

3 NOVEMBRE 2020

ROADSHOW CRONICITÀ

LA GESTIONE DELLE CRONICITÀ
AD ALTO IMPATTO ASSISTENZIALE

FOCUS DIABETE, FANV E BPCO
NELL'ERA COVID-19

DOCUMENTO DI SINTESI



POLMONE



CUORE



IPOTESI

BPCO

ASMA TEORIE

CRONICITÀ



FIBRILLAZIONE

RICERCA

OSPEDALE



REGIONI COINVOLTE:

- Piemonte-Veneto-Lombardia
- Emilia R-Toscana
- Puglia-Campania

SINTESI DEGLI EVENTI REGIONALI ED EVENTO NAZIONALE

Durante il percorso regionale siamo partiti dai dati forniti dal Rapporto Nazionale Osservasalute 2019 (che raccoglie vari fonti da ISTAT a Health Search) per comprendere la portata socio assistenziale e l'impatto economico di queste 3 patologie nelle regioni Italiane. La stima sulle risorse utilizzate per curare i 24 milioni di malati cronici (di cui 12,5 Milioni con multi-cronicità) in Italia ammonta a 67 Miliardi/anno, cifra proiettata a 10 anni in costante aumento.

Il Piano Nazionale Cronicità (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, ma la recente pandemia ha ben evidenziato come questo percorso non sia ancora compiuto.

Sono emerse infatti le fragilità di un sistema poco pronto e reattivo, con una definizione di responsabilità, ruoli e funzioni interamente da rivedere. In questo senso COVID-19 rappresenta per il mondo della Sanità di oggi e di domani, una opportunità per accelerare un processo cruciale di cambiamento, oramai non più auspicabile ma necessario ed indifferibile.

Dati epidemiologici*

Malattie Croniche in Italia:

- 2018: **40% della popolazione (24 Mln di cui, 12,5 Mln hanno multi-cronicità)** con spesa sanitaria **67 miliardi € (Toscana 4,3)**
- 2028 saranno 26 Mln(14 Mln con multi-cronicità) una spesa di **70,6 miliardi € (Toscana 4,5)**

Epidemiologia futura alcuni es° :

- Nel 2030 **Ipertesi 12,4 mln, Diabetici 3,9 mln, Malati di cuore 2,7 mln, BPCO 3,9 mln**

Tabella 5 - Persone (valori assoluti in migliaia) per presenza di patologie croniche e tipologia di patologia - Anno 2018 e proiezioni anni 2030 e 2040

Presenza e tipologia di patologie croniche	2018	2030	2040
Persone con almeno una malattia cronica	24.564	26.593	27.449
Persone con almeno due malattie croniche	12.909	14.625	15.663
Malati cronici - affetti da diabete	3.355	3.802	4.204
Malati cronici - affetti da ipertensione	10.876	12.471	13.323
Malati cronici - affetti da bronchite cronica	3.623	3.964	4.206
Malati cronici - affetti da artrosi, artrite	9.887	11.312	12.204
Malati cronici - affetti da osteoporosi	4.897	5.735	6.313
Malati cronici - affetti da malattie del cuore	2.400	2.764	3.040
Malati cronici - affetti da malattie allergiche	6.994	6.895	6.710
Malati cronici - affetti da disturbi nervosi	2.755	2.986	3.123
Malati cronici - affetti da ulcera gastrica o duodenale	1.520	1.672	1.744

Elaborazioni su dati Istat.

- Ma già oggi la prevalenza della **BPCO** è molto sottostimata e arriverebbe negli over 40 al 10% causando **17.000 morti/anno** ed essendo la **7° causa** di ospedalizzazione. Ma anche qui l'OMS già dal 2020 stima il passaggio della BPCO a **3° causa di morte e 5° causa di invalidità** su scala mondiale(10 Mln di giornate lavorative perse/anno).
- Parlando poi di **FANV** è una delle più importanti patologie croniche del paziente anziano (prevalenza del **5%-10% negli over 65**) e rappresenta la **3° causa di morte** cardiovascolare in Italia. E' inoltre un importante fattore di rischio (aumento da 4 a 9 volte) per **ictus**, patologia che nel **50%** dei pazienti sopravvissuti porta a disabilità

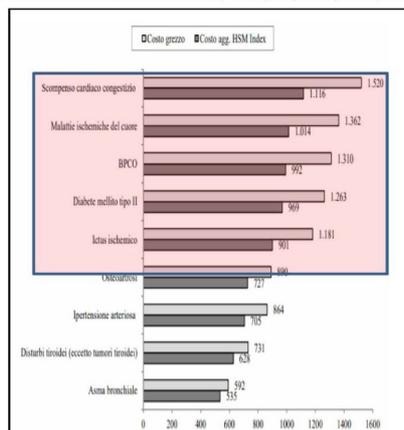
Claudio Zanon - Paolo Guzzonato, Direzione Scientifica Motore Sanità



OSSERVATORIO NAZIONALE
SULLA SALUTE NELLE REGIONI ITALIANE

Dati epidemiologici*

Grafico 1 - Costo (valori in €) medio annuo (grezzo e aggiustato mediante l'Health Search Morbidity Index) dei pazienti assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search per singola patologia dei pazienti - Anno 2017



Fonte dei dati: Health Search - IMS LPD, Anno 2017.

- **diabete tipo 2** il 18,5% delle richieste di visite specialistiche e il 18,2% degli accertamenti diagnostici
- **malattie ischemiche del cuore**, del 10,6% delle richieste di visite specialistiche e del 10,1% degli accertamenti diagnostici
- **scompenso cardiaco congestizio** assorbe il 4,0% delle richieste di visite specialistiche e il 4,1% per le prescrizioni di accertamenti diagnostici
- **BPCO** a seconda della sua gravità clinica: € **1.501** forme più lievi (65% dei casi), € **3.001** moderate (30% dei casi) e € **3.912** forme più gravi (5% dei casi).

il database Health Search - CSD LPD per sviluppare uno score composito di multimorbilità (Health Search Morbidity index [HSM-index]) in grado di spiegare la variabilità nell'assorbimento di risorse sanitarie

Claudio Zanon - Paolo Guzzonato, Direzione Scientifica Motore Sanità



Nello specifico degli eventi regionali sono state poste all'attenzione alcune criticità su cui confrontarsi, relative alle 3 patologie focalizzate nel progetto: Fibrillazione atriale non valvolare (FANV), Diabete e BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO).

Quesiti per il Panel

FANV

1. **Covid e appropriatezza: Sottoutilizzo o Under-Use NAO** (timori sanguinamento)
2. **Scarsa aderenza e Bassi dosaggi dei NAO**
3. **Nota 97 cosa può cambiare nella gestione della terapia**

BPCO

1. **Appropriatezza diagnostica: ruolo specialista e MMG?** La *malattia «sommersa»* e *sottodiagnosticata*, La *spirometria*, *chi deve fare cosa*
2. **Covid e rischio pazienti durata terapie**
3. **Scarsa aderenza, monitoraggio terapie, piani terapeutici e formazione pazienti**

DIABETE

1. **malattia multiorgano, Multidisciplinarietà (cardiologo-diabetologo-MMG) e prevenzione delle complicanze:** SGLT2 inibitori (Empagliflozin su 7020 pazienti ad elevato rischio cardiovascolare con DT2 EMPAREG Outcome: -38% mortalità CV, -32% mortalità per tutte le cause, -35% ospedalizzazioni per scompenso) **51° congresso Europeo emozione per la presentazione dati Empareg**
2. **Quale nuove forme di collaborazione? (Telemedicina, PDTA)**
3. **MMG Gestione dell'«Innovazione» e piani terapeutici**

Claudio Zanon - Paolo Guzzonato, Direzione Scientifica Motore Sanità

Le criticità di sistema insieme alle possibili soluzioni sono ampiamente state condivise dai Panel di esperti regionali e sono ascrivibili ad alcune linee comuni:

NUOVA RIORGANIZZAZIONE DELLA FILIERA ASSISTENZIALE ED ESPERIENZE COVID

1. **Sottodiagnosi** e tempi lunghi per arrivare ad una diagnosi certa (BPCO, DIABETE, FANV).
2. **Necessità di finanziamento** attraverso risorse adeguate per riformare la medicina del territorio.
3. **Scarsi strumenti diagnostici** di primo livello a disposizione della medicina territoriale (UCCP-AFT-MMG).
4. **Presa in carico** poco efficiente e rapida, con ruoli mal coordinati tra Ospedale (H) e Territorio (T). Sarebbe utile l'istituzione di specialisti sul territorio che possano affiancare e supportare il MMG
5. **Strumenti di comunicazione/dialogo** tra professionisti **e di tracciamento della storia clinica** dei pazienti obsoleti o non ancora attivati (cartelle cliniche, FSE, Telemedicina, etc).
6. **Organizzazioni non adeguate a ricevere l'innovazione** ed il suo rapido flusso.
7. **Difficoltà nel fare squadra** e nell'imprimere accelerazione al cambiamento tra professionisti in alcuni casi ancora arroccati su opposti interessi di categoria. Per riportare avanti un cambiamento sarà necessario abbattere i silos tra categorie professionali, purtroppo ancora presenti.
8. **Empowerment del paziente** sulla sua malattia cronica e sulla sua capacità gestionale, con un ruolo non ben chiaro e definito, spesso rimpallato tra i protagonisti della filiera assistenziale.
9. Apertura ad una presa in carico allargata verso **nuove cruciali figure e strutture** di supporto alla gestione delle cronicità (Infermiere di famiglia dedicato alla cronicità, USCA che dovrebbero diventare strutturali, farmacia dei servizi, etc).
10. **Nuovo ruolo dei distretti sanitari** come cabine di regia e di coordinamento della cronicità.

GESTIONE DELL'INNOVAZIONE

1. **Lento accesso all'innovazione** da parte dei pazienti, con disallineamento anche di anni rispetto alle evidenze scientifiche ed alle indicazioni delle linee guida (es° evidente relativo al sottoutilizzo dei NAO per la FANV o dei farmaci SGLT2 ed incretinici per il Diabete) che rallenta i benefici di salute causando un potenziale rischio sui pazienti, con conseguente aumento dei costi socio-assistenziali.

- 2 **Nuove modalità di misura del valore dell'innovazione**, non più basate su visioni a silos di spesa ma su visioni a vasi comunicanti (impatto nell'intero percorso di cura).
- 3 **Bassa aderenza** dei pazienti alle prescrizioni mediche (non solo terapie ma anche dieta e stili di vita).
- 4 **Accesso da parte della medicina di famiglia** alla possibilità di prescrivere le innovazioni (in qualche caso ex-innovazione poiché come più volte detto prossima alla scadenza di brevetto). Le prescrizioni dei farmaci (innovativi o meno) dedicati alle varie patologie, devono essere valutate in termini di appropriatezza e non in termini di specialista che possa effettuarle. Questo ridurrebbe i tempi di adesione alle indicazioni delle linee guida, evitando nel contempo inutili e gravosi tour dei pazienti per ottenere le terapie (o semplicemente il rinnovo di queste) che servono a curare la propria condizione di cronicità.
5. **Burocrazia sempre più gravosa** sui professionisti clinici (Specialisti e Medici di Medicina Generale), riferita ad alcune pratiche ritenute obsolete (come ad es° i piani terapeutici ancora attivi per classi di farmaci vicini alla scadenza brevettuale e comunque con ampia documentazione di efficacia e sicurezza posizionati dalle linee guida come opzioni di scelta). Questo porta via risorse più utili se indirizzate alla gestione clinica dei pazienti e all'ascolto delle loro esigenze reali.
6. **Necessità di partnership** moderne e trasparenti con l'industria produttrice di tecnologia (farmaci, device, IT, etc).
7. **Implementazione della "Formazione"** (non solo informazione) sull'innovazione per tutta la filiera assistenziale (paziente, clinici, farmacisti, infermieri) al fine di comprenderne il Valore reale tra opportunità e rischi.
8. **Creazione di PDTA** condivisi tra diversi operatori, che nel processo organizzativo non possono però prescindere dalla presenza dei pazienti al tavolo decisionale.

ESPERIENZE REGIONALI

In questo scenario alcune regioni hanno espresso delle **"proven practice"** operative nella gestione delle cronicità certamente da sottolineare. Fra queste:

- **il progetto AGIRE** di regione Campania sulla BPCO, che ha previsto un percorso formativo in cui lo specialista pneumologo trasferisce al MMG le competenze per una corretta esecuzione ed interpretazione della spirometria (esame diagnostico fondamentale per una corretta diagnosi). Sono poi state acquistate infrastrutture tecnologiche di diagnostica funzionale respiratoria collegate in rete: 360 stazioni 1° livello (spirometri), 14 stazioni di 2° livello (specialistiche territoriali/ospedaliere), un server centrale per il monitoraggio del flusso dati e degli indicatori di processo/risultato previsti nel PDTA.

- **i progetti Farmacia dei servizi di:**
 - **regione Emilia Romagna** con l'obiettivo di misurare l'aderenza terapeutica nella BPCO, nel diabete e nell'ipertensione attraverso un intenso addestramento obbligatorio strutturato dagli organi tecnici regionali e che ha visto un finanziamento di 3,5 milioni €.
 - **regione Veneto** che attraverso la formazione dei farmacisti delle farmacie convenzionate prevede poi la presa in carico dei pazienti individuati come non aderenti alle terapie, attraverso l'empowerment degli stessi sulla conoscenza propria malattia cronica.
- **il progetto appropriatezza prescrittiva sulle terapie innovative** per il diabete di regione **Toscana**, dove si è puntato, con la collaborazione di tutti i clinici della filiera (Specialisti e MMG) a sostituire le vecchie terapie, seppur a basso costo, ma obsolete e fuori indicazioni delle Linee guida, con farmaci di nuova generazione più costosi ma più performanti e protettivi per il paziente secondo le evidenze scientifiche.

CONCLUSIONI E CONSIDERAZIONI

Il panel concorda che la recente Pandemia dopo essere stata una tragedia umana, debba essere ora un monito che possa rappresentare una opportunità di rimodernamento immediato del sistema. Senza dimenticare, come scritto recentemente dal direttore di "The Lancet Richard Horton" che: *la gestione dell'emergenza, basata solo su sicurezza infettiva ed epidemiologia, è parziale ed incompleta. Covid-19 infatti è una malattia che uccide quasi sempre persone svantaggiate socialmente **oppure affette da malattie croniche, dovute a fenomeni spesso eliminabili se si rinnovassero le politiche pubbliche su economia, salute, ambiente, istruzione.*** Senza ammettere questo ed intervenire su queste condizioni in cui il virus diventa pericoloso, nessuna misura sarà efficace. Nemmeno un vaccino, perché oggi è Covid, ma domani sarà altro. Serve quindi, riprendendo il ragionamento sulle cronicità, ripensare insieme ad un nuovo modello assistenziale e di gestione dei pazienti cronici.

I bisogni dei pazienti sono sempre più complessi quindi le risposte devono diventare più adeguate alle richieste. Il panel concorda che sia necessario un coinvolgimento più ampio di tutti gli attori in gioco: Specialisti, MMG, Care Giver, Farmacie, Industria. **L'innovazione** dovrebbe essere maggiormente valorizzata perché potrebbe portare molto valore aggiunto al progetto di gestione delle cronicità, **riducendo le complicanze** ed i ricoveri ad esse collegate, **rendendo più efficace la spesa** sanitaria, **superando la logica dei silos** budget, ma soprattutto **restituendo al paziente maggior vita in buona salute.**

La riorganizzazione dell'assistenza alle persone con cronicità è certamente una questione centrale da affrontare nella progettazione della sanità del dopo COVID. È stato però ribadito con forza che lo sforzo maggiore nell'implementazione dei Chronic Care Model elaborati dalle Regioni Italiane, è auspicabile che avvenga soprattutto favorendo **l'integrazione tra specialisti ospedalieri, specialisti del territorio e Medici di Medicina Generale**.

La valutazione e la gestione dei percorsi **diagnostico-terapeutici deve essere multispecialistica**, in modo da non costringere il malato a compiere complicati iter. Le diverse competenze, in altri termini, devono poter convergere (anche attraverso gli strumenti della telemedicina), per garantire una presa in carico globale.

Il dibattito ha fatto emergere come una urgenza, la necessità di strutturare e potenziare la dotazione di **strumenti per il monitoraggio sul territorio ed il personale infermieristico** da affiancare ai Medici di Medicina Generale. Ma è stata da molte parti sottolineata anche la necessità di rafforzare la Rete dell'Assistenza Territoriale, **attraverso le USCA** (Unità Speciali di Continuità Assistenziale da rendere strutturali e definitive) e i **Distretti socio-sanitari**.

Come Motore Sanità crediamo che da questo documento costruito sulla base delle interazioni di esperti nazionali, possano essere ricavati molti spunti di riflessione per i decisori istituzionali, che speriamo possano poi tradursi in una **chiamata immediata all'azione**.

SONO INTERVENUTI NEL CORSO DELL' EVENTO:

(i nomi sono posti in ordine Alfabetico)

Daniele Amoruso, Giornalista Scientifico

Maria Cristiana Baggiore, Diabetologa USL Toscana Centro

Antonio Barone, Responsabile Struttura Servizi per il Welfare Regionale e DIH, ARIA Spa Lombardia

Paolo Di Bartolo, Presidente AMD

Gemma Bearzotti, Presidente Federazione Toscana Diabete

Andrea Belardinelli, Responsabile Settore Sanità Digitale e Innovazione Regione Toscana

Emilio Augusto Benini, Presidente FAND

Enzo Bonora, Professore Ordinario di Endocrinologia, Università di Verona Direttore UOC Endocrinologia, Diabetologia, Malattie del Metabolismo, AOUI Verona

Andrea Borraccini, Customer Value Leader Boehringer Ingelheim

Antonio Carlo Bossi, Componente Direttivo Nazionale, Fondazione Diabete e Ricerca, già Componente Direttivo Nazionale SID, Past President Regionale SID - Ospedale di Treviglio, Bergamo

Pietro Buono, Referente Telemedicina Regione Campania

Imma Cacciapuoti, Servizio Assistenza Territoriale, Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, Assessorato politiche per la Salute, Regione Emilia-Romagna

Luigi Cajazzo, Direttore Generale al Welfare Regione Lombardia

Anselmo Campagna, Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, Regione Emilia-Romagna

Stefano Carugo, Direttore SC Cardiologia ASST S. Paolo e Carlo, Milano

Silvana Casale, Segretario Federfarma Emilia-Romagna

Walter Castellani, Responsabile Dipartimento Fisiopatologia Respiratoria Ospedale Piero Palagi, Firenze

Mario Cecchi, Coordinatore Organismo Governo Clinico Regione Toscana

Claudio Cricelli, Presidente Nazionale SIMG

Adriano Cristinziano, Direttore UOC Farmacia Ospedale Monaldi - AORN dei Colli di Napoli

Davide Croce, Direttore Centro Economia e Management in Sanità e nel Sociale LIUC Business School, Castellanza (VA)

Paola Crosasso, Direttore SC Farmacie Ospedaliere ASL Città di Torino

Sara De Angelis, Coordinatore Infermieri Distretto ASL Sudest Città di Torino

Fausto De Michele, Direttore Pneumologo UOC Pneumologia e Fisiopatologia Respiratoria AORN "Antonio Cardarelli", Napoli

Paolo Di Bartolo, Presidente Eletto AMD, Direttore Rete Clinica Diabetologia AUSL Romagna

Graziano Di Cianni, Coordinatore dell'Area Diabetologica dalla USL Toscana Nord Ovest e Direttore Diabetologia Livorno

Fabiano Di Marco, Direttore Pneumologia Ospedale Giovanni XXIII, Bergamo

Giuseppe Di Pasquale, Direttore Cardiologia AUSL Bologna

Giuseppe Di Tano, Presidente ANMCO Lombardia

Katherine Esposito, Professore Ordinario di Endocrinologia Direttore Unità di Programma di Diabetologia AOU Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Napoli

Stefano Favale, Direttore UO Cardiologia AOU Corsorziale Policlinico "Giovanni XXIII", Bari

Giulio Fornero, Direttore Struttura Complessa Qualità, Risk Management, Accreditamento AOU Città della Salute e della Scienza, Torino

Maria Pia Foschino Barbaro, Direttore Medicina Specialistica Malattie Respiratorie Ospedali Riuniti AOU Foggia

Paolo Francesconi, Responsabile Settore Sanitario dell'Osservatorio di Epidemiologia, ARS Toscana

Marco Fumagalli, Consigliere III Commissione Sanità e Politiche Sociali Regione Lombardia

Mariano Fusco, Direttore Dipartimento Farmaceutica ASL NA2 NORD
Raffaele Gallo, Componente IV Commissione Sanità Regione Piemonte
Luigi Gentile, Direttore SC Diabetologia ASL AT, Asti Coordinatore Rete Endocrino Diabetologica del Piemonte Orientale
Vincenzo Gigantelli, Presidente CARD Puglia
Giulia Gioda, Giornalista
Carlo Bruno Giorda, Direttore SC Diabetologia ASL TO5 e Coordinatore Rete Diabetologica Piemonte
Matteo Giorgi Pierfranceschi, Direttore Medicina Interna Cremona
Francesco Giorgino, Professore Ordinario Dipartimento Emergenza e Trapianti Organi (DETO) presso Università "Aldo Moro" di Bari
Ignazio Grattagliano, Coordinatore Regionale SIMG Bari Giuseppe Lella, Responsabile Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale, Regione Puglia
Tamara Grilli, Consigliere Nazionale FAND Lombardia
Paolo Guzzonato, Direttore Scientifico Motore Sanità
Giancarlo Landini, Direttore Dipartimento Medico e Specialistiche Mediche Azienda USL Toscana Centro
Lorenzo Latella, Segretario Cittadinazattiva Campania
Federico Lavorini, Direttore UO Pneumologia AOU Careggi Firenze
Renzo Le Pera, Vicesegretario Nazionale FIMMG
Mauro Maccari, Responsabile Organizzazione delle Cure e Percorsi Cronicità Regione Toscana
Silvio Magliano, Componente IV Commissione Sanità Regione Piemonte
Alessandro Malpelo, Giornalista Scientifico
Edoardo Mannucci, Direttore Diabetologia AOU Careggi Firenze
Dario Manfellotto, Presidente FADOI
Niccolò Marchionni, Direttore Dipartimento Cardiovascolare AOU Careggi
Claudio Marinai, Responsabile Settore Politiche del Farmaco e Dispositivi della Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale, Regione Toscana
Francesco S. Mennini, Professore di Economia Sanitaria, EEHTA CEIS; Università di "Tor Vergata", Roma
Donato Monopoli, Segretario Regionale FIMMG Puglia
Vito Montanaro, Direttore Dipartimento Regionale Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti, Regione Puglia
Pier Anselmo Mori, Medico SC Dipartimento Medicina Generale e Specialistica Pneumologia ed Endoscopia Toracica AOU Parma
Rossella Mosconi, Direttore Dipartimento Farmaceutico ASL Taranto
Giuseppe Musumeci, Responsabile SC Cardiologia Ospedale "Santa Croce", Cuneo
Federico Nardi, Responsabile SC Cardiologia Ospedale "Santo Spirito", Casale Monferrato (AL) e Presidente ANMCO Piemonte
Marco Nerattini, Direttore Casa della Salute Firenze
Vito Novielli, Presidente Federfarma Puglia
Stefania Paolillo, Cardiologa Dipartimento di Scienze Biomediche Avanzate, Università Federico II, Napoli
Annamaria Parente, Presidente 12a Commissione permanente (Igiene e sanità) Senato della Repubblica
Eleonora Pavone, Struttura Operativa Semplice di Appropriately Prescrittiva USL Toscana Centro
Kyriakoula Petropulacos, Direttore Generale cura della persona, salute e Welfare Regione Emilia-Romagna
Giuseppe Petrosino, Regional Access Leader Boehringer Ingelheim Italia
Vito Piazzolla, Direttore Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Foggia
Carlo Pontillo, Responsabile Struttura Semplice Cure Domiciliari ASL Città di Torino
Roberto Prota, Responsabile SC Pneumologia AO Mauriziano Torino e Presidente AIPO Piemonte, Coordinatore Rete Pneumologica Piemonte

Annarosa Racca, Presidente Federfarma Lombardia
Barbara Rebesco, Responsabile Farmaceutica e Protesica - Politiche del Farmaco, A.Li.Sa Regione Liguria
Onofrio Resta, Direttore Pneumologia AOU Corsorziale Policlinico di Bari
Franco Ripa, Responsabile Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari, Regione Piemonte
Maria Susanna Rivetti, Politiche del Farmaco A.Li.Sa Regione Liguria
Francesco Romeo, Direttore UOC Cardiologia Policlinico Tor Vergata, Roma
Valerio Rossini, Responsabile UO Pneumologia Ospedale Valduce, Como
Mauro Ruggeri, Segretario Regionale SIMG Toscana
Morena Sangiovanni, Country Managing Director Boehringer Ingelheim Italia
Mario Sanò, Direttore Farmacia Ospedaliera ASL Alba-Bra
Vincenzo Santagada, Presidente Ordine dei Farmacisti Napoli
Ester Sapigni, Responsabile Servizio Assistenza Territoriale Area Farmaco e Dispositivi Medici, Regione Emilia-Romagna
Vincenzo Schiavo, Consigliere Provinciale e Regionale FIMMG Campania
Domenico Scibetta, Direttore Generale ULSS 6 Euganea, Padova
Simona Serao Creazzola, Presidente SIFO
Alessandra Sforza, AUSL Bologna Diabetologia Territoriale
Andrea Silenzi, Medico di Sanità Pubblica, Direzione Strategica ATS Brescia Centro di Ricerca e Studi sulla Leadership in Medicina, Università Cattolica del Sacro Cuore
Nicola Stabile, Presidente Federfarma Campania
Rita Lidia Stara, Membro del Comitato Direttivo di Diabete Italia e Presidente Fe.D.ER Federazione Diabete Emilia-Romagna
Matteo Stocco, Direttore Generale ASST S. Paolo e Carlo, Milano
Giuseppe Taurino, Direttore Dipartimento del Farmaco Azienda USL Toscana Nord Ovest
Alessio Terzi, Segretario Regionale Cittadinanzattiva Piemonte
Roberto Tobia, Segretario Nazionale Federfarma
Ugo Trama, Responsabile Farmaceutica Regione Campania
Giuseppe Traversa, Coordinatore Regionale FAND Puglia
Adriano Vaghi, Presidente AIPO
Roberto Venesia, Segretario Regionale Generale FIMMG Piemonte
Claudio Voci, Dirigente Professional Servizio ICT Tecnologie e Strutture Sanitarie, Regione Emilia-Romagna
Gennaro Volpe, Presidente Nazionale CARD e Direttore Generale ASL Benevento
Claudio Zanon, Direttore Scientifico Motore Sanità

*Il webinar è stato realizzato da **Motore Sanità** con il patrocinio di **CARD - Confederazione Associazioni Regionali di Distretto, FADOI, Fe.D.E.R.**, e **FEDERFARMA** e con il contributo incondizionato di **Boehringer Ingelheim**.*

Con il contributo incondizionato di:

