

DOCUMENTO DI SINTESI

WINTER SCHOOL

CALL TO ACTION

PER UN SSN INNOVATIVO E RESILIENTE...
SE CORRETTAMENTE FINANZIATO

25 - 26 MARZO 2021



www.motoresanita.it



Con il patrocinio di:



PATROCINI SCIENTIFICI





INTRODUZIONE DI SCENARIO

Il periodo che si sta attraversando obbliga a rivedere alcuni parametri di riferimento per il governo del Servizio sanitario nazionale. La tecnologia e i modelli di analisi e ausilio dei processi assistenziali e terapeutici rappresenteranno il *fil rouge* di una ricerca e sviluppo comune alle esperienze europee e internazionali. Allo stesso tempo non c'è dubbio che gli items su uno sviluppo della medicina territoriale saranno uno dei temi del governo nazionale e quindi anche della Winter School ma, senza dimenticare che la pandemia Covid-19 ha condotto ad una revisione continua anche della rete ospedaliera, ad un impulso alla sburocratizzazione delle procedure, ad una programmazione e revisione delle mansioni e responsabilità delle figure professionali e ad una più attenta valutazione dei processi decisionali che si devono basare più sul valore e meno sugli obiettivi economici di breve termine



I TAVOLI DI LAVORO REGIONALI AFFRONTATI IN CHIAVE SANITARIA E POLITICA

Carlo Tomassini, Direttore della Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale della Regione Toscana ha aperto i lavori evidenziando come la pandemia Covid-19 ha messo a nudo le difficoltà di far comunicare tutte le sezioni che compongono il Servizio sanitario nazionale e come ora sia necessario garantire la migliore cura e assistenza anche dopo l'emergenza, anche con il supporto delle innovazioni tecnologiche, ma sempre tenendo conto delle risorse umane ovvero i professionisti sanitari che necessitano della formazione.

Il primo TAVOLO DI LAVORO è stato dedicato alla "Nuova sanità del Veneto tra tecnologia avanzata, alte professionalità e potenziamento del territorio".

L'Assessore regionale alla Sanità e al Sociale Manuela Lanzarin ha illustrato i temi importanti di implementazione della sanità veneta tra le più funzionali nel Paese.

Ha sottolineato l'importanza di iniziare a pensare al futuro, facendo però patrimonio dell'esperienza che si sta vivendo con l'emergenza sanitaria. Secondo l'Assessore la nuova stagione deve aprirsi con un incremento dei fondi. I punti cruciali per il futuro nel Veneto saranno innovazione, tecnologia, Intelligenza artificiale, telemedicina e rinnovo costante delle apparecchiature. Sarà fondamentale l'integrazione del territorio con tutte le parti, a cominciare dalla medicina di famiglia, con un sistema che sappia dare risposte trasversali a tutte le problematiche che compongono la società.

Altro punto è quello di porre maggiore attenzione al problema degli anziani e la loro assistenza domiciliare e residenziale che non può essere disconnessa dalla sanità ospedaliera che deve dare una qualità di cure ad una fetta fragile della popolazione che invecchia e con aspettative di vita alte sempre più croniche. La pandemia può diventare un'opportunità per mettere a sistema tutte le cose positive che sono state maturate nell'anno.



Il TAVOLO DI LAVORO “IT, ammodernamento del SSN, Intelligenza artificiale e impatto sull’organizzazione del lavoro in sanità”, quindi come le nuove tecnologie cambieranno il mondo del lavoro sia dal punto di vista qualitativo che nella formulazione di nuove figure, ha messo in evidenza l’importanza della prossimità delle cure e della sanità digitale.

L’Europa si è trovata in difficoltà rispetto al resto del mondo dal punto di vista tecnologico con servizi, per questo i fondi vanno pensati per superare questo gap; il recupero della digitalizzazione in sanità, del green e dell’agrifood in modo da creare nuovi modelli di reddito devono essere delle priorità.

✓ Aziende come Almaviva Divisione IT devono sfruttare questi investimenti per recuperare il gap internazionale e proporre una crescita strutturale. Almaviva Divisione IT è partita da qualche mese aprendo localizzazioni in Italia per specializzare il suo settore e per indirizzare i temi emersi dalla pandemia. Inoltre telemedicina e assistenza del territorio dovranno essere dotati di tecnologia e sono in partenza progetti significativi di supporto.

✓ In Toscana la sanità digitale ha dato una grande mano durante la pandemia: in questa regione si è centralizza il più possibile per dare a tutti le stesse opportunità; si è data molta attenzione al dato per leggere ciò che accade, in modo da poter agire tempestivamente quando si verificano dei casi positivi. Leggere tutti i dati e raccogliarli in maniera adeguata, infatti, fa sì che si possa prendere le decisioni che poi ricadono sulle aziende.

Fondamentale è la telemedicina: la Toscana è stata la prima ad usarla; si è rilevata uno strumento fondamentale su cui sono stati investiti 30 milioni di euro



Il TAVOLO DI LAVORO “Come rifinanziare il Servizio sanitario nazionale e ripartire equamente i finanziamenti tra le varie Regioni” ha evidenziato come l’attuale quota assegnata si basa su criteri vecchi e non rispondenti alla valorizzazione dei buoni governi locali.

Gli esperti che si sono confrontati hanno posto la necessità di **ripensare la medicina territoriale, le USCA, la farmacia dei servizi, la telemedicina e la sanità integrativa, ripartendo le spese tra le Regioni in base al reale bisogno.**

Fondamentale sarà ragionare non garantendo tutto a tutti ma cercando di garantire dove c’è bisogno e alle persone che ne hanno veramente necessità.

Le risorse saranno aumentate col Next Generation EU, ma saranno realmente sufficienti e destinate a finanziare la Sanità? Secondo gli esperti intervenuti, sarà necessario non tanto prendere risorse per tamponare l’immediato ma **risorse che permetteranno nel medio e lungo periodo di avere un SSN importante** che è alla base della nostra Costituzione.

Inoltre è condiviso dagli esperti che la divisione economica tra le Regioni è fatta in base ad alcuni criteri che dovrebbero essere modificati, dal momento che stanno cambiando le terapie, i meccanismi di gestione si stanno modernizzando, così come le infrastrutture.

✓ Dal Veneto la richiesta emersa è di creare le condizioni perché tutti abbiano di più e che nessuno sfugga al processo indispensabile di modernizzazione delle strutture, cui fa parte anche la sanità e garantire il diritto alla salute a tutti i cittadini, esso deve essere reale e uguale per tutti.

✓ Secondo FIASO - Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere non solo è importante investire e fare formazione riconosciuta ed efficace a tutti gli operatori della sanità, che sono un patrimonio notevolissimo, ma sulla divisione delle risorse bisognerebbe valorizzare chi riesce ad avere risultati che siano coerenti e quantificabili, con premi, come ad esempio la possibilità di usare le risorse per iniziative future.

✓ La Regione Toscana ha presentato Piani di sviluppo per accedere ai finanziamenti e vuole giocare tutto sulla collettività del personale del SSN



Il TAVOLO DI LAVORO “Il valore terapeutico, la riorganizzazione del budget dal concetto di silos al concetto di vasi comunicanti” ha evidenziato che una presa in carico trasversale dei pazienti non può più essere legata ad una remunerazione a silos e basato sul reale valore terapeutico delle cure con criteri comuni di calcolo del medesimo. Il Covid-19 stesso l’ha insegnato: indispensabilità dell’integrazione tra le discipline mediche.

La stessa patologia da Covid-19 rispecchia perfettamente l’obiettivo legato non più a spese per silos ma per vasi comunicanti. Si sono affrontati costi per tutto il processo di cura del paziente Covid. La trasversalità assistenziale permette di verificarne gli esiti. Inoltre il percorso va studiato nel grande periodo e non solo nel singolo intervento. È indispensabile quindi cercare di fornire un sistema unico di lettura degli standard minimo degli indicatori che vanno utilizzati.

Dal TAVOLO DI LAVORO “Analisi dei dati e real world: misure di valore del farmaco e dei dispositivi” è emerso come il Real world data sia indispensabile per misurare il valore della tecnologia di un farmaco sulla sua applicazione nella pratica clinica e avere la reale misura di come e se funziona e come in generale misuri l’impatto delle azioni nel campo della salute.

Nel mondo dell’innovazione stanno cambiando molti aspetti, i farmaci arrivano con trials clinici controllati che non rispecchiano però la situazione reale. Una delle sfide dei prossimi anni sarà la digitalizzazione, consentendo di facilitare l’utilizzo dei dati di Real word. I cambiamenti non potranno essere fatti in un solo Paese ma l’approccio dovrà essere globale, serviranno studi su larga scala a livello internazionale.

Secondo gli esperti, grazie ai Real World Data oltre che seguire il livello di salute della popolazione è possibile verificare la sicurezza di un farmaco.

Questi dati possono aiutare anche a superare il finanziamento a silos, ma è indispensabile che il sistema abbia trasversalità di finanziamento ed essere flessibile con prezzi di riferimento, cosa molto complessa. Il paziente non ha interesse su quanto sia veloce l’approvazione di un farmaco ma soprattutto vuole che un farmaco funzioni e che sia sicuro.



Il TAVOLO DI LAVORO “Quale riforma possibile per un accesso rapido all’innovazione?” ha messo in evidenza che un accesso all’innovazione equa universale e sostenibile avviene solo se diffusamente e omogeneamente attuata in tutto il territorio nazionale con modalità nuove e che si può uscire dalla logica dei silos attraverso l’utilizzo di una cabina di regia centrale

Il nostro sistema sanitario nazionale si basa su reti di assistenza che hanno bisogno di strumenti di raccordo che non sono più in grado di accettare divisioni tra le Regioni.

L'emergenza sanitaria ha evidenziato l'importanza di avere tecnologie usufruibili e disponibili. Bisogna implementare un sistema che possa monitorare la salute della popolazione in modo da poter coadiuvare i dati già disponibili e quelli provenienti dal fascicolo sanitario elettronico.



Dal TAVOLO DI LAVORO “Contrasto all’antibiotico resistenza nel paziente fragile” sono emerse riflessioni e azioni da condividere in previsione del rinnovo del Piano nazionale di contrasto all’antimicrobico resistenza (PNCAR).

L’antibiotico resistenza sarà una delle future pandemie per cui per le infezioni non prevedibili necessitiamo di nuovi antibiotici. Vanno considerati le modalità degli studi clinici di non inferiorità e l’incentivo alle aziende per tornare ad investire sulla ricerca di nuovi antibiotici.

L’epidemia di Covid-19 che da un anno ha colpito anche il nostro Paese ha amplificato in modo tangibile, talvolta drammatico, il problema dell’antibiotico resistenza. Molti pazienti affetti da Covid-19 con insufficienza respiratoria che ha richiesto supporto ventilatorio sono infatti stati vittima di infezioni da microrganismi multi resistenti, in particolare nel setting intensivistico.

Il Covid-19 ha quindi messo a nudo la debolezza di un sistema, quello ospedaliero, che non era stato in grado di affrontare e risolvere in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale, il problema dell’infection control e della stewardship antimicrobica.

Inoltre, l’abuso di antibiotici che inizialmente ha connotato il trattamento della polmonite da Covid-19 ha raggiunto picchi preoccupanti, con 3 pazienti su 4 trattati senza alcun motivo con terapia antibiotica. La mancanza di programmi di stewardship antimicrobica o la inosservanza ‘causa pandemia’ hanno certamente dato il loro contributo selezionando germi resistenti nell’intestino del paziente colonizzato che è poi stato il serbatoio della loro diffusione.

Il nuovo PNCAR deve ripartire dalla coscienza di tale emergenza, dimostrando capacità di sapersi ridisegnare nella struttura a favore di una maggiore agilità e negli obiettivi, selezionando alcune decise priorità misurabili.



TAVOLO DI LAVORO “Progetti di sviluppo basati sul bilancio sociale e sulla Evidence Based Medicine (EBM): malattie rare” ha evidenziato che il bilancio sociale considera l’impatto complessivo di salute e sociali delle azioni socio assistenziali partendo dalla EBM.

Le malattie rare rappresentano un campo di analisi ideale al proposito. Durante la pandemia si è rafforzato il sistema di reti virtuali che può dirsi una buona pratica per far fronte ad altre condizioni. Già in tempi pre-Covid le malattie rare, proprio per le loro caratteristiche (numerosità, eterogeneità, gravità clinica, cronicità, morbilità e mortalità) hanno rappresentato una sfida per i sistemi sanitari di vari Paesi, incluso quello italiano. Nel corso degli ultimi anni ciò ha portato allo sviluppo di nuovi modelli organizzativi transnazionali, quali le **Reti di riferimento europee per le malattie rare e complesse (ERN)**, reti virtuali che collegano oltre 300 strutture sanitarie di eccellenza di vari Paesi e che concentrano risorse e competenze scientifiche. Mediante una piattaforma IT gli specialisti possono confrontarsi, condividere conoscenze ed esperienze a livello europeo, e giungere così alla soluzione di casi complessi, il che contribuisce a ridurre le disuguaglianze di accesso alle cure, oltre che a un uso efficiente delle risorse.

L'onorevole **Fabiola Bologna** della Camera dei Deputati - XVIII Legislatura, in questa occasione ha parlato del suo progetto di legge a favore dei pazienti affetti da malattie rare. La proposta di legge che rappresenta una cornice normativa per riassumere tutto ciò che può servire ai malati rari e alle loro famiglie e nello stesso tempo anche ai professionisti e agli scienziati. Essa racchiude tante buone pratiche che già ci sono nel Paese e che però non sono omogenee in tutto il territorio nazionale.

Tra gli obiettivi più importanti di questa legge: **rendere omogeneo su tutto il territorio nazionale il trattamento dei malati rari; mettere a disposizione dei pazienti, nel minor tempo possibile, i farmaci innovativi e agevolare la ricerca nell'ambito delle malattie rare; il PDTA del paziente deve sempre essere personalizzato** in ogni fase della malattia e anche nelle varie fasi della vita, mettendo a disposizione tutti i presidi e le protesi che possono servirgli per una migliore qualità della vita; **favorire l'inserimento scolastico, la formazione e poi l'inserimento lavorativo di questi pazienti;** spazio anche alla **formazione di medici dedicati** affinché possano conoscere bene la patologia e informare anche i medici di famiglia sulle malattie rare; i **farmaci innovativi** devono essere a disposizione del paziente, una volta approvati dall’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), in tempi rapidi; **potenziare screening neonatali** che salvano la vita al paziente, soprattutto quando c’è una terapia e possono cambiare il corso della malattia.



Il TAVOLO DI LAVORO “Proven practice in sanità e modelli di implementazione del rapporto tra ospedali e medicina territoriale, le reti di patologia, cronicità e fragilità determinanti di salute” ha sottolineato che la trasversalità della presa in carico obbliga a ripensare i modelli organizzativi a partire dai ruoli e competenze utilizzando anche e soprattutto la tecnologia.

È emerso come vada urgentemente riorganizzato il Servizio sanitario nazionale sia nell’ambito ospedaliero che nell’ambito territoriale, nella sua funzione di prevenzione oltre che di diagnosi e cura anche per poter affrontare al meglio quelle che saranno le prossime sfide, comprese le eventuali nuove pandemie.

La sanità del futuro sarà legata alla riorganizzazione della medicina territoriale partendo dal principio che le cure domiciliari anche complesse sono un diritto del cittadino, così come l’accesso al pronto soccorso e il ricovero in ospedale. La medicina territoriale deve diventare un diritto costituzionale del cittadino.

Occorre effettuare in tempi rapidi una riorganizzazione, permettendo agli ospedali di avere una riserva di posti letto e soprattutto una dotazione organica maggiore di quella che hanno, anche perché se si dovesse andare incontro a qualche recrudescenza pandemica, non si può più pensare di interrompere la cura delle altre patologie, come purtroppo troppe volte è avvenuto in questo ultimo anno



Dal TAVOLO DI LAVORO “Il nuovo “disastro” di parete: l’impatto della pandemia – Covid 19 sulla riparazione della Parete addominale” è emerso che a causa della pandemia si è creato un ritardo nella chirurgia non urgente che causerà più urgenze in futuro, perché procrastinare interventi semplici e routinari porterà ad accumularne molti più in futuro e molte situazioni da ordinarie diventeranno urgenze creando così problemi di salute al paziente, all’organizzazione degli ospedali e di costi.

La riduzione dell’attività chirurgica si è aggirata intorno al 50% gravando soprattutto su tutto ciò che viene giudicato come procrastinabile.

Il sondaggio, sulla sola patologia della parete addominale (ernie inguinali, ernie ombelicali epigastriche, laparoceli, disastri di parete) portato avanti dalla Scuola di Chirurgia Laparoscopica dell’ACOI-Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani e dall’ Italian Society of Hernia and Abdominal Wall Surgery (ISHAWS) Società Italiana di Chirurgia dell’Ernia e della Parete Addominale, considerando 30 centri di eccellenza italiani ne è stata una chiara dimostrazione: in un anno in solo questi centri sono stati eseguiti 5.385 interventi in meno. Questi pazienti non sono certamente guariti e le loro patologie necessitano ancora di risoluzione chirurgica.

Si allungano le liste di attesa e si assiste a un upgrading delle patologie. Il recupero delle liste d’attesa chirurgiche era già un enorme problema, prima della pandemia, ora servono progetti concreti che permettano di risolverlo, nel prossimo e immediato futuro con percorsi, investimenti e spazi adeguati e di questi progetti i chirurghi chiedono di essere partecipi e protagonisti.

Secondo gli esperti la chirurgia merita un tavolo permanente all’interno del Ministero al quale possano afferire tutte le problematiche della chirurgia e che possa parlare direttamente con il gabinetto e con il legislativo cosicché le norme di natura centrale vengano fatte per decreto, per circolare, dal Ministero, quelle che non possono essere di natura ministeriale dal Governo, all’interno di un decreto, e infine quelle che non trovano spazio in un percorso del genere possano avere il loro percorso legislativo.



Il TAVOLO DI LAVORO “Farmaci equivalenti: opportunità clinica ed economica” ha portato alla luce il fatto che l’ingresso dei farmaci equivalenti o generici nel mercato farmaceutico mondiale è un fenomeno di notevole interesse in termini economico-sociali, che ha modificato significativamente sia le strategie aziendali sia i comportamenti di tutti gli attori coinvolti nella spesa sanitaria e nella prescrizione dei farmaci.

Dal lato socio economico il farmaco equivalente è uno strumento che porta ad ottenere la medesima efficacia terapeutica migliorando però l’impatto sui nostri sistemi sanitari (payers).

Gli esperti concordano nell’affermare che i farmaci equivalenti rappresentano uno strumento che permette di ottimizzare la spesa farmaceutica; mirano ad aumentare l’efficienza del sistema, cioè a dare più salute a parità di risorse spese, attraverso il ripristino della concorrenzialità stimolando la price competition dei produttori; inoltre il loro utilizzo può consentire di recuperare delle risorse da reinvestire all’interno del sistema per innalzare la qualità dell’assistenza sanitaria ospedaliera e territoriale.

Attraverso lo sviluppo dei farmaci equivalenti puri è quindi possibile ottenere la nascita nel mercato farmaceutico di un mercato concorrenziale i cui benefici e le potenzialità di risparmio saranno immediatamente evidenti sia per i cittadini sia per i sistemi sanitari pubblici.



Il TAVOLO DI LAVORO “Gli open way e i PDTA condivisi: decidere insieme attraverso ragionamenti partecipati: l’esperienza toscana di “open Wayne” come strumento partecipativo nella elaborazione dei PDTA.

Il progetto “Open Way” rappresenta il più grande investimento su cui puntare in quanto è sempre più diffusa la certezza che può diventare, se ben gestito, uno dei motori più forti per lo sviluppo organizzativo delle nostre aziende sanitarie.

Anche l’esperienza Covid-19 ha portato alla luce, facilitandolo, un nuovo modo di interazione fra professionisti per costruire un Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA), una linea guida, un documento di consenso.

Oggi i professionisti apprezzano i vantaggi degli Open Way, quali grandi facilitatori per migliorare anche le forme di collaborazione, lo sviluppo di nuove idee, la possibilità di arrivare a cogliere le potenzialità di un gran numero di professionisti che, nell’era precedente non avrebbero mai avuto la possibilità di dar voce alla propria competenza, al proprio contributo e alla propria creatività che, per la loro posizione all’interno della azienda, quella dello sharp-end, la frontiera, sono il contributo più importante per lo sviluppo armonico della stessa.



Il TAVOLO DI LAVORO “Lo screening dell’HCV per biennio 2021-2022 e call to action per una sua realizzazione nelle varie Regioni” ha evidenziato che la battaglia contro l’HCV non è conclusa anche perché le azioni per far emergere il sommerso sono ancora insufficienti. E’ utile mettere a terra nelle varie regioni progetti di screening mirati a partire dalla popolazione a rischio.

Le terapie per l’epatite C sono crollate del 60%, così come i follow up. Ci si aspetta un incremento dei tumori del fegato, perché se le persone non fanno i controlli.

Si stima che ci siano circa 282.000 pazienti con infezione cronica da HCV, ancora da diagnosticare, di cui circa 146.000 avrebbero contratto l’infezione attraverso l’utilizzo attuale o pregresso di sostanze stupefacenti, circa 81.000 mediante i tatuaggi, piercing o trattamenti estetici a rischio. Queste stime richiamano l’attenzione sull’implementazione di piani di eliminazione non solo a livello nazionale, ma soprattutto a livello regionale.

Lo stanziamento di 71.5 milioni di euro per lo screening gratuito di particolari gruppi di popolazione in Italia (tossicodipendenti, individui in carcere e la popolazione nata tra 1969/1989) permetterà di dare una grande prospettiva per il conseguimento degli obiettivi indicati dall’OMS per il 2030. La realizzazione di questa campagna attiva di screening gratuito, presente nel piano nazionale di eliminazione, è compito delle Regioni e le Regioni dovranno lavorare in modo omogeneo per metterlo in atto.

I risultati di costo beneficio, del trattamento dei pazienti diagnosticati grazie allo screening attivo in Italia, hanno mostrato che l’investimento iniziale per la terapia antivirale, verrà recuperato in soli 4-5 anni. Si stima che l’eliminazione del virus nella popolazione oggi “sommersa” genererà in 20 anni, un risparmio di oltre 63 milioni di euro per 1.000 pazienti trattati.



Il TAVOLO DI LAVORO “L'oncologia e territorio: gestione della cronicizzazione della patologia tumorale e indicatori di valore delle reti oncologiche” ha evidenziato che i bisogni dei pazienti vanno più verso la socialità che non verso la medicina.

Lunghi sono i periodi a domicilio, dove mancano controlli importanti durante la fase a casa. Ci vuole stretta collaborazione tra oncologo ospedaliero e medicina generale. Riscrivere i PDTA, con più appropriati setting correlati ai diversi bisogni.

Alcune attività trovano migliore collocazione nel territorio come la riabilitazione, il supporto nutrizionale e gli screening e la iniziale presa in carico appropriata, che a questo livello sono poi fondamentali. Il tema dell'introduzione della telemedicina è indispensabile, così come quello del caregiver dedicato e formato; non meno importante partire da dati concreti raccolti nel Real World.

Secondo gli esperti che si sono confrontati, ci vogliono setting assistenziali ospedalieri e territoriali con uno stesso Governo. Per parlare di oncologia territoriale è necessario però prevedere ruoli di oncologici medici nel territorio che devono dipendere dagli stessi oncologi ospedalieri che garantiscano continuità con la struttura ospedaliera.

Con la telemedicina è possibile condividere referti e discutere casi clinici. Telemedicina e oncologi ospedalieri sono i due pilastri dell'oncologia territoriale. In sostanza occorre che ci sia un'oncologia che possa lavorare in più sedi e ci vuole la possibilità di avere una cartella unica che possa essere visibile da tutti i Centri e PDTA condivisi

✓ In Emilia-Romagna è stato fatto da un anno e mezzo un progetto pilota: è stata creata l'oncologia provinciale coordinata dall'IRCCS di Reggio, con un unico direttore ma con punti di somministrazione farmaci in tutta una serie di laboratori sparsi che fanno capo all'oncologia centrale.

✓ In Sicilia sono attivi dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM), multidisciplinari e organizzati, si punta sui giovani e si cerca di smuovere le stanze del potere istituzionale sulle risorse tecnologiche e umane da mettere in campo, perché molti dei ragazzi formati dalle scuole di specializzazione vanno all'estero, ricevendo i complimenti per la loro formazione; questo accade quasi al 30% degli specializzandi.



✓ E' emerso infine quanto sia importante lavorare sulla cultura della multidisciplinarietà poiché è il futuro. In **Campania** sono stati creati gruppi oncologici con i quali il confronto è settimanalmente, identificando il setting di cura, passando dall'ospedale al territorio in modo molto più semplice. Con il Covid i clinici hanno imparato a interagire virtualmente e possono discutere in una piattaforma, garantendo alcune attività di prossimità, evitando di far muovere pazienti solo per fare vedere un semplice emocromo.

✓ In **Liguria** si è ottenuta una Rete di erogazione di servizi attraverso un'unità di oncologia medica unica deputata a gestire le terapie. L'oncologia territoriale si fa con specialisti oncologi e infermieri dedicati, ma in alcune (forse molte) Regioni non ci sono. Alcune attività come il follow-up potrebbero esser fatte ad esempio in collaborazione con la medicina di base, ma si vede complessa una gestione della terapia (anche semplicemente quella orale) a livello di territorio.

✓ E' stato anche affrontato il tema della **diagnostica** e l'ipotesi di delocalizzarla il che risulta molto difficile perché deve essere fatta una riorganizzazione della chirurgia, perché il trasporto del materiale deve essere garantito a tutti gli effetti.

La Rete di tecnologie avanzate deve avere competenze e strutture adeguate. Durante il Covid molti malati non potevano muoversi e quindi è entrata in gioco la telepatologia che diventa indispensabile a tutti i livelli anche in futuro. Con questo scenario la futura rete diagnostica efficiente dovrà avere nuove risorse umane e strutturali da affiancare all'oncologia.



Il TAVOLO DI LAVORO “L’insegnamento del Covid-19: verso una rete ospedaliera rinnovata e flessibile, verso una rete territoriale efficiente e pronta” ha sottolineato che il Covid-19 ha insegnato all’intero servizio sanitario nazionale che la flessibilità della rete ospedaliera e del territorio sono requisiti imprescindibili per una efficacia e sostenibilità del sistema.

Il numero dei morti registrato durante la pandemia denuncia che qualcosa non ha funzionato e il sistema ha pagato il taglio dei soldi.

Sono stati privati gli ospedali della disponibilità di riserva che serve per affrontare le pandemie; si è assistito alla debolezza della sanità territoriale, dove i tagli della sanità sono stati pagati più sul territorio che negli ospedali, dove il referente era meno abile nel difendere le proprie posizioni.

Il Covid ha messo in evidenza tutte queste debolezze del nostro SSN. Bisogna ripensare il Sistema Sanitario nazionale in modo diverso, è necessario cambiare i servizi territoriali sulla presa in carico costante e permanente del paziente. Inoltre, per le RSA andrebbe fatto un nuovo programma di territorialità. È necessario iniziare a rivedere la progettualità ospedaliera.

E’ stato evidenziato, infine, che è cruciale individuare i gruppi più a rischio di malattie nel territorio, solo così si possono costruire delle variabili significative per integrare salute mentale e salute primaria



Il TAVOLO DI LAVORO “La salute, pandemia da Covid-19 e cambiamento climatico: è possibile pensare a una Sanità Green?” è emerso che la decarbonizzazione, economia circolare, tecnologia e movimentazione sostenibile sono necessari per la salute futura del pianeta e dei cittadini.

Le azioni possibili nel SSN sono molte a partire dalla logistica, approvvigionamenti, areazione e riscaldamento.

Pertanto è forte e condivisa la necessità di ripensare la sanità in termini ambientali, questo perché la sanità può essere energivora.

Non si deve dimenticare che il cambiamento climatico è una concausa delle infezioni, delle pandemie e dell'aumento di mortalità a cui stiamo assistendo negli ultimi anni. L'appello è: evolvere verso una economia più green aiuterà ad avere meno pandemie!

Dal TAVOLO DI LAVORO “La vaccinazione e test sierologici: una conferma della protezione: dalla diagnosi certa al passaporto vaccinale” è emerso il ruolo dei vaccini e dei test sierologici per ritornare a vivere normalmente.

Il piano vaccinale deve essere accompagnato da una serie di follow up per verificare quanto duri la copertura, per quanto tempo permangono gli anticorpi prodotti, in quali cluster di soggetti resista di più, in quali di meno e da che cosa dipenda (farmaci, patologie pregresse, età, luogo di residenza).

Il vaccino ha confermato di generare una risposta praticamente in ogni soggetto che ha ricevuto la dose, pertanto gli esperti sostengono che non sia utile testare tutti i soggetti vaccinati, ma sarebbe importante verificare la risposta anticorpale nei soggetti immunodepressi, nei malati oncologici ed ematologici o con l'HIV.

Tuttavia non sempre la quantità di anticorpi definisce la qualità della protezione: una persona potrebbe avere un numero di anticorpi inferiore a un'altra ma più neutralizzanti. Per questo c'è bisogno dei test sierologici, l'unico modo per raccogliere dati e fare verifiche perché non si possono dare risposte affrettate e senza certezze.

Anche i test vanno standardizzati perché può accadere che due laboratori diano risultati diversi semplicemente perché usano misure diverse.



Il TAVOLO DI LAVORO “L’epilessia: problema medico e sociale: l’impatto dell’epilessia sul SSN, le istituzioni scolastiche e sociali e sulle famiglie” ha messo in evidenza che oggi e nel futuro sono necessari processi terapeutici ed organizzativi per affrontare in termini sanitari questa patologia che conta oltre 500mila persone in Italia e oltre 100mila pazienti gravi.

Le persone con epilessia hanno relazioni sociali molto critiche, la conoscenza della malattia può aiutare. Fortunatamente la maggior parte delle epilessie sono trattabili farmacologicamente e la stragrande maggioranza dei pazienti epilettici può fare una vita normale se assume correttamente i farmaci

✓ E’ stata presentata l’esperienza di Regione Lombardia: il suo impegno è partito nel 2004 lavorando con i Centri e una Rete di assistenza, fino ad arrivare alla definizione di un percorso diagnostico terapeutico di cura evidenziando step di intervento.

Ci sono stati ottimi risultati, con Centri di primo livello e Laboratori per registrare dati e creare Centri di terzo livello per svolgere attività terapeutiche. Ad oggi sono molti i Centri di riferimento creati in Lombardia e hanno portato negli anni dati positivi di presa incarico.

In questa sessione è stata inoltre evidenziata la necessità di poter accedere a nuovi investimenti in quanto permetteranno di aumentare l’impegno dei medici, anche assumendo magari altro personale



Il TAVOLO DI LAVORO “Modelli innovativi di reti trasversali delle patologie croniche: la pandemia diabetica” ha evidenziato come è cambiato l’approccio da parte dei clinici e dei pazienti della malattia diabetica, a partire dalla sensoristica alle terapie cosiddette innovative e veramente innovative.

E’ emerso che nonostante che alcune categorie di farmaci siano a brevetto scaduto sono ancora oggetto solo della prescrizione specialistica. Il Covid-19 ha sottolineato la necessità di una prescrizione da parte dei MMG (l’esempio dei NAO). Il ruolo della MMG deve pertanto diventare più importante nella gestione del diabete mentre il ruolo ospedaliero dovrebbe essere riservato ai casi complicati e alla prescrizione tecnologica e ai farmaci di ultima generazione e all’approccio multispecialistico (cardiologo, nefrologo, oculistica, eccetera).

Altro punto: a livello territoriale bisogna incrementare la ricerca del sommerso tramite screening per esempio basati sull’HB glicata.

E’ sempre più evidente, inoltre, che bisogna implementare l’educazione e la comunicazione sul diabete e ad avere una maggiore attenzione al diabete giovanile con tutte le sue implicazioni.

Sul piano delle tecnologie, sono diverse per monitorare il diabete tipo 1 e 2, ovvero BGM (strisce), FGM (sensori, tecnologia flash glucose monitoring con o senza allarmi), CGM (monitoraggio in continuo \pm microinfusore, tecnologie molto più costose di BGM ed FGM ma necessarie in alcuni di pazienti). Nel diabete di tipo 1 FGM e CGM sono sempre di più diventati lo standard, nel diabete di tipo 2, pur parlando di un setting che necessita di frequenti controlli (paziente insulinico multi-iniettivo - MDI), lo standard è ancora rappresentato dal BGM che però, oltre che avere dei costi non indifferenti è una tecnologia obsoleta e dolorosa.

Nonostante ci siano situazioni regionali molto eterogenee, in Italia la penetrazione di queste nuove tecnologie di monitoraggio glicemico in remoto nel diabete di tipo 2 risulta mediamente molto limitata rispetto agli altri Paesi industrializzati



✓ In Lombardia, Campania e Veneto non ci sono specifiche limitazioni all'accesso a queste tecnologie anche se l'orientamento alle procedure è stato al momento più conservativo di quanto successo in altre Regioni (Toscana, Piemonte) che hanno incrementato significativamente le numeriche per coprire tutti i pazienti potenzialmente eleggibili.

C'è ormai un'ampia letteratura e disponibilità di dati real world relativi ai vantaggi del monitoraggio glicemico in remoto. Quello che è ormai dimostrato è che, rispetto al BGM (strisce), i pazienti con FGM (flash glucose monitoring) si controllano molte più volte al giorno e questo si correla ad un migliore controllo glicemico che permette di ridurre significativamente ospedalizzazioni ed accessi al pronto soccorso causati da iper/ipoglicemie e relativi costi.

Vari paper internazionali hanno stimato, ad esempio, un significativo risparmio dopo applicazione di free style libre in sostituzione delle strisce (BGM).

In Italia, visto il più recente e più limitato utilizzo di queste tecnologie è più difficile condurre studi di questo tipo. Una prima analisi (non ancora pubblicata) basata sui dati di Regione Toscana ha evidenziato un costo di gestione del paziente con FSL inferiore di circa 1.600 euro l'anno rispetto a pz simili senza FSL.

Infine, ci sono vari studi internazionali che dimostrano un importante impatto di queste tecnologie sui costi indiretti visto il carico degli eventi iper/ipoglicemici sulla produttività di pazienti e caregivers, a tutto questo si dovrebbe poi aggiungere il miglioramento nella qualità di vita nell'evitare frequenti punture giornaliere, ipoglicemie, nonché i potenziali benefici economici legato all'implementazione della teleassistenza in ambito diabetologico che può essere enormemente favorita da un più ampio utilizzo di tecnologie di controllo della glicemia basate sul sensore



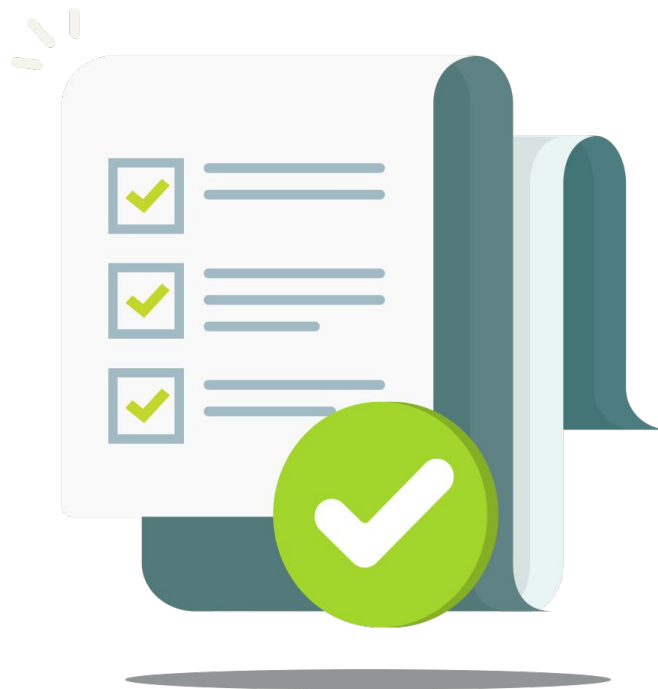
CONCLUSIONI

Il Servizio sanitario nazionale è da anni sottofinanziato e necessita di nuovi parametri di riferimento per l'entità del finanziamento e per una ripartizione regionale basata anche e soprattutto su indicatori e obiettivi di salute.

Anche l'esperienza Covid-19 ha messo in luce le criticità e debolezze del Servizio sanitario nazionale. Per questo, oggi è sempre più impellente la necessità di ripensare tutto il sistema a partire dalla riorganizzazione della medicina di famiglia, dalla programmazione della specialistica, dalla riforma degli enti regolatori, dalla coniugazione di una autonomia regionale sempre più necessaria ad una altrettanto necessaria omogeneità nazionale.

La speranza è quella di riportare il sistema sanitario ad essere resiliente e coraggioso spinto da ragionamenti partecipati, trasparente e democratico, che sviluppi attraverso best practices e creatività una nuova vision del governo della salute, per il rilancio del paese durante il futuro decennio.

L'edizione 2021 della Winter School di Motore Sanità, che ha visto confrontarsi alcuni tra i più rilevanti stakeholder, protagonisti delle scelte di politica sanitaria, e della clinica, ha dettato i nuovi parametri di quella che deve essere la futura gestione della spesa sanitaria.





IL PANEL CONDIVIDE

- E' necessario ridefinire dalle fondamenta il finanziamento della sanità complessiva, non solo pubblica ma anche e soprattutto mettendo a fuoco il ruolo della compartecipazione dei privati, cittadini, imprese, industria del farmaco e dei dispositivi, start-up e player nei comparti innovativi, anche in considerazione del ruolo chiave dei finanziamenti, leggi Recovery Fund, Next Generation EU;
- I cambiamenti da apportare alla Sanità sono un processo che deve partire dalle modalità più opportune per rinforzare i finanziamenti al SSN, passa per l'impiego degli stanziamenti che arriveranno dal Recovery Fund e arriva alla distribuzione paritaria dei fondi tra le varie regioni;
- Il SSN negli ultimi anni non ha avuto finanziamenti adeguati ai bisogni, è necessario quindi rifinanziare correttamente, secondo un principio non solo legato al PIL, utilizzando il Recovery Fund e rendendo l'aumento del finanziamento sostenibile con stanziamenti adeguati nei prossimi anni;
- Più risorse economiche, più risorse umane, tecnologie innovative e una riorganizzazione complessiva per una Sanità più forte, flessibile, efficiente ed efficace. La salute non può più essere pensata come un puro costo che grava sulle spalle degli della collettività: va metabolizzato il concetto che senza salute l'economia è destinata ad affondare, viceversa una governance della Sanità al passo coi tempi produce crescita;
- Si è trovato un consenso tra tutti i relatori nel puntare a rendere la spesa sanitaria indipendente dal PIL, perché il settore sanitario deve poter assicurare il diritto costituzionalmente sancito della salute pubblica in maniera appropriata e costante a tutti i cittadini indipendentemente dalle fluttuazioni di stato. Pertanto la spesa deve essere quella necessaria e non può più essere legata a parametri di sostenibilità.
- Finora il fondo sanitario nazionale ha stanziato per il 2021, con altre integrazioni, 121,3 miliardi di euro rispetto ai 115,4 miliardi di euro che erano stati stanziati per l'anno pre pandemico 2019, e ai 112,7 miliardi di euro per il 2018. Dal 2000 al 2008 il fondo sanitario è aumentato del 3% l'anno, più del PIL quindi. Ma i fondi vanno anche opportunamente gestiti e impiegati, ed è questo il punto.



CALL TO ACTION

- La ripartizione del fondo nazionale tra le Regioni va rivisto. Occorre assicurare la copertura dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) con il concetto dei costi standard con quota procapite derivata dalla media delle 3 regioni più virtuose. Il resto dovrebbe essere una quota variabile legata al raggiungimento di obiettivi concordati tra Stato centrale e Conferenza Stato-Regioni. Ma centrale dovrà essere considerato il percorso di cura e non le prestazioni, come attualmente avviene nel nostro sistema remunerativo a Silos.
- Fondamentale raccogliere dati di real world oggi difforni in tutto il territorio nazionale, poiché misurati diversamente nelle varie realtà regionali, attraverso registri e metodologie da rivedere. Questo per consentire a chi deve effettuare programmazione e rendicontazione di avere indicatori efficaci, confrontabili e misurabili.
- Si impone il rilancio della medicina territoriale, partendo dal concetto che l'assistenza domiciliare anche complessa è un diritto costituzionale del cittadino. Vanno potenziati: i team dell'assistenza domiciliare, la gestione della presa in carico territoriale coordinata dal distretto Socio Sanitario e il coordinamento tra ospedale e territorio utilizzando le nuove tecnologie digitali della sanità.
- La riorganizzazione della Rete Ospedaliera deve superare il Decreto Ministeriale del 2/4/2015 n. 70 e dotare gli ospedali di una riserva emergenziale di posti letto e di una adeguata implementazione di risorse umane, con un'organizzazione flessibile sia per gli spazi che per il personale.
- Gestire al di fuori degli ospedali tutte le situazioni croniche per quanto possibile, a partire dagli screening, dalla rapida presa in carico iniziale, dai follow up, per finire alle terapie di supporto e terapie palliative. La telemedicina e gli ospedali virtuali (di cui esistono esempi efficaci realizzati all'estero) ne possono coadiuvare l'azione.
- Prevedere concreti piani nazionali e regionali di prevenzione per affrontare le attuali e future pandemie, che consentano anche di evitare il procrastinare delle diagnosi e cure delle altre patologie chirurgiche e mediche.



- E' necessario impiegare una parte sostanziale del Recovery Fund nella ricerca delle scienze biomediche per implementare la diagnosi e la terapia per una medicina di precisione con l'ausilio della genetica molecolare.
- Occorre riprendere l'azione diagnostica e terapeutica per le patologie croniche facendo emergere il sommerso, come nel diabete o nell'HCV, per curare la popolazione che non è cosciente di essere ammalata, che sottovaluta le possibili complicanze della malattia o non rispetta l'aderenza ai piani di cure. Gli obiettivi "HCV zero" e accesso semplificato alle cure innovative delle patologie croniche non sono procrastinabili.
- E' necessario sburocratizzare il SSN semplificando i percorsi, pensando prima all'utente e poi alla tutela dello stesso. A partire dal concetto di ruoli e funzioni (chi fa che cosa per i medici di medicina generale, per le farmacie dei servizi, per nuovi team di cura come le USCA) iniziando da alcune cose semplici come l'affidamento di alcune terapie diffuse anche alla medicina territoriale (NAO, antidiabetici glifozinici e incretinici, eccetera). Il percorso che il malato dovrà fare deve essere codificato dall'inizio alla fine riscrivendo i PDTA con ruoli chiari e budget di presa in carico correttamente distribuiti in base al percorso studiato (percorso e non prestazioni come nel sistema remunerativo a Silos).
- È necessario agire anche attraverso il Servizio sanitario nazionale alla lotta contro il cambiamento climatico con soluzioni che non solo aggiungono nuove pratiche green, ma che tolgono anche pratiche nocive. Azioni da intraprendere subito sono: diminuire la fame di energia e il consumo di materiale ad alto impatto ambientale nelle strutture di cura, richiedere un certificato green per le aziende nei capitolati d'appalto, una movimentazione sostenibile e una presa in carico trasversale del paziente con utilizzo di strumenti innovativi come la telemedicina, la ricetta elettronica, la consegna a domicilio dei farmaci e progetti quali l'ospedale virtuale.

**SONO INTERVENUTI (I NOMI RIPORTATI SONO IN ORDINE ALFABETICO):**

Vincenzo Adamo, Direttore Oncologia Medica AO Papardo-Messina e Coordinatore Rete Oncologica Siciliana

Antonio Addis, Direttore UOSD Epidemiologia del farmaco, Dipartimento Epidemiologia Regione Lazio

Giorgio Albè, Avvocato Studio A&A

Antonio Amati, Direttore Generale Almaviva Divisione IT

Daniele Amoruso, Giornalista

Gianni Amunni, Direttore Generale ISPRO e Responsabile Rete Oncologica Toscana

Andrea Belardinelli, Direttore del Settore Sanità Digitale e Innovazione della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale di Regione Toscana

Giordano Beretta, Presidente Nazionale AIOM

Luigi Bertinato, Responsabile Segreteria Scientifica del Presidente, Istituto Superiore di Sanità

Mario Boccadoro, Professore Dipartimento di Biotecnologie Molecolari e Scienze per la Salute, Università di Torino

Fabiola Bologna, Camera dei Deputati - XVIII Legislatura

Daniela Boresi, Giornalista

Marco Bosio, Direttore Generale ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda Milano

Luisa Brogonzoli, Responsabile Centro Studi Fondazione The Bridge

Daniela Campisi, Dirigente Biologo per la disciplina di Microbiologia e Virologia, Ospedale Niguarda Milano



Maria Capobianchi, Direttore della UOC Laboratorio di Virologia, Istituto Nazionale per le Malattie Infettive (INMI) "L. Spallanzani"

Massimo Clementi, Professore Ordinario di Microbiologia e Virologia, Università Vita-Salute San Raffaele - Direttore del Laboratorio di Microbiologia e Virologia, Ospedale San Raffaele, Milano

Pierfranco Conte, Direttore SC Oncologia Medica 2 Istituto Oncologico Veneto - Coordinatore della Rete Oncologica Veneta

Davide Croce, LIUC Business School

Angelo D'Argenzio, Prevenzione e Igiene sanitaria Regione Campania

Massimo Di Giannantonio, Professore ordinario presso Dipartimento di Neuroscienze, Imaging e Scienze Cliniche

Morena Diazzi, Direttore Generale Direzione generale economia della conoscenza, del lavoro e dell'impresa - Responsabile del Servizio Ricerca, Innovazione, Energia ed Economia Sostenibile Regione Emilia-Romagna

Anna Falanga, Direttore della UOC SIMT ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo

Alessandro Farruggia, Scrittore e Giornalista Quotidiano Nazionale

Maurizio Ferrari, CMO Synlab Italia

Luciano Flor, Direttore Generale Area Sanità e Sociale Regione del Veneto

Giulio Fornero, Direzione Scientifica Motore Sanità

Ivan Gardini, Presidente Associazione EpaC Onlus

Marino Gatto, Professore Emerito di Ecologia, Politecnico di Milano

Antonino Giarratano, Vicepresidente SIAARTI

Giulia Gioda, Presidente Motore Sanità



Ranieri Guerra, Assistant Director General per le iniziative speciali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

Paolo Guzzonato, Direzione Scientifica Motore Sanità

Loreta Kondili, Ricercatore Medico Specialista Istituto Superiore di Sanità

Manuela Lanzarin, Assessore alla Sanità e al Sociale, Regione del Veneto

Gabriella Levato, Medico Medicina Generale Milano

Walter Locatelli, Vicepresidente FIASO

Giuseppe Longo, Direttore Generale AORN "A. Cardarelli" Napoli

Alessandro Malpelo, Giornalista

Michelangelo Mancuso, Membro Istituzionale SIN, Coordinatore del Gruppo di Studio SIN Neurogenetica e Malattie Rare

Marco Marchetti, Direttore Centro HTA Istituto Superiore di Sanità

Ettore Mautone, Giornalista

Paolo Mazzanti, Direttore Askanews

Francesco Menichetti, Direttore U.O. Malattie Infettive, Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana

Francesco S. Mennini, Professore di Economia Sanitaria e Economia Politica, Research Director-Economic Evaluation and HTA, CEIS, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" - Presidente SIHTA

Stefano Menzo, Direttore f.f. SOD Virologia, Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Ancona



Luca Mercalli, Presidente Associazione Meteorologica Italiana

Giovanni Monchiero, Presidente Comitato di Esperti Sanità Regione Piemonte

Vito Montanaro, Direttore Dipartimento Regionale Promozione della salute, del benessere sociale e dello sport per tutti

Emanuele Monti, Presidente III Commissione Sanità Regione Lombardia

Rossella Mosconi, Direttore Dipartimento Farmaceutico ASL Taranto

Clara Nebiolo, Redazione Mondo Sanità

Stefano Nervo, Presidente Diabete Italia Onlus

Georges Paizis, Direzione Scientifica Motore Sanità

Marcello Pani, Segretario Nazionale SIFO

Antonello Pasini, Fisico del Clima, CNR

Flavia Petrini, Presidente SIAARTI

Sandro Pignata, Coordinatore Rete Oncologica Campana

Carmine Pinto, Direttore Dipartimento Oncologico e Tecnologie Avanzate, IRCCS Istituto in Tecnologie Avanzate e Modelli Assistenziali in Oncologia, Reggio Emilia

Ines Pisano, Magistrato TAR Lazio

Paolo Pronzato, Direttore Oncologia Medica IRCCS San Martino, Genova - Coordinatore DIAR Oncoematologia Regione Liguria

Giuseppe Quintavalle, Direttore Generale Policlinico "Tor Vergata", Roma

Annarosa Racca, Presidente Federfarma Lombardia

Gianni Rezza, Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria Ministero della Salute



Franco Ripa, Dirigente Responsabile Programmazione Sanitaria e Socio-sanitaria. Vicario Direzione Sanità e Welfare Regione Piemonte

Francesca Romanin, Comunicazione Mondo Sanità

Michele Sanza, Presidente Eletto Società Italiana di Psichiatria delle Dipendenze

Anna Sapino, Direttore Scientifico IRCCS Candiolo

Domenico Scibetta, Presidente Federsanità ANCI Veneto

Valentina Solfrini, Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, Servizio Assistenza Territoriale, Area Farmaci e Dispositivi Medici, Regione Emilia-Romagna

Nicola Specchio, Unità di Epilessie Rare e Complesse Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, IRCCS, Roma

Rita Lidia Stara, Presidente Federazione Diabete Emilia-Romagna e Comitato Etico ER

Stefania Stefani, Presidente Società Italiana di Microbiologia

Domenica Taruscio, Direttore del Centro Nazionale Malattie Rare, Istituto Superiore di Sanità

Carlo Tomassini, Direttore della Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale Regione Toscana

Giuseppe Turchetti, Professore Ordinario in Economics and Management of Innovation in Healthcare at Scuola Superiore Sant'Anna

David Vannozzi, Direttore Generale CINECA

Claudio Zanon, Direttore Scientifico di Motore Sanità



Il nuovo “disastro” di parete: l’impatto della pandemia – COVID 19 sulla riparazione della Parete addominale

INTRODUZIONE DI SCENARIO

L’impatto socio-economico, sanitario e organizzativo della pandemia Covid-19 ha implicazioni ben maggiori rispetto ai numeri delle vittime dirette del virus. L’impossibilità di accedere alle strutture ospedaliere, l’interruzione dei programmi di screening e lo spostamento nel tempo di interventi ritenuti non urgenti avranno conseguenze che misureremo nel corso dei prossimi anni.

L’esempio della chirurgia della parete addominale è paradigmatico.

I DISASTRI DI PARETE

- **Sono patologie pericolose**
- **Sono patologie che impattano sulla riproduttività e sulla qualità di vita dei pazienti**
- **Vengono considerate di secondaria importanza ma hanno serie implicazioni economiche e sociali**
- **Implicano talora trattamenti chirurgici complessi**
- **Non hanno alternative alla chirurgia**
- **Sono state dimenticate nel periodo COVID-19**

Il problema delle liste di attesa per le operazioni chirurgiche esisteva già prima della pandemia, ma ora, a causa del Covid, è notevolmente aumentato. E con il procedere del tempo la situazione non può che peggiorare.

Per questo motivo i chirurghi sono alla ricerca di soluzioni. Soluzioni che non possono essere create da 21 Tavoli regionali differenti, in cui spesso i chirurghi non sono neppure convocati. Si rileva la necessità di un Tavolo nazionale che delinei la roadmap da seguire a livello nazionale in modo uniforme. Questo perché il problema non è dei singoli ospedali o delle singole Regioni, ma è un problema nazionale, europeo e mondiale.



L'emergenza ospedaliera nei ricoveri prima del Covid era legata a un Dm 70 che deve essere rivisto completamente, alla mancanza per molti anni di nuove assunzioni in campo infermieristico, alla diminuzione di posti letto, alle carenze di posti in terapia intensiva. Il Covid non ha fatto che peggiorare la situazione. Urge quindi rafforzare il sistema per arrivare ad un ordinario standard.

Durante la prima ondata del Covid fu istituito al Ministero un Tavolo per la gestione dei pazienti chirurgici, così come è stato fatto per l'odontoiatria e per la cardiologia interventistica, che ha prodotto delle linee guida importanti. Sarebbe opportuno che questo Tavolo, ampliato, fosse da ausilio per programmare le attività che portano a milioni di interventi chirurgici saltati che, a differenza di altre branche che oggi possono usufruire di modalità a distanza (come la telemedicina) devono per forza di cose essere eseguiti in presenza.

La chirurgia merita un Tavolo permanente all'interno del Ministero al quale possano afferire tutte le problematiche della chirurgia e che possa essere un Tavolo che parla con il Gabinetto e con i legislatori. Tavolo che deve essere affiancato da un Tavolo politico che faccia da trait d'union con i due rami del Parlamento. Un tavolo analogo è già stato istituito per l'odontoiatria.

Bisogna creare dei percorsi singoli negli ospedali in cui vengono trattati solo casi di Covid, mentre negli altri ospedali vengono ricoverati gli altri pazienti. Si deve iniziare ad investire nelle strutture al di fuori degli ospedali, anche quelle convenzionate e quelle private dove venga effettuato un controllo pubblico sulle tariffe. Inoltre per colmare il problema delle liste d'attesa servono investimenti e la possibilità di effettuare le operazioni chirurgiche anche al di fuori di un determinato ospedale, facendo spostare le equipe chirurgiche quando serve in ospedali privati accreditati.

A causa dell'allungarsi delle liste d'attesa per il Covid molti pazienti hanno visto un aggravarsi notevole delle proprie patologie. Questo ha comportato anche un impiego di maggiori risorse da parte degli ospedali. Inoltre molti pazienti si presentano tardi in ospedale non solo a causa delle liste d'attesa, ma anche perché hanno paura di contrarre l'infezione da Covid durante il ricovero. Bisogna spiegare ai pazienti che non devono avere paura e creare degli ospedali Covid free in modo che i pazienti si rechino con maggiore tranquillità alle strutture ospedaliere.



Il nostro SSN ha sempre inseguito i bisogni invece che governarli, ma il nostro Ministero dovrebbe fare maggiormente programmazione e puntare sulla prevenzione primaria.

Tenendo presente che le emergenze ci saranno sempre bisogna fare in modo che le politiche non siano emergenziali. Bisogna inoltre tener presente che abbiamo una popolazione sempre più anziana e con un maggior numero di cronicità. Per questo motivo dobbiamo investire di più in prevenzione, anche perché la vita è sempre più lunga, ma la qualità della vita negli ultimi anni va migliorata.

Grazie al Recovery Fund potranno essere fatti investimenti utili per migliorare la situazione, ma gli investimenti andranno fatti allocando le risorse in maniera efficiente massimizzando la produzione di salute. Facendo una programmazione dei servizi non verrebbero sprecate le risorse.

Per superare i problemi delle liste d'attesa serve:

Revisione
DM 70

Rafforzamento
del personale

Rafforzamento
dei posti letto

Rafforzamento
del territorio

Un Tavolo
Ministeriale
permanente



Hanno partecipato:

Diego Cuccurullo, Presidente I.S.H.A.W.S

Micaela Piccoli, Direttore della Scuola Nazionale ACOI di Chirurgia Laparoscopica
Mini-invasiva

Pierpaolo Sileri, Sottosegretario di Stato al Ministero della Salute

Rosanna Tarricone, Professoressa SDA Bocconi, Milano

Alessio Terzi, Past President Cittadinanzattiva



FARMACI EQUIVALENTI

Introduzione

L'approccio al buon Governo dei Servizi Sanitari è un tema di estrema complessità. Quando parliamo di gestione dei Servizi Sanitari, molte aziende e Istituzioni ricorrono al Governo clinico per gestire le complessità.

Ma che cos'è il Governo clinico?

E' la strategia mediante la quale le organizzazioni sanitarie cercano di governare la loro estrema complessità considerando 2 aspetti chiave:

L'efficienza, in relazione alla sostenibilità economica.

La riduzione del gap che esiste nella percezione della qualità assistenziale tra professionisti (libertà professionale incondizionata) e manager (che hanno come priorità il bilancio aziendale)



Il Governo clinico è un sistema di ponte tra la scienza, che deve basarsi sull'evidenza, e le risorse e le decisioni che devono essere prese al riguardo.

Quali strumenti abbiamo per governare il sistema tra efficienza e sostenibilità?

Quando parliamo di un farmaco o di un dispositivo il valore deve tener conto di quattro necessità dei vari stakeholder, ovvero bisogna trovare una quadra tra:

- **Paziente:** che richiede l'equità di accesso alle cure. Bisogna quindi recepire l'innovazione e consentire ai cittadini cure migliori disponibili, che ovviamente il paziente vuole avere il prima possibile
- **Istituzioni:** che hanno in mente la sostenibilità economica e finanziaria del SSN
- **Industria:** la sostenibilità industriale Life sciences (sostegno alla ricerca e creazione di nuovi posti lavoro, nonché rientro delle spese effettuate per la ricerca di nuovi farmaci)
- **Medico:** vorrebbe mantenere una certa libertà prescrittiva

Certo è che l'efficientamento del sistema si traduce semplicemente nel concetto di spesa appropriata che deve trovare un equilibrio tra queste visioni.



Criticità di sistema: dove si può agire a livello regionale?

Vi sono delle aree di intervento dove si può agire a livello regionale. Bisogna superare il meccanismo a silos di gestione del budget e aumentare il finanziamento pubblico che, come ha evidenziato il Covid, fino ad ora è stato insufficiente. Bisogna ridurre gli sprechi ed efficientare l'organizzazione. Infine nell'ambito dell'investimento e disinvestimento si può: investire in innovazione di valore con appropriato accesso, utilizzare sempre di più i farmaci a brevetto scaduto e creare delisting di farmaci e procedure a basso valore aggiunto.

Il valore sociale dei farmaci equivalenti

Il valore sociale dei farmaci equivalenti è una delle soluzioni possibili da adottare per razionalizzare la spesa in ambito sanitario.

AIFA è impegnata da anni nel divulgare come i farmaci equivalenti perché contribuiscono:

- al mantenimento della sostenibilità del sistema consentendo al SSN di liberare risorse indispensabili per garantire una sempre maggiore disponibilità di farmaci innovativi.
- permettono al cittadino di risparmiare di propria tasca all'atto dell'acquisto dei medicinali.

AIFA ha realizzato la guida "Medicinali Equivalenti - Qualità, sicurezza ed efficacia", con l'intento di fugare dubbi e perplessità che ancora persistono rispetto e di fornire a medici, farmacisti e pazienti uno strumento di rapida consultazione.

"Il medicinale equivalente (generico) va visto" spiega nella prefazione il Direttore Generale dell'AIFA, "al pari di qualsiasi altro medicinale, in un'ottica di conformità ai requisiti di qualità, sicurezza ed efficacia di cui l'AIFA è garante e come un'opportunità per liberare risorse economiche da investire nell'ingresso dei nuovi medicinali salvavita".

Il valore sociale dei farmaci equivalenti: perché il prezzo si riduce?

Non è pertanto dalla differenza di qualità che si sviluppa il risparmio di prezzo. Il prezzo di un medicinale brevettato comprende: • i costi di produzione sostenuti dall'azienda • Costi relativi alla scoperta e alla sintesi del nuovo principio attivo.

Scaduto il brevetto, altre aziende possono produrre medicinali equivalenti non hanno spese di ricerca da recuperare, quindi non c'è più ragione che il prezzo del farmaco sia più alto del dovuto.



“I dati ottenuti dall’uso consolidato del medicinale di riferimento” evidenzia il documento AIFA “nel corso degli anni, consentono di delineare per questa tipologia di medicinali, un profilo rischio/beneficio più definito rispetto a quanto sia possibile per qualsiasi nuovo medicinale”.

Troppo spesso il valore più basso del farmaco equivalente genera diffidenza nei pazienti, che scambiano il prezzo più basso per una minore qualità del prodotto

Costi del processo di introduzione del Farmaco

Quasi tutti gli studi di settore concordano sul fatto che il processo di creazione di un nuovo farmaco impegni circa un decennio di ricerche e assorba oltre 1,5 miliardi di dollari per introdurre sul mercato un farmaco approvato dall’EMA (European Medicines Agency) o dall’FDA (U.S. Food and Drug Administration).

Uno studio pubblicato da Forbes nel 2013 ha rivelato che, confrontando le spese complessive di Ricerca e Sviluppo con le approvazioni di nuovi farmaci, le farmaceutiche spendano in realtà oltre 6 miliardi di dollari per ciascun farmaco approvato.

Scenario Europeo e Nazionale

La produzione dei farmaci equivalenti genera circa 190.000 posti di lavoro. 3 su 4 medicinali equivalenti sono prodotti in Europa dove rappresentano il 67% a volumi e il 29% a valori, curando oltre 500 milioni di pazienti. Non è vero quindi che i farmaci equivalenti sono prodotti unicamente nei Paesi extra europei.

Lo scenario Italiano dei consumi in farmacia nei primi nove mesi del 2019 conferma il trend di decrescita dei farmaci equivalenti (7,8 miliardi di euro). Tra i prodotti scaduti di brevetto che assorbono il 74% delle confezioni vendute nel canale ed il 61% a valori, vi è una netta predominanza dei brand a brevetto scaduto con il 70% a volumi e il 76% a valori.

Scenario Nazionale e Regionale

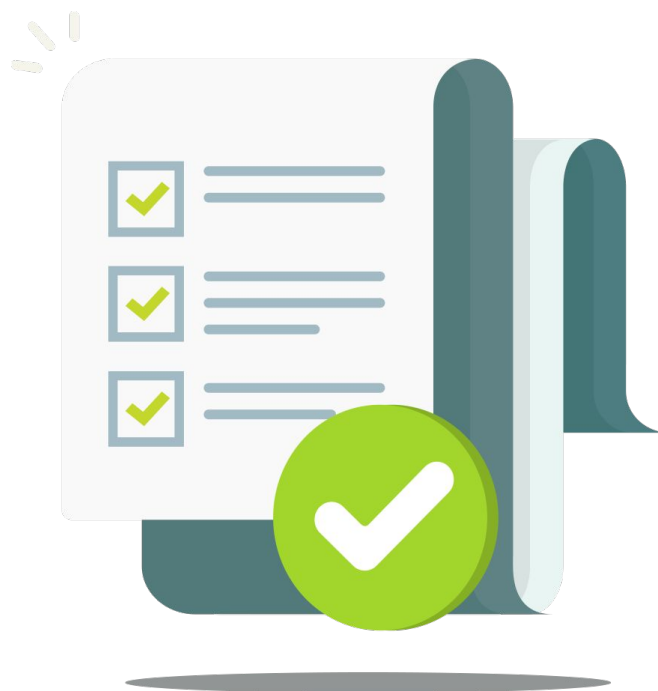
Le vendite degli equivalenti risultano focalizzate nella classe A (89% confezioni), mentre in classe C (10% confezioni) e nell’area dell’automedicazione (1% sia a volumi che a valori). Questo indica che molto lavoro di comunicazione deve ancora essere fatto, sebbene la situazione sia molto diversa tra le regioni d’Italia. Infatti l’analisi dei consumi per area geografica, nei primi nove mesi 2019 ci dice che il consumo degli equivalenti di classe A è risultato concentrato al Nord (37,3% unità), rispetto al Centro (27,9%) ed al Sud Italia (22,4%). In particolare, a guidare la classifica dei consumi di equivalenti è la Provincia Autonoma di Trento (43% unità) seguita da Lombardia (39,3%), Friuli Venezia Giulia (37,2%) ed Emilia Romagna (37%). Ultima in classifica la Calabria (20,6%).



CONCLUSIONI

I farmaci equivalenti sono, dal punto di vista economico, un'opportunità per le famiglie e per il SSN. Sono però ancora troppe le persone che credono che il farmaco "griffato" funzioni meglio. Sicuramente bisogna lavorare per superare i gap tra Regioni e i gap con il resto d'Europa.

Per aumentare l'utilizzo dei farmaci equivalenti bisogna puntare molto sulla comunicazione tra il mondo sanitario e il paziente. Tutti gli operatori della sanità devono essere coinvolti in questa operazione. Non bisogna lavorare solo sulla comunicazione scientifica, ma anche sulla comunicazione divulgativa, che si rivolge ai cittadini.





PROPOSTE

Fare una comunicazione capillare all'interno delle farmacie

Fare una campagna di comunicazione a livello nazionale sui grandi media televisivi e della carta stampata

Vigilare che i MMG scrivano nelle ricette il nome del principio attivo e non del brand

Spiegare bene ai cittadini che la differenza di prezzo non è dovuta ad una minor qualità del prodotto

Formare adeguatamente medici e farmacisti sul tema

Creare politiche sanitarie regionali che possano favorire la prescrizione di farmaci equivalenti



Hanno partecipato:

Pierluigi Bartoletti, Vice Segretario Nazionale FIMMG

Claudio Marinai, Responsabile Politiche del Farmaco e Dispositivi Regione Toscana

Alfredo Procaccini, Vice Presidente Vicario di Federfarma

Ugo Trama, Responsabile Politiche del Farmaco e Dispositivi Regione Campania



MOTORE SANITÀ

Con il contributo incondizionato di:

