



**ASIAGO-GALLIO**

20-21 SETTEMBRE 2018

**HOTEL GAARTEN**  
VIA KANOTOLE 13/15  
GALLIO

**SUMMER SCHOOL 2018**

**GOVERNARE IL CAMBIAMENTO**

2018 **MOTORE**   
**SANITÀ**   
Sanità Universale

**Dott.ssa Monica Calamai**

**Direttore Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale**

# 2018

quarant'anni da...

- + **promulgazione** della legge 833 istitutiva del servizio sanitario nazionale,
- + **approvazione** della Legge Basaglia sulla riforma dell'assistenza psichiatrica,
- + **legge 194** per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza,
- + **dichiarazione** di Alma Ata dell'OMS;



Regione Toscana

Da dove partiamo

Dove stiamo andando ?

Cosa ci aspetta

La sfida...



**SUMMARY**



Regione Toscana

**1992**

**D.L.vo 502/92**

Riordino della disciplina in materia sanitaria

**1999**

**D.L.vo 517/99**

norma i rapporti tra SSN e Università

**2001**

**DPCM 2001**

Livelli essenziali di assistenza  
**Dalla quantità alla qualità...**



Regione Toscana

**Da dove partiamo**

**2012**

**Legge n. 135/2012**

Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini

**2012**

**Decreto-legge 158/2012**

volumi ed esiti per la riorganizzazione della rete ospedaliera e livelli omogenei di assistenza

**2015**

**Decreto n. 70/2015**

definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera

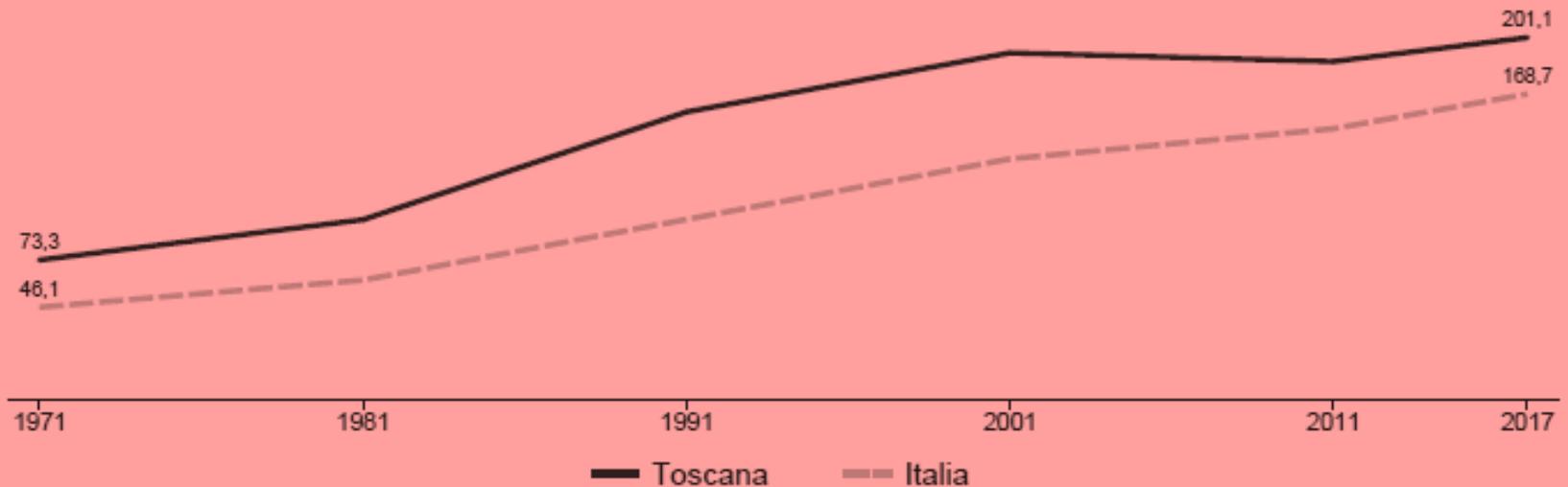


Regione Toscana

**Da dove partiamo**

# Dove stiamo andando ?

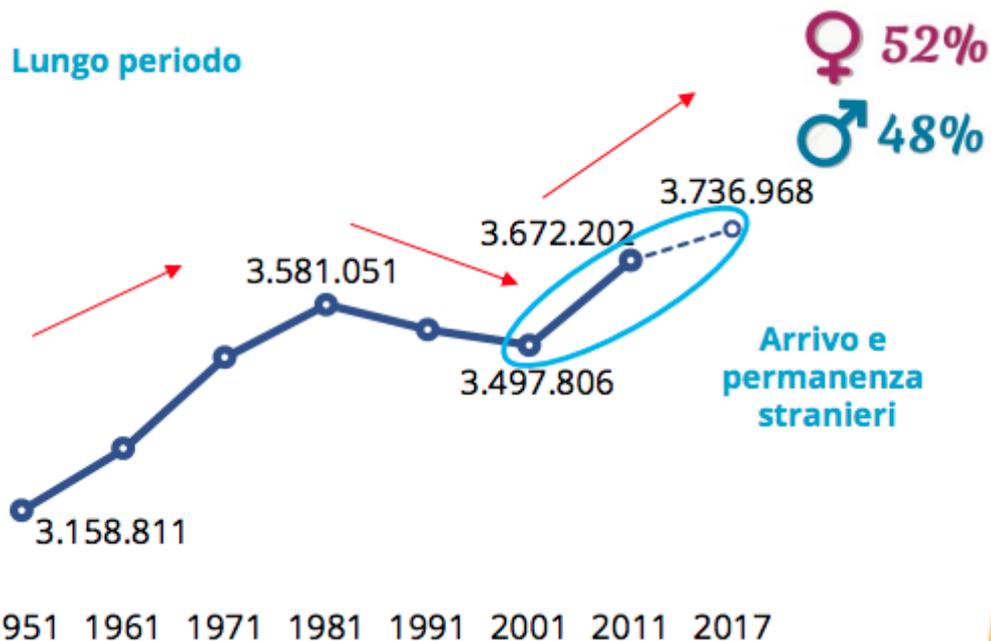
Figura 4. Indice di vecchiaia - Anziani (65+ anni) ogni 100 giovani (<15 anni) - Toscana e Italia, periodo 1971-2017 - Fonte: ISTAT



Regione Toscana

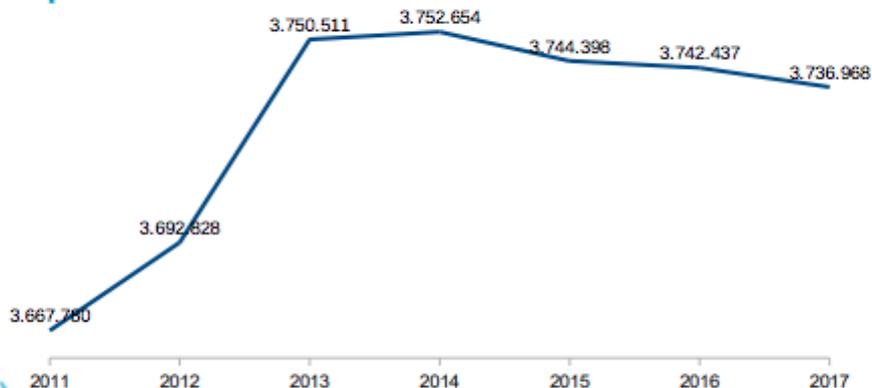
# Dinamica e struttura della popolazione

## Lungo periodo

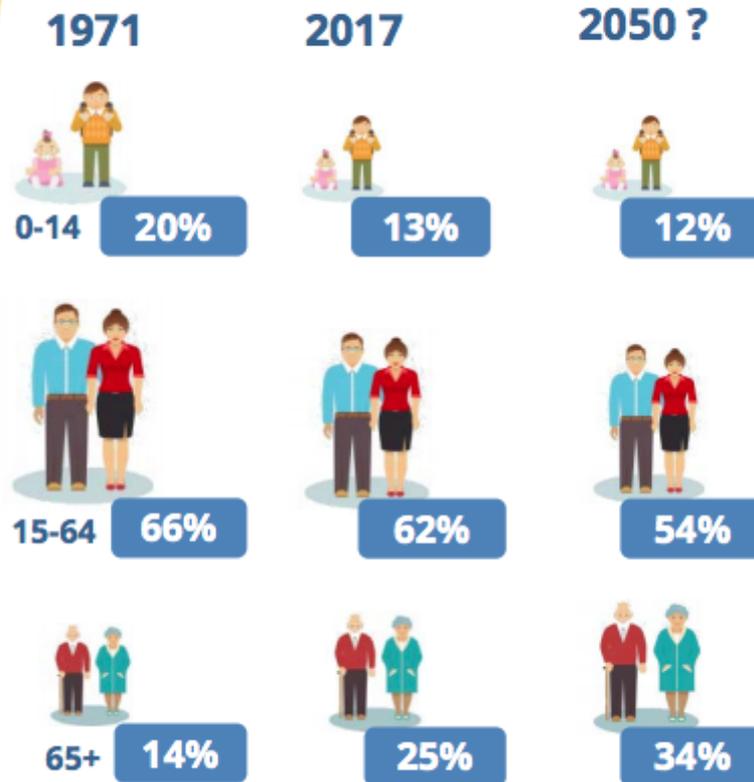


## Breve periodo

Popolazione in Toscana - Anni 2011 - 17



## Come cambia (e cambierà) la struttura per età



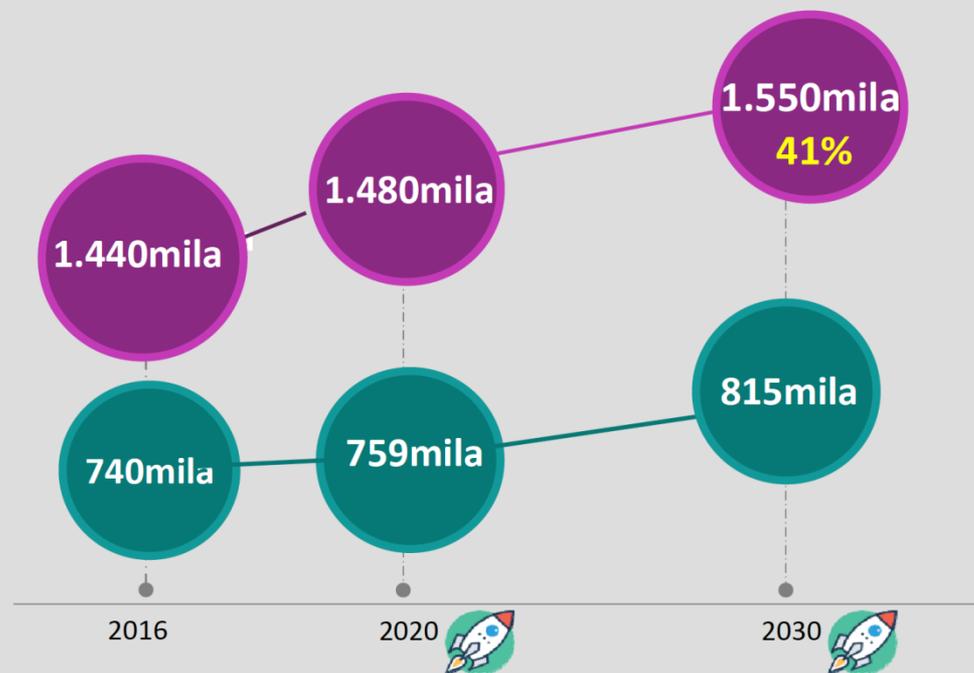
= **Meno di 1 anziano per ogni giovane** = **2 anziani per ogni giovane** = **3 anziani per ogni giovane?**

Toscana **2017**

# Malati cronici

malati cronici  
almeno 1 patologia

malati cronici  
almeno 2 patologie

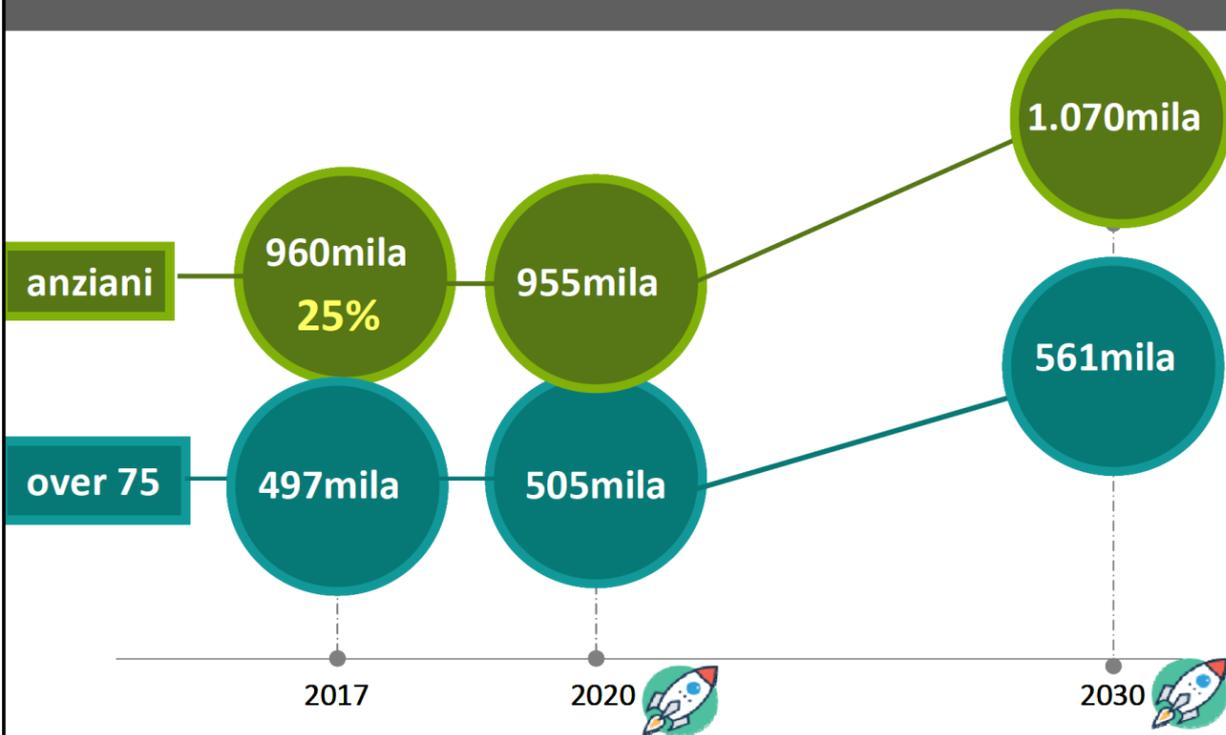


Welfare e salute in Toscana 2017



Regione Toscana

# Salute degli anziani



**703mila**  
anziani almeno  
1 patologia cronica

**714mila - 2020**  
**798mila - 2030**

Toscana **2017**



**1 su 4**

**almeno 1 volta  
all'anno  
va in ospedale**

**RICOVERI**

**50%**

- tumori
- malattie cardiovascolari

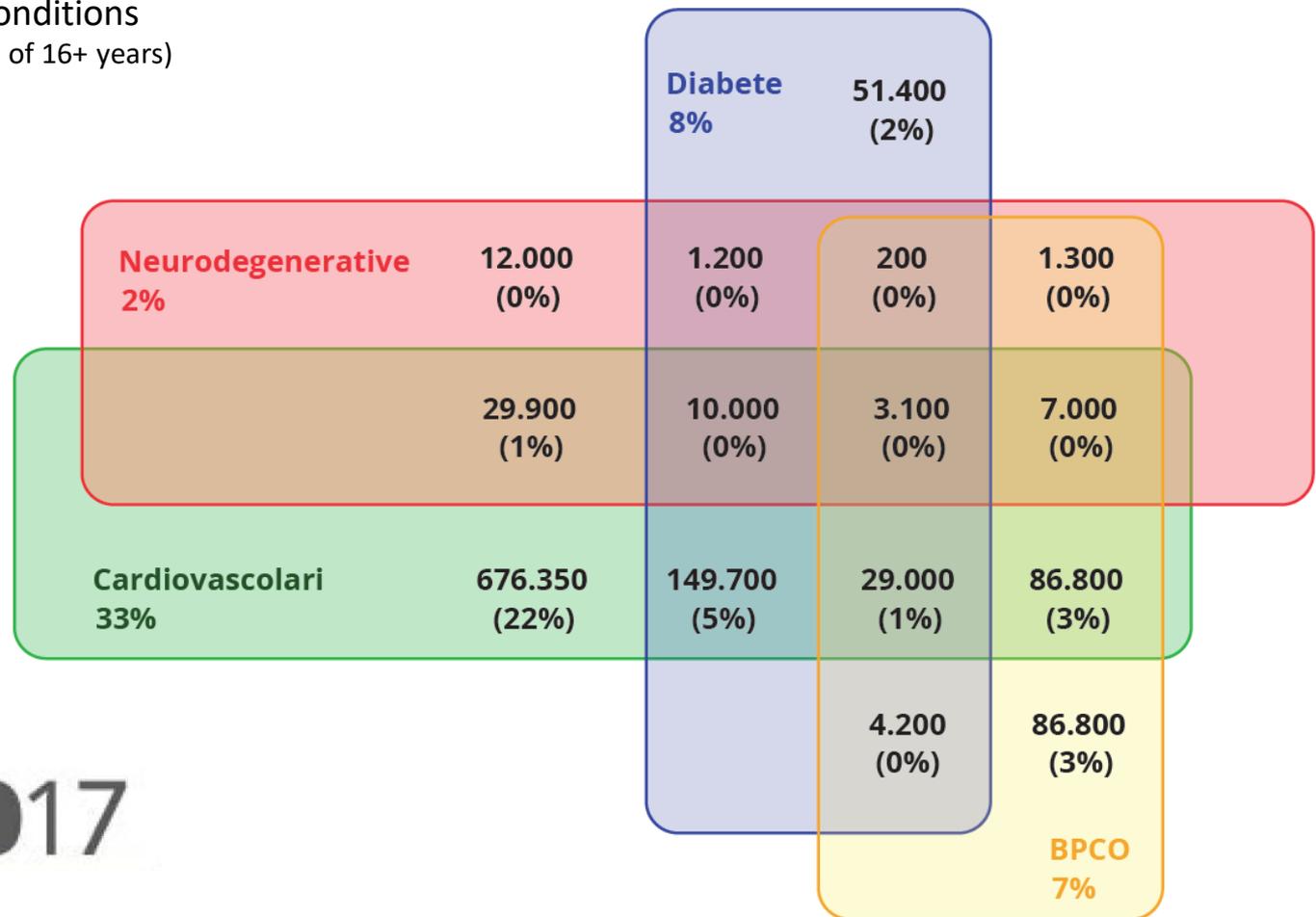
## MALATTIE



- malattie respiratorie
- diabete
- disturbi renali
- disturbi app. digerente
- disturbi sist. nervoso

# Overlap of chronic diseases

In Tuscany about 1 million and 150 thousand adults with one or more chronic conditions (estimate for the population of 16+ years)



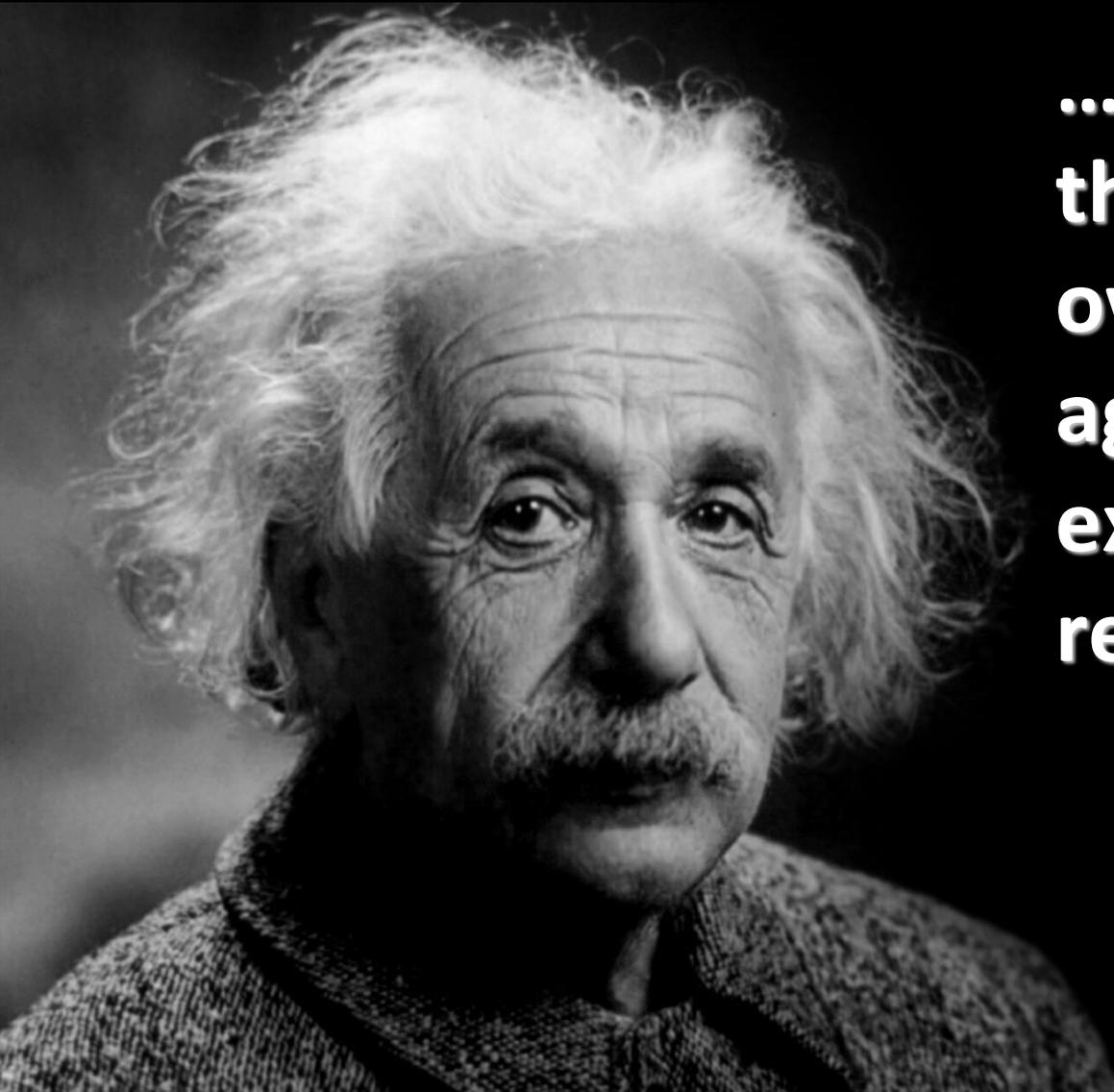
Toscana 2017

Chronic diseases in Tuscany - Prevalence for 100 inhabitants of age 16+ years - year 2017

Source: ARS elaborations on data flows of Tuscany health information

Regione Toscana





**...insanity: doing  
the same thing  
over and over  
again and  
expecting different  
results.**

*Albert Einstein*



....da sempre curare  
le persone è il nostro  
obiettivo

**INNOVAZIONE**



«è una risposta creativa che si presenta ogniqualvolta l'economia o un settore, od alcune aziende di un settore danno qualcosa di diverso, qualcosa che è al di fuori della pratica esistente...»

«Fare le cose vecchie in modo nuovo-questa è innovazione».

J.A. Schumpeter

# gli strumenti del “mestiere”



The  
19th

century



1802: Edward Jenner carried out the **first vaccination** against small-pox

1816: René Laennec invented the **stethoscope**

1842: Crawford Long carried out the first surgical operation with **anaesthesia**

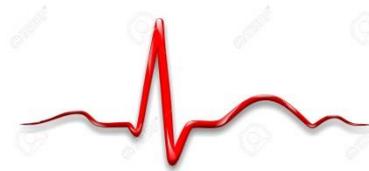
1895: Wilhelm Konrad Roentgen realized the first **X-ray** and the first radiotherapy applications;

# gli strumenti del “mestiere”



The 20th

century



1903 Willem Einthoven invented the **ECG/EKG** (electrocardiogram)

1913 McCollum-Davis discovered **Vitamin A**

1926 Moniz invented **Angiography**

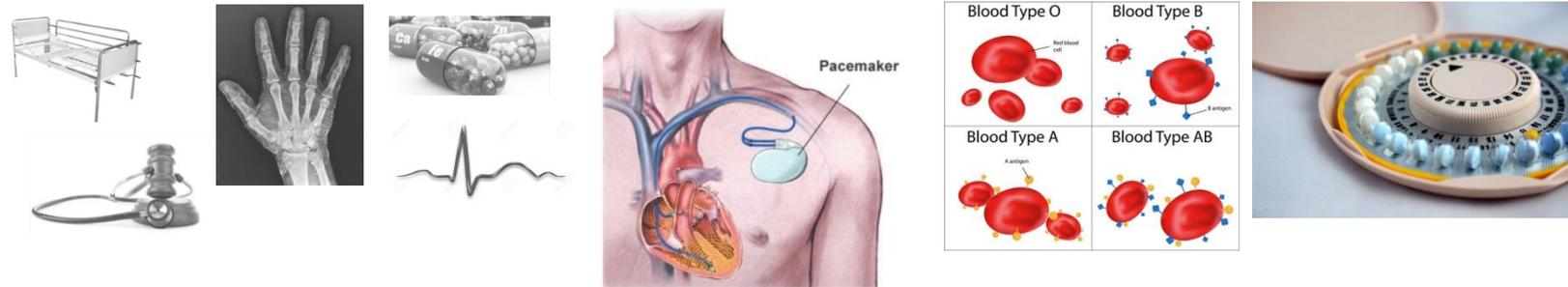
1929 Alexander Fleming discovered **Penicillin**

1929 Hans Berger invented the **Electroencephalogram**

# gli strumenti del “mestiere”

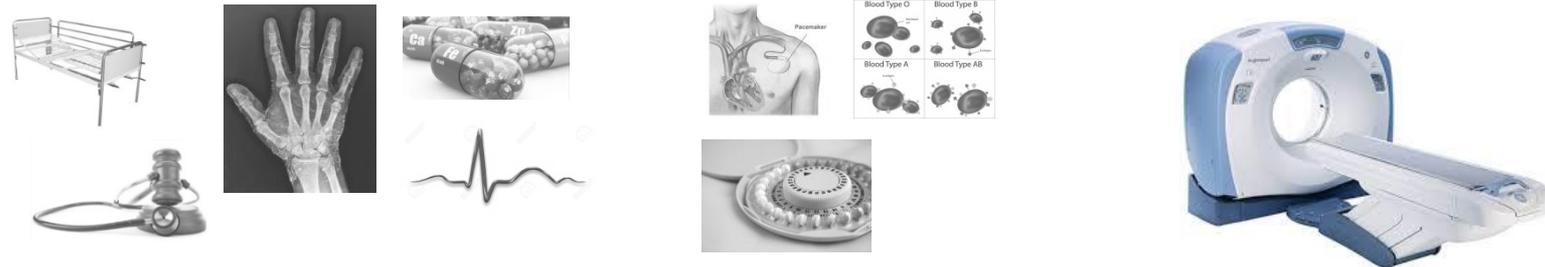


'50s-  
'60s



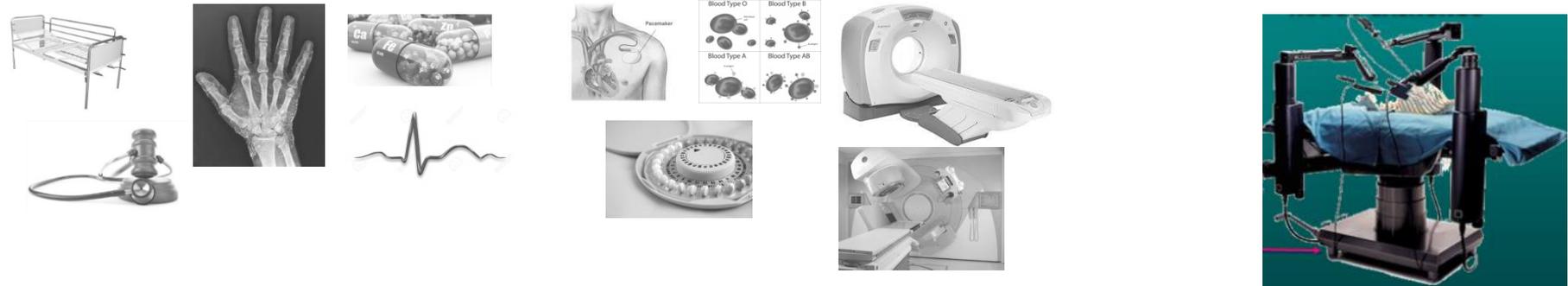
- 1946: A. Gilman and F.S. Philips discovered the first **Chemotherapy**
- 1953 C.A. Schleussner invented **reagents** to determine Blood types
- 1953 John Julian Wild and John Reid realized the first **ecographic scan**
- 1958: Garcia, Rock and Pincus tested the first **birth control pill**
- 1960: Wilson Greatbatch invented the first **Cardiac stimulator**
- 1966: J. Anderson invented the first portable **Defibrillator**

# gli strumenti del “mestiere”



- 1971: A. Cormack and G. Hounsfield invented the **TC** (computerized axial tomography)
- 1972: Raymond VahanDamadian invented the first **MRI** (magnetic resonance imaging) to study the human body
- 1973: E. Hoffman and M. Phelps invented the first **PET scan** (positron emission tomography)

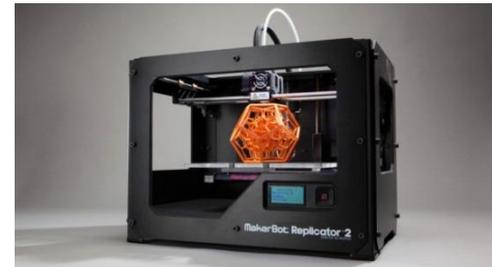
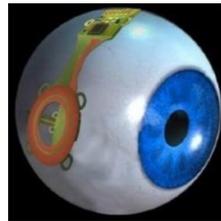
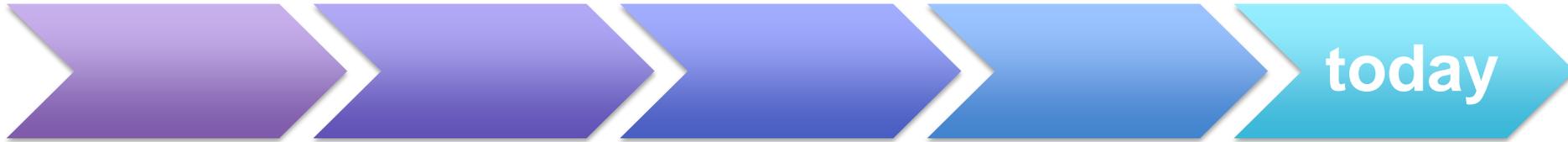
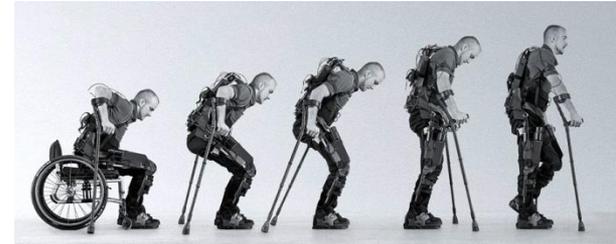
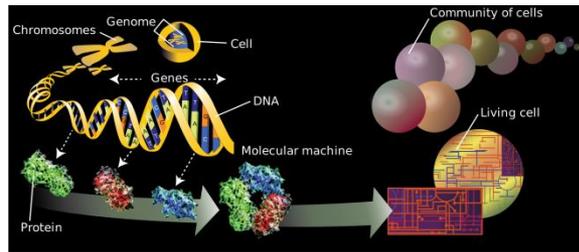
# gli strumenti del “mestiere”



1994: first **Surgical robotic device** approved by FDA

1999: Intuitive company patented the first Surgical robotic system “**Da Vinci**”

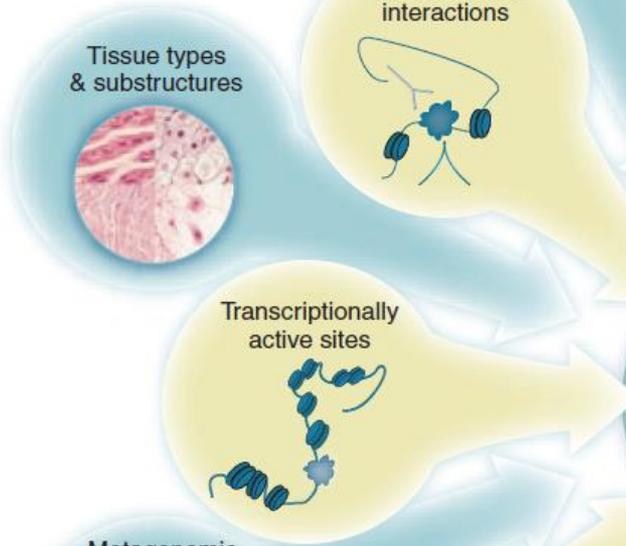
# gli strumenti del “mestiere”



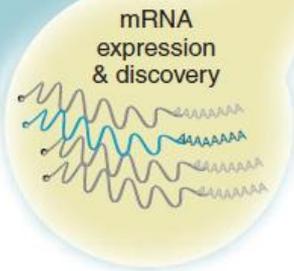
- 2002: first **Cyberknife** application carried out
- 2002: first **artificial Retina** inserted
- 2003: **Human genome** project achieved
- 2007: **Parallel sequencing** techniques introduced
- 2010: **Exoskeleton** project put into production

# INTEGRATING OMICS

**Protein-DNA interaction**

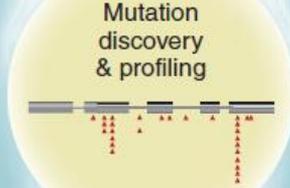


**mRNA expression**



**Splicing**

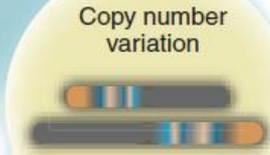
**Mutation discovery**



Populations



**Copy number variation**



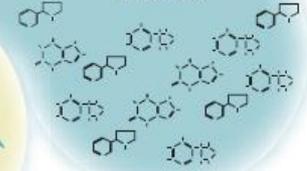
Environmental exposures



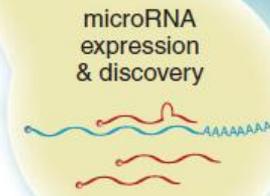
DNA bar codes



Compound libraries



**microRNA expression**





# Un'equazione sostenibile?

**i risultati attesi giustificano le risorse assorbite?**



**RISORSE**



**SALUTE**



almeno il **50%** della **crescita della spesa sanitaria** dei paesi avanzati negli ultimi tre decenni viene attribuita **all'innovazione tecnologica**

- miglioramento dei **risultati clinici**;
- minore **invasività**
- riduzione dei **tempi di "guarigione"**

# EVOLUZIONE DELLE TERAPIE

- Fino al **2005** le **Terapie Oncologiche** disponibili erano terapie a base di molecole chimiche con caratteristiche citotossiche. (alcune ricavate da gas tossici utilizzati nelle 2° guerra mondiale)
- Tra il **2005-2006** arrivano i primi **Anticorpi Monoclonali** capaci di agire su recettori specifici: cetuximab, trastuzumab per K mammella, e tante altre molecole
- Tra il **2014-2017** arriva l'**Immunoterapia**: stimolazione del sistema immunitario a dare una risposta farmacologica (pembrolizumab, nivolumab etc)
- **2018** arriva la **Terapia Genica**

# un esempio ... EMA approva le CAR T

Le cellule T del paziente vengono prelevate e modificate geneticamente ex vivo mediante trasduzione retrovirale in modo che esprimano un recettore chimerico per l'antigene, detto CAR (**chimeric antigen receptor**), contenente un frammento dell'anticorpo anti-CD19 e reimpiantate nel paziente

**KYMRIAH®NOVARTIS** (Negli USA il costo è di circa 475.000 \$ a paziente)

- Pazienti pediatrici e giovani adulti fino a 25 anni di età con leucemia linfoblastica acuta (LLA)- (**approvata EMA**)
- Pazienti adulti con linfoma diffuso a grandi cellule B

**YESCARTA®GILEAD** (Negli USA il costo è di circa 378.000 \$ a paziente)

- pazienti adulti con linfoma diffuso a grandi cellule B refrattario o recidivante (non hodkin) (**approvata EMA**)
- linfoma primitivo del mediastino a grandi cellule B, dopo due o più linee di terapia sistemica.

**AIFA non ha ancora contrattato il prezzo**

# Farmaci innovativi

## Alcune considerazioni sulla CAR-T:

-Efficacia nel 82,5% dei casi, ma il 78% dei pazienti trattati sviluppa effetti collaterali potenzialmente fatale (condizione che richiede centri altamente specializzati)

-il 46% dei pazienti trattati che hanno risposto al trattamento sono recidivati entro 12 mesi, ma il **54 % va a guarigione**

## Quali scenari possibili in Italia?

- accordo prezzo-volume ?
- pagamento pieno da parte del SSN con payback degli insuccessi da parte dell'industria (il 46% dei pazienti trattati recidivano)
- ridefinire i criteri di innovatività,(iniziare a considerare innovativi solo i farmaci "molto" innovativi come ad es. le CAR-T)?

# Farmaci innovativi

Le indicazioni della CAR T ad oggi è nelle linee di trattamento più avanzate, quindi un **numero limitato di pazienti**.

Ma una riflessione va fatta in previsione di un allargamento delle indicazioni (in prima linea in alternativa al trapianto o alle prime linee chemioterapiche).

Considerando anche che un trapianto **autologo costa circa 30.000 euro** ed un trapianto **allogeneico costa circa 200.000 euro**.

# cosa ci aspetta ?



Regione Toscana

# Ospedali del futuro in 10 punti...



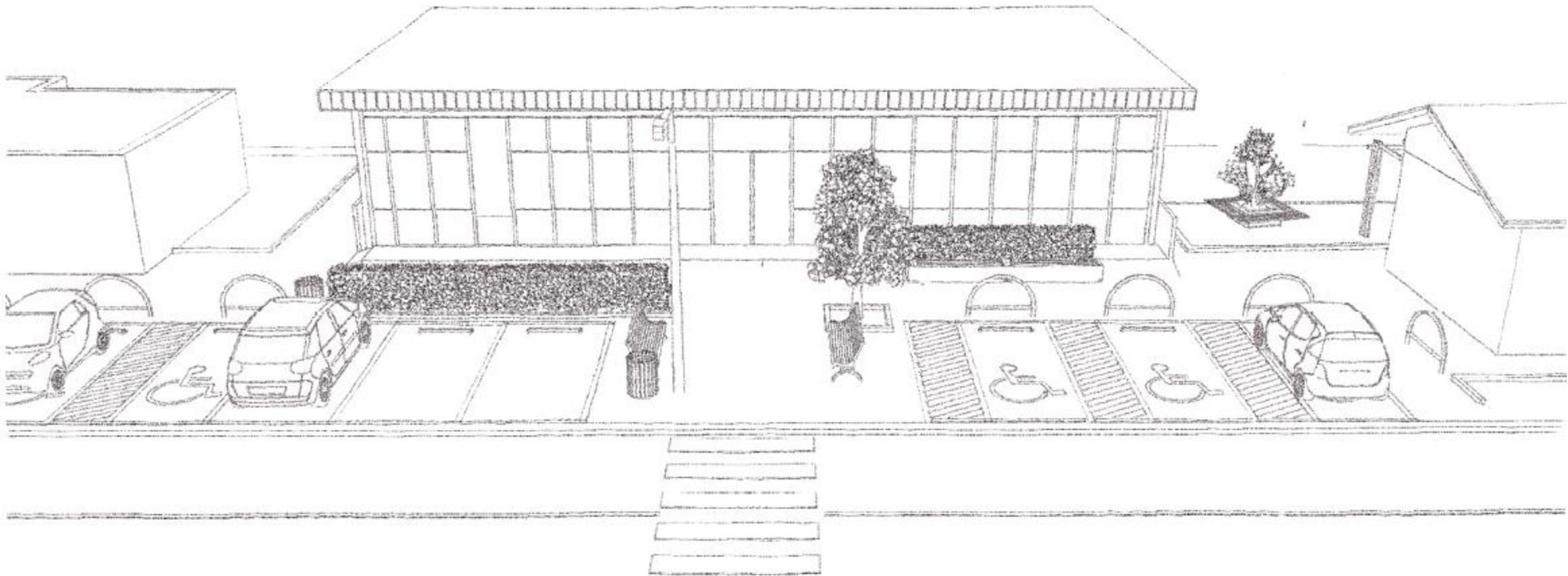
**...un trend inarrestabile**



Regione Toscana

# 1

## Gli ospedali saranno più piccoli e più specializzati



Regione Toscana

Fonte : Vincent and Creteur, Critical Care (2017)

# 2

## il numero degli staff sarà ridotto



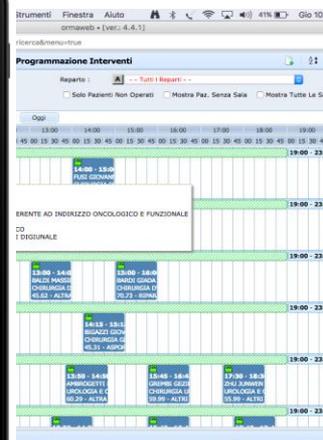
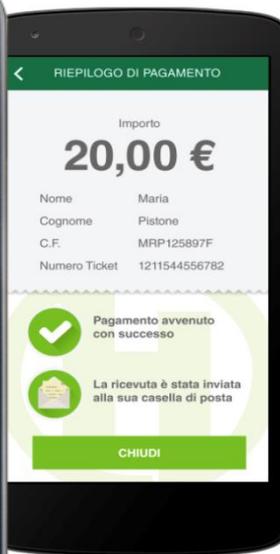
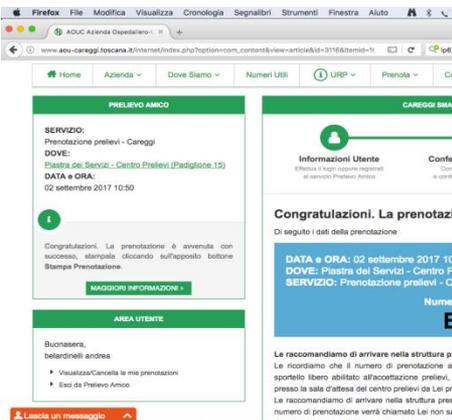
Regione Toscana

Fonte : Vincent and Creteur, Critical Care (2017)



# 4

# gli ospedali del futuro saranno più user-friendly

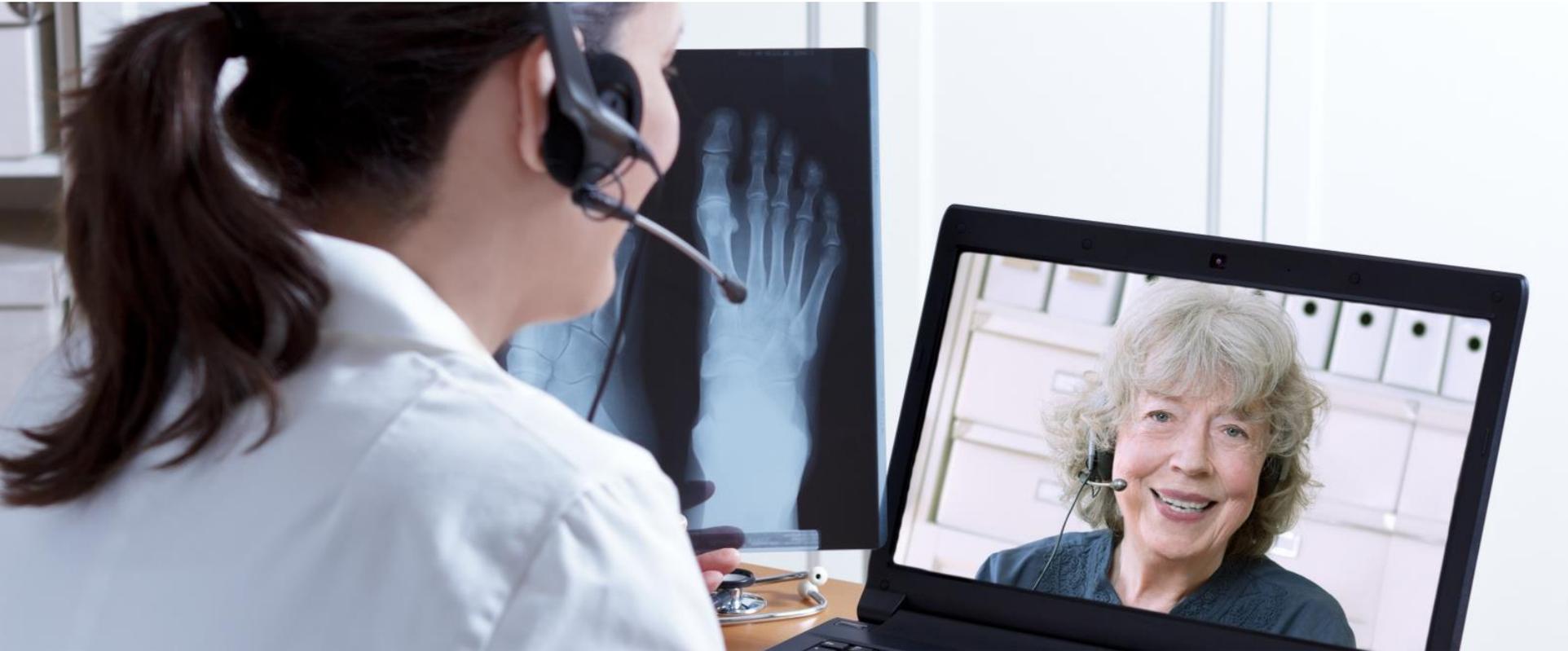


Regione Toscana

Fonte : Vincent and Creteur, Critical Care (2017)

# 5

## La telemedicina sarà ovunque



Regione Toscana

Fonte : Vincent and Creteur, Critical Care (2017)

# 6

## La robotica sarà sempre più presente ... e visibile

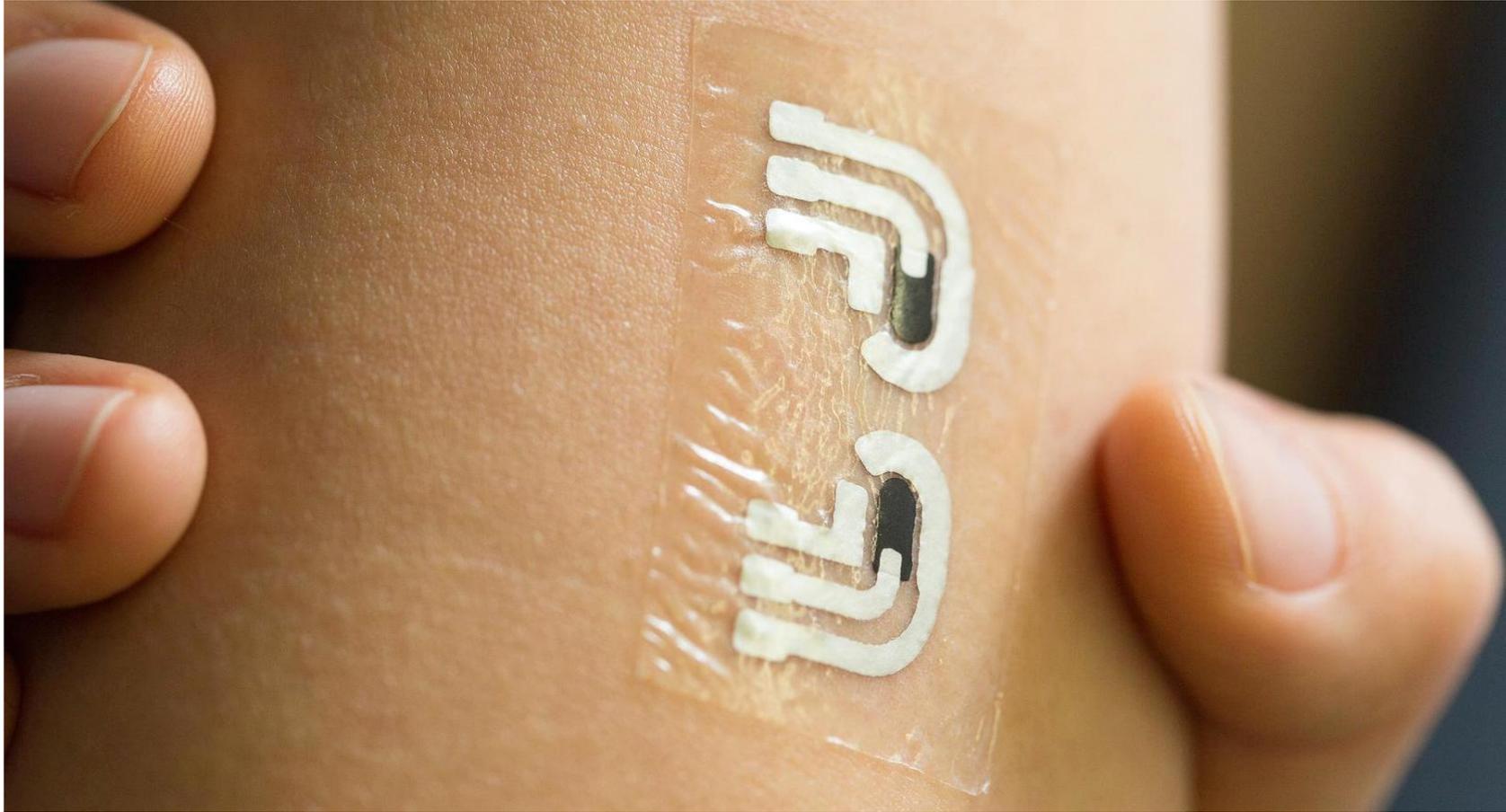


Regione Toscana

Fonte : Vincent and Creteur, Critical Care (2017)

# 7

## il monitoraggio non invasivo verrà ulteriormente sviluppato



# 8

## ci sarà continuità tra assistenza ospedaliera e assistenza domiciliare



Regione Toscana

Fonte : Vincent and Creteur, Critical Care (2017)

# 9

## ci saranno ancora le terapie intensive?



Regione Toscana

Fonte : Vincent and Creteur, Critical Care (2017)

# 10

## Cure palliative e DAT

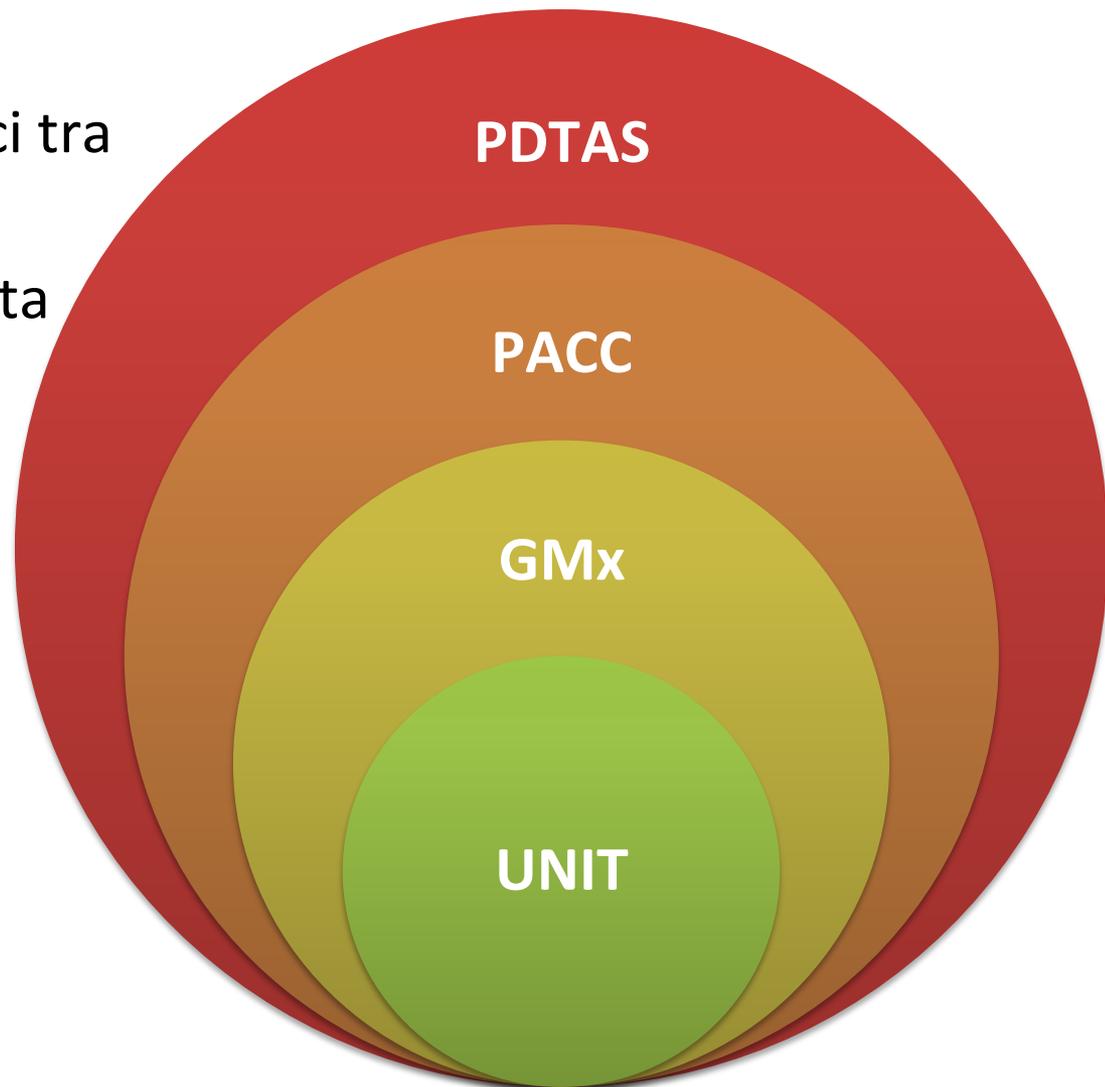


Regione Toscana

Fonte : Vincent and Creteur, Critical Care (2017)

# Le sfide...

- ridefinizione dell'offerta ambulatoriale
- definizione dei PDTA unici tra ospedaliera e territoriali
- potenziamento dell'offerta day service (revisione e standardizzazione PACC con il territorio)



# Le sfide...

## Driver ①

### RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE E SOCIALI

“ **Equità e giustizia sociale: non solo contrasto alle disuguaglianze e accoglienza delle differenze, ma anche centralità di persone, famiglie e comunità nelle politiche per la salute e sociali** ”



# Driver ①

## Equità, giustizia sociale e centralità della persona nelle politiche

### Quattro linee di azione:

- Promozione di consumi, stili di vita e contesti territoriali a tutela della salute e del benessere sociale;
- Accesso ai servizi, fruizione, informazione e comunicazione;
- Comunità locale, salute ed economie solidali;
- Accesso e qualità delle cure.



# Le sfide...

Driver ②

## GESTIRE LA CRONICITÀ

“ La cronicità e la salute al nostro tempo: il Sistema Socio-sanitario Pubblico si ridisegna, la comunità si organizza e il cittadino si rafforza ”



Regione Toscana

# Driver ②

## ***Non si può parlare di una cronicità ma di tante cronicità:***

La definizione OMS di malattia cronica (“problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni”) delinea una grande categoria in cui entrano condizioni molto diverse.

- prevalenza
- insorgenza
- sintomatologia
- controllabilità
- evoluzione verso la disabilità



# Driver ②

## Prevenzione delle condizioni croniche e della loro evoluzione attraverso:

- un aumento dell'attività fisica in tutte le età nella popolazione
- un miglioramento delle abitudini alimentari in tutte le età
- una riduzione del consumo di tabacco
- una riduzione dell'abuso e/o consumo a rischio di alcol.



# Driver ②

## Tre tipi di azioni

- Epidemiologia e sorveglianza
- Azioni a livello ambientale sociale e comunitario
- Azioni a livello individuale



# Driver ②

La relazione reciproca che si stabilisce tra la persona e il team di assistenza si sostanzia nel **Patto di cura**, che **non è un modulo da firmare** ma la traduzione concreta degli impegni che si assumono le due parti:

- il sistema socio-sanitario con gli interventi definiti dal PDTAS che vengono tradotti in un piano individuale per la persona;
- la persona con l'adesione al piano e ai suoi impegni nei confronti della propria salute.



# Driver ②

## Valutare il punto di vista dei pazienti con i seguenti criteri:

- il benessere autopercepito
- la qualità della vita
- l'impatto della condizione cronica sulla vita quotidiana
- la pratica dell'”autocura”



# Le sfide...

Driver ③

SVILUPPARE NUOVI MODELLI DI “CARE”

“ Interpretare e trarre il massimo dalle migliori esperienze disponibili per un sistema socio sanitario regionale moderno e a misura di cittadino



Regione Toscana

# Driver ③

- **Le scelte organizzative sull'intero territorio regionale**
- la ridefinizione di un **sistema sociosanitario nativamente integrato** nell'ambito territoriale distrettuale;
- la presa in carico secondo il paradigma della **medicina sistemica** e della **Medicina delle 4P** (proattiva, preventiva, personalizzata e partecipata);
- un **maggiore ed effettivo coinvolgimento delle comunità** e del terzo settore nei percorsi di cura.



# Driver ③

## Lo sviluppo delle reti cliniche – la necessità di “lavorare in Rete”:

- ottimizzare la gestione del **percorso** del paziente;
- rendere **più estesamente fruibili gli ambiti iper-specialistici**, aumentando così gli standard di assistenza erogati e garantendo una maggiore equità di accesso alle cure;
- rispondere alla **complessità** crescente dei processi clinico assistenziali ed alla necessità di **condividere ed integrare, con modalità codificate, le conoscenze e le competenze**;
- **migliorare l'utilizzo delle risorse** complessivamente disponibili.
- **il contenimento degli sprechi dovuti a modelli gestionali obsoleti o deboli**



# Le sfide...

## Driver ④

**ACCELERARE L'UTILIZZO DELL'INNOVAZIONE E  
SFRUTTARE LA RIVOLUZIONE DELL'INFORMAZIONE**



**Supportare e abilitare la trasformazione del sistema sanitario e sociale con un utilizzo pervasivo della tecnologia per una reale rivoluzione digitale che crei effettivo valore**



# Driver ④

- un **consolidamento delle tecnologie** a supporto dei processi (infrastrutture, cartella clinica, cartella ambulatoriale, percorso chirurgico, ecc.);
- **applicazioni** che favoriscano e **agevolino il lavoro degli operatori** e producano nei **confronti dei cittadini un maggiore livello di trasparenza** e conoscenza dei processi e dei percorsi che li vedono coinvolti;
- una **forte personalizzazione**, nonché una **facilitazione nell'accesso ai servizi** ed in alcuni casi anche strumenti di gestione autonoma di alcune fasi del percorso assistenziale, tarate sulle singole e diverse capacità di ciascun cittadino;
- un **utilizzo avanzato dei dati** per una migliore capacità di governo e programmazione e per il supporto decisionale, basato sull'utilizzo di piattaforme di intelligenza artificiale;



# Le sfide...

## Driver ⑤

CREARE UNA NUOVA RELAZIONE CON I CITTADINI  
E LE COMUNITÀ PER UN SISTEMA DI SALUTE E DI  
WELFARE ETICO E PARTECIPATO



**Il cittadino protagonista degli atti di cura e dei percorsi di promozione sociale, per valorizzare risorse, identificare bisogni e fornire risposte adeguate anche sotto il profilo dei valori individuali**



# Driver ⑤

- La comunicazione e l'informazione come strumento per la partecipazione e l'empowerment
- La prevenzione e la promozione della salute e del benessere sociale in tutte le azioni pubbliche
- Disuguaglianze e politiche per l'equità
- Prendersi cura della e nella comunità
- Valori individuali e salute



# Le sfide...

## Driver ⑥

**RIDISEGNARE LE COMPETENZE E SOSTENERE LE  
“AVANGUARDIE” PER SVILUPPARE UNA FORZA  
LAVORO MODERNA E FLESSIBILE**

**“ La medicina moderna esige un cambiamento radicale nell’organizzazione di un’impresa complessa e costosa. Il personale rivendica autonomia nell’interesse del paziente, ma non può evitare di sottostare a regole aziendali, il che comporta di perseguire l’equilibrio decisionale (la governance) tra tutti gli attori del sistema.**



# Driver ⑥

Dotare le Aziende di strumenti per affrontare:

- il tempo disponibile per la professione rispetto a quello per le esigenze amministrative
- la relazione col paziente, come rivendicazione di ruolo sociale
- l'informatizzazione strutturale al servizio



# Le sfide...

## Driver ⑦

CREARE UNA NUOVA ALLEANZA CON I CITTADINI  
PER PRESERVARE IL NOSTRO SISTEMA  
SOCIO-SANITARIO



**Il sistema socio-sanitario appartiene a tutti ed ognuno di noi  
deve fare la propria parte per preservarlo.**



Regione Toscana

# Driver ⑦

- lo sviluppo di **piani di implementazione delle raccomandazioni sull'utilizzo appropriato di esami e trattamenti** che comprendano l'identificazione di **indicatori** da utilizzare per valutarne l'effettiva applicazione
- la realizzazione di **Iniziative per migliorare il rapporto medico-paziente** e la relativa presa in carico aumentando e migliorando la comunicazione con i cittadini/pazienti
- la ricerca di una **maggiore responsabilizzazione dei professionisti attraverso l'impegno delle società scientifiche, degli ordini e dell'università**



# Driver ⑦

- la **ri-progettazione** degli interventi di prevenzione e di **educazione alla salute**
- la promozione dell'**informazione indipendente** dei medici e degli altri professionisti sanitari;
- la diffusione dei **concetti di cura efficace ed appropriata tra i cittadini**, i pazienti e le loro rappresentanze rendendo disponibili maggiori informazioni
- l'allineamento della **formazione continua con la ricerca di appropriatezza e sostenibilità**



# Le sfide...

## Driver ⑧

### PIANIFICARE IN MANIERA CONDIVISA LE CURE NELL'ULTIMA FASE DELLA VITA

“ **Partecipazione e scelta per il diritto alla tutela della salute nel rispetto della dignità della persona e della qualità di vita nell'ultima fase di malattia.** ”



# Driver ⑧

- **Garantire la Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC) e l'attivazione di percorsi di cure palliative precoci** nelle cura delle persone affette da patologie croniche
- Un cambiamento di paradigma: **dall'attesa all'iniziativa, dall'intervento in condizioni di urgenza all'intervento programmato**
- **Disposizioni anticipate di trattamento:** indirizzi e fruibilità



