di cronicità non si parla solo di attori sanitari, bisogna anche mettere in risalto il lavoro svolto dai caregiver informali -sottolinea l'Onorevole - che nell'ombra sostengono i malati, li coinvolgono nei percorsi di cura e ne migliorano la vita. È stato stimato che se si volesse retribuire queste figure, quasi sempre dei familiari e quasi sempre donne, si dovrebbero stanziare qualche decina di miliardi di euro. È importante puntare i riflettori su queste figure, per le quali già nella scorsa legge di bilancio sono stati stanziati 20mln di euro in 3 anni a cui sono stati stanziati nella nuova Legge altri 5milioni annui per il prossimo triennio. Adesso è compito della politica di delineare i parametri con cui distribuire questi fondi - conclude il Vicepresidente - inoltre è fondamentale lavorare per rendere più snelli gli orari di lavoro di queste persone”.

Giulio Gallera, Assessore al Welfare Regione Lombardia

“In questa stagione ci avviamo, insieme al Ministero a scrivere il nuovo patto della Salute 2019-2021 - afferma Giulio Gallera, Assessore al Welfare Regione Lombardia - ed è chiaro che il tema di come il tema di un piano per le cronicità sia fondamentale, magari potendo prendere spunto dal lavoro che stiamo facendo qui in Lombardia, dove tra tante difficoltà siamo riusciti a fare passi importanti in materia. Per rendere tutto questo possibile - prosegue Gallera - bisogna rendere la medicina del territorio protagonista di questo nuovo progetto. Il primo passo - sostiene l'Assessore - è quello di creare i presupposti per fare sì che gli MMG possano collaborare, questa condizione però si può creare solo dandogli i giusti strumenti, oltre che i giusti riconoscimenti”

-GESTIRE IL CAMBIAMENTO-

-Patto per la salute 2014-2016 “un’occasione perduta”

Esponenti sia del mondo politico che di quello sanitario hanno discusso del patto della salute ormai conclusosi. Un accordo più politico che pratico che non è riuscito a portare a termine tutti gli obiettivi prefissati, ma che comunque è stato uno spartiacque nel modo di legiferare nel campo medico rispetto al passato. Nel corso della discussione infatti è stata sottolineata l'importanza del patto sia per quello che è stato portato a termine (soprattutto in materia di OSS) sia per quello che è riuscito a creare, cioè un tavolo di discussione che comprendesse tutte le parti che concorrono all'erogazione dei servizi sanitari come SSN, MEF e MIUR. Un tavolo che ancora oggi è attivo e in grado di produrre effetti benefici per tutto il Sistema Sanitario.

Antonio Maritati, Direttore Commissione Salute e Relazioni Socio-Sanitarie - Area Sanità e Sociale Regione del Veneto

Ha parlato del significato del Patto per la Salute nel rapporto tra lo Stato e Regioni/PP.AA. partendo dal primo storico accordo del 2001 fino a quello del 2014-2016.

In particolare, ha evidenziato come molte delle premesse che hanno ispirato il precedente Patto sono ancora tutt'oggi valide (prevedere un adeguato finanziamento per garantire la sostenibilità dell'attuale sistema pubblico, degli investimenti per l'ammmodernamento strutturale e tecnologico, compartecipazione della spesa sanitaria, lo sviluppo delle reti ospedaliere e territoriali e delle cure primarie, le politiche della gestione e dello sviluppo del personale) e come alcuni provvedimenti importanti sono comunque stati adottati (il Dpcm di aggiornamento dei LEA, il DM 70/2015 sugli standard dell'assistenza ospedaliera, il Piano nazionale della Cronicità, il Patto sulla sanità digitale e le linee guida sulla mobilità sanitaria transfrontaliera).

-Nuovo patto per la salute "un'altra occasione perduta?"

Nelle prossime settimane si apriranno i lavori per la stesura del patto della salute 2019-2021. Esponenti politici, nel corso della tavola rotonda ad esso dedicata, hanno parlato degli obiettivi da raggiungere confrontandosi con esponenti degli OSS, dei medici ospedalieri, degli MMG e delle farmacie. Obiettivi necessari come un fondo per le cronicità come già presenti in altri paesi UE. Inoltre si è parlato anche di nuovi fondi per valorizzare le risorse umane, spesso di eccellenza, del SSN con retribuzioni più adeguate e stabilendo contingenti numerici standard per offrire un servizio adeguato ai pazienti. Tema cardine dell'incontro è stato anche il nuovo trattato della privacy che spesso impaccia il sistema cooperativo tra MMG e altri componenti del SSN come medici specialisti ed ospedalieri. Un altro tema che dovrà essere affrontato nel nuovo patto per la salute è quello delle autonomie delle Regioni e gli effetti che avrà sui servizi sanitari locali.

Beatrice Lorenzin, Ministro della Salute XVII Legislatura

"Il precedente Patto della Salute ha avuto il merito di mettere attorno ad un tavolo di discussione tutti gli attori che concorrono nell'offrire il servizio sanitario alla popolazione - afferma Lorenzin - dagli esponenti dell'SSN, Regioni, MeF, MIUR, oltre che categorie e associazioni. Inoltre siamo riusciti a mantenere vivo quel gruppo per ben 5 anni - prosegue l'ex Ministro - legge di bilancio dopo legge di bilancio". L'ex parlamentare ci tiene a sottolineare l'importanza di non sprecare il lavoro già svolto ma anzi di proseguire quel lavoro, tenendo però conto del cambiamento che la sanità ha subito negli ultimi anni. "Non siamo riusciti a raggiungere il 100% degli obiettivi fissati nel patto per la salute però siamo riusciti in ogni caso a creare un solco dove i legislatori attuali possono lavorare, portando a termine i nostri obiettivi oltre che fissarne di nuovi".

-Le soluzioni possibili

Compito della Winter School non è stato soltanto quello di portare alla luce i difetti, i limiti e le idee che contraddistinguono molti ambiti del nostro sistema sanitario ma, nei limiti del possibile, sono state lanciate proposte concrete e fattibili per il futuro. A questo arduo compito sono stati chiamati gli esponenti di tutto il mondo sanitario, OSS, MMG, Ospedalieri, Specialisti e farmacisti, ed ognuno nel suo ambito ha portato progetti che potrebbero essere inseriti nel prossimo Piano per la Salute. Voci diverse con richieste diverse, ma accomunati dalla voglia di poter cooperare in maniera sempre più

efficace ed efficiente per offrire un servizio sempre migliore e sempre più mirato.

Giovanni Endrizzi, Componente 12a Commissione Permanente (Igiene e Sanità) Senato della Repubblica

“La lotta alla corruzione è un punto fondamentale per garantire un ottimo servizio assistenziale - interviene Giovanni Endrizzi, componente 12a commissione permanente (igiene e sanità) del Senato - con la nuova legge “spazzacorrotti” abbiamo nuove armi a disposizione, però vorremmo introdurre nel patto per la sanità nuove cose. Perché - prosegue il Senatore - dobbiamo recuperare la fiducia del cittadino quindi migliorare il servizio e razionalizzare la spesa, la chiave di volta è migliorare la governance dei processi dell’approvvigionamento e rendere più trasparenti le nomine. L’ultimo punto è particolarmente importante perché maggiore trasparenza non vuol dire soltanto un migliore personale dirigente - aggiunge Endrizzi - ma serve anche per valorizzare il merito della classe medica e degli amministratori di eccellenza che abbiamo in Italia e che a volte non vengono presi in considerazione”. La ricetta del Senatore per il nuovo patto per la sanità è quindi di migliorare la trasparenza e la corruzione, limitando gli sprechi chiamando le Regioni a una co-responsabilità a una competizione virtuosa.

Fabiola Bologna, Componente XII Commissione (Affari Sociali), Camera dei Deputati

Il Sistema sanitario nazionale dimostra, nonostante tutte le difficoltà, la capacità di assicurare al nostro Paese buoni risultati nella tutela e promozione della salute a costi contenuti. Le future sfide per la sua sostenibilità riguarderanno la necessità di avere flussi di dati centralizzati per consentire una corretta programmazione, la valutazione di efficienza ed efficacia, il tema dell’autonomia bilanciata da organi di gestione, monitoraggio e controllo nazionali, l’adeguamento dei LEA, la responsabilità della Governance.

Paolo Bordon, Direttore Generale Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Provincia Autonoma di Trento

“Le aziende sanitarie e il loro management devono attrezzarsi a gestire le sfide del futuro legate al crescente numero dei malati cronici introducendo strumenti e metodi di lavoro che favoriscono l’integrazione di percorsi tra ospedale, territorio e Comunità per una presa in carico globale dei bisogni degli assistiti “.

Marco Cossolo, Presidente Federfarma

“La farmacia non è un’entità a sé stante, ma deve operare in sinergia con gli altri operatori sanitari del territorio - sottolinea il Presidente di Federfarma innanzitutto i medici di medicina generale, ma anche gli infermieri e i farmacisti ospedalieri. Vanno superate le logiche dei recinti chiusi: non si tratta di erodere le competenze di altri operatori, ma di creare sinergie costruttive - prosegue Cossolo - delimitando i ruoli, evitando sovrapposizione, puntando sul dialogo e sul confronto continuo. Solo in questo modo potremo raggiungere l’obiettivo di assistere il malato cronico a casa propria, evitando ricoveri costosi e inutili e migliorando il risultato delle cure”

Garantire l’assistenza sanitaria a un numero crescente di anziani e di malati cronici è la grande sfida del servizio sanitario nazionale. Le farmacie possono contribuire enormemente al raggiungimento di tale obiettivo perché, capillari sul territorio, rappresentano il primo punto di accesso al SSN e possono operare sulla prevenzione, sulla educazione sanitaria e sull’aderenza alle terapie. Sul fronte della

prevenzione, ad esempio, l'edizione 2017 della campagna gratuita di screening del diabete ha permesso di fare emergere 4.000 casi di persone che non sapevano di essere affette dalla patologia: costoro hanno potuto curarsi e rallentare l'insorgere delle complicanze, con vantaggi per la salute e minori costi per il SSN. Molti dei 19.000 soggetti, scoperti prediabetici, cambieranno stili di vita e alimentazione riducendo il rischio di ammalarsi. Anche il monitoraggio dell'aderenza alla terapia effettuato dalle farmacie costituisce una riduzione dei costi del SSN. E' essenziale che il ruolo della farmacia nella gestione del malato cronico sia riconosciuto nei Piani regionali della cronicità e nei PDTA (Percorsi Assistenziali Diagnostici Terapeutici).

Walter Locatelli, Commissario Straordinario, A.Li.Sa. Regione Liguria

Con l'istituzione dei dipartimenti interaziendali regionali (DIAR)- continua il Commissario ALISA Walter Locatelli- ci aspettiamo un cambiamento che garantirà percorsi standardizzati su tutto il territorio regionale, condivisi con i professionisti del sistema e solidamente Evidence Based. Questa nuova struttura di governo clinico, ha l'obiettivo di garantire la massima efficacia ed efficienza dei PDTA.

Walter Orlandi, Direttore Regionale Salute, Welfare, Organizzazione e Risorse umane, Regione Umbria

Dal 2011 la Regione dell'Umbria risulta Regione banchmark nel panorama nazionale. Abbiamo avviato l'iter per l'elaborazione del nuovo Piano Sanitario Regionale le parole chiave sono: sviluppare una forte integrazione tra i nodi della rete ospedaliera (rispettando la vocazione e le eccellenze secondo il PNE Agenas) integrare gli ospedali con la rete delle cure primarie in particolare con la costituente AFT. Considerare la Medicina di Genere come pratica clinica routinaria sia nelle politiche di prevenzione, nelle cure primarie ed ospedaliere. Promuovere politiche di valorizzazione delle skills individuali del personale mantenendo un buon clima organizzativo. Ovviamente rimane come per tutte le Regioni il problema della tenuta della sostenibilità.

Simona Serao Creazzola, Presidente SIFO

"La SIFO è da tempo coinvolta nella riflessione nazionale sulla gestione del cambiamento. Questo tema riguarda in primis il nostro SSN, e proprio a questo argomento abbiamo dedicato alcune delle sessioni centrali del nostro recentissimo Congresso nazionale, dal quale è emerso un forte messaggio da parte dei farmacisti ospedalieri di compatta e convinta difesa del SSN da tutte quelle forze e da quei tentativi che in modo più o meno trasparente stanno cercando di metterlo in discussione, auspicandone un superamento. Crediamo che un cambiamento positivo possa essere gestito nel rispetto dei valori ispiratori del nostro servizio sanitario, a partire dall'universalismo indicato come principio costituzionale. Una sanità a diverse velocità incide pericolosamente sulla salute dei cittadini, sulla qualità delle prestazioni e sulla professionalità degli operatori. Il rinnovamento effettivo della sanità italiana può avvenire se le politiche, le agenzie centrali, i processi ed i sistemi vengono governati con un nuovo approccio interdisciplinare, collaborativo e effettivamente solidaristico, puntando al superamento reale delle differenze territoriali, ad un governo del farmaco riformato e rinnovato, e ad un coinvolgimento di tutte le professioni strategiche affinché offrano un reale contributo al suo ripensamento".

Daniela Scaramuccia, Director IBM Italia

"I nuovi modelli di cura e assistenza richiedono sempre più scambio di informazioni e interazioni tra diversi attori del sistema. Le tecnologie posso semplificare e rendere più sicure queste interazioni, ottimizzando i processi e liberando preziose risorse." ha dichiarato Daniela Scaramuccia, Direttore

settore sanità e life science IBM Italia "C'è ancora molto da fare, ma non bisogna focalizzarsi su limiti e barriere del sistema. La nostra esperienza ci suggerisce di partire da progetti semplici e concreti, che rispondano velocemente ai bisogni di utenti e professionisti, e in parallelo, creare le fondamenta per una vera digital reinvention, che possa trarre benefici dalle potenzialità, ad esempio, di un'Intelligenza Artificiale sicura e trasparente."

Giovanni Gorgoni, Direttore Generale AReSS Puglia

Ritengo che il nuovo Patto per la Salute, quali che siano le direttrici strategiche e le declinazioni operative, non possa non passare in questo delicatissimo passaggio storico attraverso un bagno di realtà su almeno tre fronti: risorse, reti e risultati. La programmazione deve ancorarsi alle risorse effettivamente disponibili con l'attuale capacità di finanziamento del SSN e con le conseguenze inevitabili del regionalismo differenziato; gli indirizzi vanno ancorati allo sviluppo delle reti come uniche soluzioni meta-organizzative in grado di tenere insieme assetti istituzionali regionali eterogenei; va abbandonata la logica degli adempimenti che sono quasi sempre subiti e raramente "assunti" in luogo di un piano dei risultati di salute attesi.

Vincenzo Papa, Presidente Consorzio CONSIG

Il contesto globale è cambiato rapidamente in dieci anni a causa dei fenomeni "social" meglio classificati da Zygmunt Bauman come *società liquida*. I cittadini sono "nuovi soggetti" che vogliono sempre più essere protagonisti delle proprie scelte ma hanno sempre meno strumenti qualificati di discernimento.

Si possono leggere ed interpretare i seguenti macro fenomeni tra loro correlati ed interdipendenti:

- i macro fenomeni di tipo geopolitico (Elezioni Americane, Brexit, Crisi UE, ecc.);
- i macro fenomeni di tipo economico (Spostamenti della Produzione, Mercato del Lavoro, Nuove Imprese, Comunicazione, ecc.);
- i macro fenomeni di tipo generazionale (Educazione, Abitudini, Nuovi Media, Consumi, Life Style, ecc.)

Questi fenomeni sono tutti conseguenza della presenza capillare ed invasiva di strumenti tecnologici che hanno accelerato i processi di globalizzazione.

Tra gli aspetti potenzialmente positivi che questo fenomeno induce vi è la comparsa di un "nuovo soggetto" che se da un lato vuole essere protagonista delle sue scelte dall'altro non sempre ha la capacità e la possibilità di discernere tra sufficienti informazioni ed elementi qualificati e certificati per effettuare le sue scelte.

Il primo cambiamento da gestire pertanto è culturale!

La Salute e la Cura dei cittadini non possono permettersi scelte non ponderate e non appropriate da parte dei cittadini, ancorché libere.

Compito dei Player della Salute (Istituzioni Politiche Sanitarie e Scientifiche, Imprese, Professionisti, ecc.) è di utilizzare ogni innovazione, tecnologica e di processo, per favorire e garantire che le persone siano sempre più "soggetti" responsabili delle loro scelte e non solo "oggetti" di interesse, ancorché legittimo, delle loro competenze.

Una soluzione possibile e percorribile che la tecnologia può oggi favorire è di specializzare, concentrare e verticalizzare sempre di più le competenze dei Player e nel contempo decentrare e capillarizzare l'accesso al servizio dei cittadini, coniugando così la maggiore qualità con la maggiore equità.

-LA POLITICA DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI DALL'HTA AL PAYBACK-

Gli attuali sistemi di controllo della spesa dei farmaci a livello statale consistono nella definizione del prezzo rimborsato, la limitazione di alcuni ambiti di utilizzo e il payback. A queste misure si aggiungono azioni regionali finalizzate a migliorare l'appropriatezza prescrittiva e gli acquisti tramite gara. Nonostante queste misure il tetto programmato di spesa dei farmaci viene superato ogni anno e l'unico mezzo per compensare l'eccedenza di spesa è rappresentato dal payback. Per i dispositivi medici non esiste nemmeno una definizione nazionale del prezzo, che è libero e contrattato unicamente a livello periferico dalle singole centrali di acquisto: la conseguenza è l'ampia e non giustificata variabilità regionale dei prezzi. Anche per i dispositivi medici il tetto di spesa programmato dallo Stato viene superato ogni anno. *Il pay back dei farmaci e dei dispositivi* rappresenta quindi una opzione oggi non eliminabile nella prospettiva del servizio sanitario nazionale che rappresenta il principale acquirente dei farmaci e dei dispositivi medici, almeno fino a quando non verranno messe in atto misure alternative efficienti che consentano di garantire i livelli di spesa programmati.

Andrea Mandelli, Senatore della Repubblica e Presidente della Federazione dell'Ordine dei Farmacisti Italiani

"La modifica dei payback della farmaceutica è sicuramente una delle priorità nel generale riassetto della governance del comparto farmaceutico, ma da sola non può risolvere il problema dei tetti di spesa programmati che ogni anno si confermano insufficienti. Oggi la spesa pubblica per l'assistenza farmaceutica è inferiore alla spesa media dei paesi UE, e una ulteriore stretta non terrebbe in considerazione quanto l'investimento nel welfare sia anche una leva economica importante per il sistema-paese".

Giovanna Scroccaro, Direzione Farmaci, Dispositivi e Protesica, Regione del Veneto

Gli attuali sistemi di controllo della spesa dei farmaci a livello statale consistono nella definizione del prezzo rimborsato, la limitazione di alcuni ambiti di utilizzo e il payback. A queste misure si aggiungono azioni regionali finalizzate a migliorare l'appropriatezza prescrittiva e gli acquisti tramite gara. Nonostante queste misure il tetto programmato di spesa dei farmaci viene superato ogni anno e l'unico mezzo per compensare l'eccedenza di spesa è rappresentato dal payback.

Per i dispositivi medici non esiste nemmeno una definizione nazionale del prezzo, che è libero e contrattato unicamente a livello periferico dalle singole centrali di acquisto: la conseguenza è l'ampia e non giustificata variabilità regionale dei prezzi. Anche per i dispositivi medici il tetto di spesa programmato dallo Stato viene superato ogni anno.

Il pay back dei farmaci e dei dispositivi rappresenta quindi una opzione oggi non eliminabile nella prospettiva del servizio sanitario nazionale che rappresenta il principale acquirente dei farmaci e dei dispositivi medici, almeno fino a quando non verranno messe in atto misure alternative efficienti che consentano di garantire i livelli di spesa programmati.

Ugo Trama, Responsabile della UOD 08 "Politica del Farmaco e Dispositivi" presso la Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del SSR, Regione Campania

La politica farmaceutica nella Regione Campania ha come snodo strategico il nuovo Tavolo permanente per la farmaceutica regionale. Il Tavolo si riunisce mediamente con cadenza mensile, e vi

partecipano clinici, farmacisti, farmacologi e esperti di farmacovigilanza. Si è anche dotato di una sotto-commissione tecnica. Al Tavolo è demandato l'identificazione (ove del caso) dei professionisti e dei Centri abilitati alla prescrizione dei farmaci, e la definizione puntuale del *place in therapy* degli stessi. Secondo la strategia regionale si va verso un superamento del prontuario regionale (nel senso che la sua valenza è essenzialmente legata al *place in therapy*, e non alla adozione o meno delle molecole) e, analogamente perdono di significato i prontuari locali. Per quanto concerne gli acquisti la Regione si avvale della centrale di acquisto SoReSa, che cura anche la piattaforma per monitorare e incrociare registri e consumi. Passano per SoReSa il 70/80% degli acquisti. La centrale raccoglie le indicazioni del fabbisogno fornite dalle Aziende, e quindi provvede con un sistema dinamico di acquisizione, che ha cadenza normalmente bimestrale. Per i farmaci innovativi si tende ad utilizzare strategie più centralizzate, e a sviluppare processi di valutazione ad hoc. Per quanto concerne la gestione dei farmaci in "File F", ivi confluiscono i farmaci in DD e DPC, oltre che i farmaci ad alto costo, in particolare quelli di interesse per la regolazione della mobilità. Non è previsto per le aziende un tetto all'utilizzo o alla spesa per tali farmaci. Per la gestione dei *payback*, ove previsti, l'intenzione regionale è quella di ritornarli alle aziende. Da ultimo, il Tavolo ha anche responsabilità in tema di HTA (*Health Technology Assessment*) e di monitoraggio consumi. Per l'HTA si avvale principalmente della collaborazione dell'Università "Federico II" di Napoli. Si sta parallelamente sviluppando anche una attività di HTA nel campo dei dispositivi medici, sul quale lavora un Gruppo regionale e una Commissione Regionale.

L'evento **"Winter School 2019. Gestire il cambiamento – Le soluzioni possibili"** è stato organizzato da **Motore Sanità** e realizzato con il contributo incondizionato di



Per ulteriori informazioni e materiale stampa, visitate il nostro sito internet www.motoresanita.it

Ufficio stampa Motore Sanità
comunicazione@motoresanita.it
Marco Biondi - Cell. 327 8920962

