

IPOTESI
 ASMA TEORIE
CRONICITÀ
 FIBRILLAZIONE
 INNOVAZIONE
 TERRITORIO DATA
 POLMONE CUORE
 RICERCA
 OSPEDALE

BOLOGNA

HOTEL BOLOGNA FIERA

Piazza della Costituzione, 1

25 NOVEMBRE 2019

ROADSHOW CRONICITÀ

2019 **MOTORE**
SANITÀ
 Gestire il Cambiamento

ROADSHOW CRONICITÀ

La spesa a livello UE per le malattie croniche è pari a circa 700 miliardi di euro l'anno ed in Italia i malati cronici sono 24 milioni, assorbendo una gran parte delle risorse riversate in sanità.

Il PNC approvato con Accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le PPAA di Trento e Bolzano il 14 settembre 2016, avrebbe dovuto portare alla riorganizzazione dell'assistenza sanitaria e allo spostamento sul territorio dei trattamenti socio sanitari delle principali patologie croniche (come ad es° diabete, asma, BPCO, CV) con lo sviluppo di una diversa cultura orientata alla presa in carico proattiva delle persone con fragilità e cronicità tramite servizi di prossimità.

Solo un deciso intervento in questa ottica potrà consentire che il processo di miglioramento della qualità assistenziale, si sviluppi in coerenza con l'esigenza di contenimento e di razionalizzazione della spesa sanitaria.

Ma tutto questo con quali strumenti operativi? Oggi, a quasi 3 anni dall'approvazione, l'attuazione concreta del Piano si vede realizzata ancora in via parziale e solo in alcune regioni, seppur da molti sia stata considerata la potenziale vera spending review della sanità.

Per verificare lo stato di attuazione reale e non formale del PNC, gli uffici della programmazione del MinSal hanno attivato un monitoraggio tecnico

che deve mappare una serie di indicatori trasmessi dalle singole regioni: il livello di stratificazione della popolazione, il livello di integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale e il livello di adozione e di attuazione dei percorsi diagnostico-terapeutici.

Il PNC ha previsto inoltre la creazione di una cabina di regia che, partendo dalla analisi di questi indicatori, costruisca una fotografia iniziale (as is) e possa poi decidere le azioni successive (to be). Se l'obiettivo del piano nasce dall'esigenza di armonizzare a livello nazionale tutte le attività in questo campo, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali, la realizzazione e attuazione del piano in tutte le Regioni deve rappresentare lo strumento per rendere omogeneo l'accesso alle cure da parte dei cittadini, garantendo gli stessi livelli essenziali di assistenza e rendendo sostenibile il SSN.

L'innovazione organizzativa necessaria a tutto ciò è una responsabilità di ogni singola regione e si dovrà realizzare attraverso ben costruiti condivisi e monitorati PDTA.

MODERA

Alessandro Malpelo, Giornalista

8,30	REGISTRAZIONE PARTECIPANTI	12,00	TAVOLA ROTONDA
9,00	APERTURA E SALUTI Kyriakoula Petropulacos , Direttore Generale cura della persona, salute e welfare Regione Emilia-Romagna		CONFRONTO TRA DECISORI CLINICI E PAZIENTI: IL PAZIENTE CRONICO AL CENTRO TRA QUALITÀ DELLA VITA, SOSTENIBILITÀ E INNOVAZIONE, QUALE STRATEGIA POSSIBILE E QUALI DECISIONI CONDIVISE?
9,30	IL REAL WORLD NELLA GESTIONE DELLE PATOLOGIE CRONICHE AD ALTO IMPATTO CRITICITÀ E OPPORTUNITÀ MODERA: Giulio Fornero , Direttore Struttura Complessa Qualità, Risk Management, Accreditemento Azienda Ospedaliera Universitaria Città della Salute e della Scienza, Torino		MODERA: Claudio Zanon , Direttore Scientifico Motore Sanità
	<ul style="list-style-type: none"> • La presa in carico del paziente cronico: modelli regionali • Il Diabete, le malattie cardiovascolari e le malattie respiratorie come paradigma di Integrazione multiprofessionali nella cronicità • Dal come costruire un PDTA efficace e al come monitorarne i risultati di efficacia: Indicatori clinici ed economici di percorso • Il valore dell'aderenza alle terapie nel paziente Cronico • Appropriatezza farmacologica tra EBM, innovazione tecnologica, linee guida e sostenibilità 		<ul style="list-style-type: none"> • Rapido accesso all'innovazione di valore • Responsabilità e gestione del budget: dalla visione a Silos al <i>total cost ownership</i> nella cronicità • Ruolo ed accesso del MMG alle terapie innovative: come programmare, come gestire e cosa misurare
	Imma Cacciapuoti , Servizio Assistenza Territoriale, Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, Assessorato politiche per la Salute, Regione Emilia-Romagna		Anselmo Campagna , Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, Regione Emilia Romagna
	Paolo Di Bartolo , Presidente Eletto AMD, Direttore Rete Clinica Diabetologia AUSL Romagna		Renzo Le Pera , Vice Segretario Nazionale FIMMG
	Giuseppe Di Pasquale , Dirigente Medico - Direttore di Cardiologia Azienda USL di Bologna		Alessandra Sforza , AUSL Bologna Diabetologia Territoriale
	Pier Anselmo Mori , Medico SC Dipartimento di Medicina Generale e Specialistica Pneumologia ed Endoscopia Toracica AOU Parma	13,00	Rita Lidia Stara , Presidente Federazione Diabete Emilia-Romagna
	Ester Sapigni , Responsabile Servizio Assistenza Territoriale Area Farmaco e Dispositivi Medici, Regione Emilia-Romagna		INNOVAZIONE TECNOLOGICA E ORGANIZZATIVA
			<ul style="list-style-type: none"> • L'innovazione IT strumento fondamentale per la gestione della cronicità • Partnership Pubblico-Privato • Il ruolo della farmacia dei servizi • Comunicazione social e controllo delle <i>fake news</i> nella gestione della cronicità
		14,00	Silvana Casale , Segretario Federfarma Emilia-Romagna
			Giuseppe Petrosino , Regional Access Leader Boehringer
			CONCLUSIONI
			LIGHT LUNCH

Con il contributo incondizionato di:



ORGANIZZAZIONE

eventi@panaceascs.com

SEGRETERIA

motoresanita@panaceascs.com

011 2630027 - 3299744772

