

DOCUMENTO DI SINTESI

CAMBIA LA SANITÀ

Reinventare Processi,
Ruoli e Competenze



Napoli



**9-10 MARZO
2022**

MOTORE
SANITÀ

Mondosanità

**WINTER
SCHOOL 2022**

NAPOLI



www.motoresanita.it



Con il patrocinio di



Media Partner



Eurocomunicazione



INTRODUZIONE DI SCENARIO

La Medicina territoriale procede verso un processo di riforma ed implementazione anche grazie e soprattutto ai fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). È sicuramente importante programmare gli investimenti secondo il progetto elaborato a livello nazionale in accordo con le Regioni, ma è altrettanto importante stabilire i percorsi e le risorse umane da utilizzare all'interno delle Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità, l'Assistenza Domiciliare ed il continuo contatto con gli ospedali, nell'ottica di una presa in carico trasversale e non a Silos.

Ma per fare questo bisogna partire dalle necessità del cittadino/paziente e cioè quali sono le offerte assistenziali possibili nei vari luoghi di cura, il personale da dedicare programmando numero, tipo e competenze, la presenza dei medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS) nelle strutture territoriali (oltre o sostitutive degli attuali studi associati e non), quali specialisti presenti nelle Case di Comunità, quali dispositivi medici utili e come organizzare la formazione degli operatori, come interconnetterli con l'uso della telemedicina e secondo la progettualità dell'Internet of The Things (IoT), e come organizzare un collegamento proficuo con le Aziende Ospedaliere creando una filiera in/out tra le cure e la diagnostica di primo livello e quella a più alta complessità.

PNRR IN CAMPANIA: RISORSE E PROGETTUALITÀ

La Sanità campana del futuro dovrà affrontare le nuove sfide nel campo della digitalizzazione. Sono stati finanziati 700 milioni di euro dal PNRR, con l'obiettivo di avere 200mila persone in teleassistenza entro il 2024 di cui 20mila in Campania.

In Campania c'è una messa in sistema della digitalizzazione della sanità importante, iniziata da prima della pandemia da Covid-19 ma che con l'emergenza sanitaria ha ricevuto una spinta in avanti importante.

La sanità italiana vive un momento storico di cambiamento. Sta cambiando su molti livelli e il processo di metamorfosi non può non richiedere un adeguamento delle norme per quanto riguarda il personale.



Circa la medicina territoriale in Campania, esiste una strutturazione della medicina convenzionata che conta oltre 3.800 medici di medicina generale, 900 pediatri di libera scelta che permetterà alla Regione di arrivare a numeri importanti come quelli citati.

CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI, CASA DI COMUNITÀ E OSPEDALI DI COMUNITÀ

Come costruire un'assistenza domiciliare a media complessità e quali filiere necessarie.

Attualmente l'assistenza domiciliare di media complessità interessa circa il 21% della popolazione italiana (cronici con più patologie anche gravi), ma è ferma a circa il 4% dell'erogazione degli interventi necessari, mentre il PNRR prevede il raggiungimento di almeno il 10%.

L'assistenza domiciliare di media intensità ha come sua prima caratteristica la multidisciplinarietà degli interventi in funzione della condizione dell'assistito, senza alcuna gerarchizzazione dei professionisti coinvolti e prevede che a organizzarla tra le varie professionalità sia l'infermiere. Per raggiungere gli standard richiesti però, non possono bastare le strutture messe a disposizione con il PNRR ma serviranno migliaia di nuovi professionisti della sanità, un problema che accomuna tutte le regioni italiane ma che è ancor più grave in Campania, Regione uscita da un lungo periodo di commissariamento che ha portato al blocco del turn over e delle nuove assunzioni riducendo in tutti gli ambiti della sanità il personale all'osso.

Per quanto riguarda gli infermieri specializzati le stime di istituzioni e Università calcolano la necessità di un numero a breve termine (per raggiungere il 5-6%) di circa 6.000 e a medio termine (per raggiungere il 10%), di almeno 60.000 di cui 20.000 infermieri di famiglia e comunità. Sono necessari poi tra i 6.000 e i 9.000 infermieri per implementare gli Ospedali di Comunità, strutture intermedie tra la domiciliarità e il ricovero in acuzie, da attivare in caso di necessità per questa tipologia di pazienti. Per risolvere la carenza, la Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI) ha già proposto a Governo, Parlamento e Regioni, interventi a breve, medio e lungo termine e un'azione coordinata a livello di formazione universitaria.



RAGIONARE SULLA NUOVA SANITÀ CHE SI PROSPETTA: LA RIVOLUZIONE DEL PNRR GRAZIE AL DM 71 E L'AGGIORNAMENTO DEL DM 70

Le parole chiave per una nuova sanità sono state: integrazione, continuità e tecnologia. Integrazione tra le strutture ospedaliere e territoriali, garanzia sulla continuità delle cure e investimenti in tecnologia mediante l'acquisto di grandi apparecchiature all'avanguardia, investimenti in ristrutturazione di edilizia ospedaliera e digitalizzazione dei processi clinico-assistenziali.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) deve essere inteso come un progetto innovativo nel quale gli investimenti di cospicue risorse finanziarie, dedicate anche alla sanità, sono accompagnati da una serie di riforme indispensabili per superare le debolezze strutturali e le criticità, già sollevate dal DM n. 70 del 02.04.2015 ed ora ulteriormente evidenziate dalla crisi pandemica: disparità territoriali, scarsa integrazione tra servizi ospedalieri, servizi sociali e servizi territoriali.

Con il DM 70/2015 vi è stata un'importante riorganizzazione della rete ospedaliera ma non di quella territoriale a cui, a seguito dell'emergenza pandemica, il DL 34/2020 ha prestato attenzione attraverso misure urgenti in importanti interventi strutturali che rappresentano il punto di partenza per il PNRR.

Ancor prima della pandemia da Covid-19, l'orientamento di (ri)programmazione era fortemente sentito tra i policy maker del sistema. Ora però c'è l'occasione di accelerare il processo, in quanto sono emerse nuove opportunità e strategie, da prendere in considerazione per ridisegnare il quadro assistenziale del Paese. Ci aspettano 5 anni nei quali dovremo implementare al meglio i progetti a vocazione sanitaria presenti nel PNRR.

Entrando nel merito, i temi contenuti nella cosiddetta componente della missione 6, abbracciano a 360° il paziente, al fine di garantirgli un'assistenza completa in qualsiasi condizione di salute esso sia.



La 'Nuova Sanità territoriale' della Regione Campania prevede la costruzione di 169 Case di Comunità, 45 Ospedali di Comunità, 58 Centrali Operative Territoriali. Risulta quindi strategica la creazione di anelli di giunzione stabili sul territorio: l'obiettivo è passare dalla "cura" al "prendersi cura" secondo un approccio olistico, one Health.

Il PNRR rappresenta dunque un'occasione per la Campania di realizzare un nuovo modello assistenziale, omogeneo, capillare, interconnesso e più vicino ai bisogni dei cittadini garantendo loro velocità nell'assistenza e parità di accesso alle cure. Oltre alla realizzazione di Centrali Operative Territoriali (COT), che rappresentano un modello organizzativo innovativo e tecnologicamente avanzato per svolgere un'importante funzione di coordinamento tra servizi ed i professionisti coinvolti a vari livelli assistenziali nelle attività territoriali, sanitarie, socio-sanitarie ed ospedaliere, la vera innovazione introdotta dall'attuale Piano rispetto al DM 70/2015 consiste nella costruzione di Case della Comunità.

La Casa della Comunità sarà una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali la cui presenza rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale.

Lo scopo è quello di potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio, in particolare ai malati fragili, costituendo per loro un punto di riferimento continuativo attraverso una serie di servizi messi a disposizione per ciascuna struttura: piattaforme informatiche, punto prelievi, servizi polispecialistici e punti unici di accesso (PUA) al fine di garantire la prevenzione della salute e la presa in carico dei pazienti.



La seconda sfida importantissima sarà la realizzazione degli Ospedali di Comunità a ricovero breve, destinati a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Tali tipo di struttura, dotate di 20 posti letto saranno a gestione prevalentemente infermieristica e avranno lo scopo di favorire una maggiore appropriatezza delle cure e ridurre gli accessi impropri a servizi sanitari quali il Pronto Soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliere.

L'Ospedale di Comunità potrà anche facilitare la transizione del paziente cosiddetto "acuto" dalle strutture ospedaliere al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario a rendere l'ambiente domestico più adatto alle esigenze di cura dell'assistito. L'obiettivo è quello di decongestionare le attuali strutture Ospedaliere dal ricovero di pazienti che necessitano di un grado di assistenzialità "low ed intermediate care", consentendo alle Aziende Ospedaliere di garantire una maggiore offerta di posti letto per il ricovero destinato ad altri setting assistenziali: "intensive care", favorendo anche il recupero delle prestazioni non erogate a causa dell'emergenza epidemica.

Si tratta quindi di riorganizzare il sistema secondo una logica di modello assistenziale organizzato per intensità di cure che supera il confine aziendale e si espande nella Rete regionale.

Investimenti in tecnologie (apparecchiature elettromedicali e sistemi informativi aziendali), formazione, lavori pubblici sono le chiavi importanti per rendere il modello vincente, un'occasione per migliorare le condizioni di vita delle generazioni che verranno.

Se la finalità è quella di realizzare modelli di coordinamento più snelli, meno formalizzati e più flessibili, è vero anche che, se il sistema non risulta integrato, si rischia di potenziare la frammentarietà del percorso di cura e lo spreco di risorse. Risulta pertanto necessario garantire un'integrazione, sia funzionale che tecnologica, tra ospedale, territorio e paziente che sfrutti al meglio la possibilità offerte dalla telemedicina, dal tele-consulento, dalla tele-assistenza, dal tele-monitoraggio e dalla tele-refertazione.



Altro tema messo in evidenza è il ricorso ai finanziamenti per la formazione. Formazione che dovrà garantire agli operatori sanitari di allinearsi al progresso scientifico e ad aggiornarsi rispetto all'innovazione tecnologica per garantire efficacia, adeguatezza, sicurezza ed efficienza dell'assistenza fornita dal SSN.

Fornire l'adeguata formazione agli operatori del settore oltre che gli adeguati strumenti tecnologici è un 'atto di dovere' nei confronti sia dei giovani che proprio in questo periodo emergenziale sono stati coinvolti in prima linea per affrontare l'emergenza, che nei confronti di una popolazione anziana che 'per ovvi motivi' preferisce e necessita di una gestione assistenziale domiciliare.

ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE E VACCINAZIONI

Il PNRR grazie soprattutto ai fondi del Recovery Plan destinati dalla UE nel progetto Next Generation UE, stanziava circa 10 miliardi per ricostituzione ed implementazione della medicina territoriale nel nostro paese. L'Home Care, le Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità e le centrali di coordinamento sono gli assi su cui poggia la nuova medicina extraospedaliera con gli obiettivi di una presa in carico completa e possibile ed una trasversalità vera e non solo dichiarata tra ospedale e territorio.

Parte degli obiettivi da raggiungere in tre anni sono frutto del lavoro già in essere in alcune regioni, come le case della salute o le strutture intermedie, altre quali l'assistenza domiciliare che vada oltre l'ADI sono da costruire così come l'uso progressivo della tecnologia come la telemedicina.

Alla base del progetto sta anche, ma non solo, un nuovo rapporto con la Medicina di Famiglia ed i Pediatri di Libera Scelta ed un rilancio del Distretto socio-sanitario già compreso nella legge 833. Aspetto critico su cui sarà necessario lavorare rapidamente è la connessione tra tutti gli attori di sistema per la condivisione dei dati clinici, che oramai diventa un punto non più rimandabile per la riuscita del nuovo progetto organizzativo.



La campagna vaccinale per il Covid-19 ha dimostrato come, in poco tempo, sia possibile far lavorare in tandem diverse figure della sanità come MMG, pediatri di libera scelta (PLS), specialisti, farmacisti. Questo modello di cooperazione tra figure che trascendono le strutture organizzative del SSR andrebbe esaminato ed esportato in tutti gli aspetti della salute.

Precocità nel trattamento virale per limitare gli effetti della pandemia COVID

Rispetto alle fasi iniziali della pandemia, in cui i medici si erano di fatto trovati a inseguire la malattia, sorpresi da alcune peculiarità di questo virus che ancora non erano comprese appieno, in questa fase esiste invece l'opportunità di intervenire in maniera mirata con farmaci efficaci. È fondamentale però riuscire a identificare quei soggetti considerati a maggior rischio di complicanze in cui i benefici del vaccino sono evidenti (i famosi "fragili") e tutti coloro che non si sono ancora vaccinati (per convinzioni personali o semplicemente per paura). Questi pazienti sono target prioritari per le cure precoci.

L'interazione con la medicina del territorio e con tutte le realtà che la compongono permette una stretta comunicazione con tutti gli ambiti della sanità regionale e permette agli specialisti di arrivare a coloro che necessitano delle cure precoci ed efficaci (terapie con anticorpi monoclonali e con farmaci antivirali). Queste cure sono le uniche riconosciute come efficaci nella gestione clinica del Covid-19 a domicilio e che il percorso per accedervi consiste nella segnalazione da parte della medicina territoriale all'ospedale di competenza, di solito con reparto di malattie infettive, che provvederà a selezionare il paziente e individuare il trattamento più idoneo per tutte le situazioni.

Le nuove risorse terapeutiche per il trattamento precoce dei pazienti con forme lievi-moderate di infezione da Sars-Cov-2 a rischio di sviluppare forme gravi della patologia, ha determinato la necessità di individuare percorsi efficaci di integrazione fra ospedale e territorio.



Tanto è stato efficacemente attuato per gli anticorpi monoclonali che richiedono un arruolamento del paziente a livello territoriale ed il successivo trattamento in ambiente ospedaliero, mentre l'eccessiva complessità dell'iter di prescrizione ha determinato criticità nella presa in carico del paziente a livello territoriale, per il trattamento con antivirali orali.

Sarebbe pertanto auspicabile che gli organi centrali si impegnassero a rivedere il regime di prescrizione e dispensazione degli antivirali consentendo, per esempio, la prescrizione anche ai Medici di Medicina Generale, considerato che la Real World Evidence generata dall'elaborazione dei dati sugli effetti di tali farmaci dopo l'autorizzazione all'uso in condizioni di emergenza sta confermando il profilo di rischio-efficacia delineato dagli studi registrativi.

RIFORMARE LA CONVENZIONE E GLI ACCORDI CON LA MEDICINA GENERALE: RIDISEGNARE LO STUDIO MEDICO E LE FORME ASSOCIATIVE PER RISPONDERE AI NUOVI BISOGNI DI SALUTE

Per evitare che le case di comunità e gli ospedali di comunità si tramutino in ulteriori strutture costruite ma scarsamente utilizzate, va rivisto l'impegno di tutti gli operatori coinvolti sotto la guida del Distretto socio-sanitario, storica proposta della 833 come punto di riferimento della salute del territorio anche in un'ottica one health. Risulta indispensabile quindi analizzare l'impegno della medicina generale nella proposta fatta propria dal Ministero della Salute confrontandola con altre realtà organizzative europee, che vanno dall'esperienza portoghese e spagnola tutta proiettata su un filtro e un'offerta valida ed efficace sul territorio, a realtà come quella francese e tedesca maggiormente orientate verso un'offerta ospedalocentrica. Entrambe risultano valide con luci e ombre, ma la realtà italiana della convenzione della medicina generale è unica essendo i medesimi liberi professionisti ma a remunerazione statale, non collimante con le realtà sopra citate.



Se il problema della dipendenza può essere relativo, almeno per coloro già operanti nel Servizio sanitario nazionale, il chi fa chi e che cosa, l'impegno garantito e gli indicatori di risultato necessari sono fondamentali per un nuovo rapporto con la medicina generale che passa almeno attraverso una revisione della convenzione che ne disciplina gli accordi in essere.

PNRR, Missione Salute, Case di comunità, Centrali operative territoriali e Ospedali di comunità rappresentano ad oggi i pilastri della programmazione sanitaria e dell'offerta di salute per i cittadini. Infrastrutture, reti e dotazioni tecnologiche sono le fondamenta su cui costruire i contenuti del PNRR Salute.

Le cifre sulla distribuzione delle infrastrutture attraverso i Distretti ed in funzione dei bacini di utenza restano ad ora target e milestone. Senza una riflessione profonda sugli attori si rischia di non dare voce, da un lato, ai bisogni di salute complessi e globali espressi dai cittadini e, dall'altro, al portato umano delle figure professionali coinvolte.

Non si può non considerare il lavoro multidisciplinare svolto durante la pandemia dalle figure emergenti dei farmacisti clinici e degli assistenti dei medici di medicina generale, dagli studi associati, dagli amministrativi, dagli assistenti sanitari, dagli ambiti sociali, dai terapisti della salute mentale e dal Terzo settore.

In definitiva, dal PNRR ci si aspetta oltre che risorse finanziarie, opportunità contenutistiche dove le Case di comunità mantengano la connessione profonda della relazione medico-paziente, dove le Centrali Operative intreccino la tela della rete dell'assistenza sanitaria territoriale in maniera tecnologica, utile e semplice e dove gli Ospedali di Comunità rispondano alle esigenze di acuzie minori. Le chiavi di successo sono la multidisciplinarietà delle azioni, il riconoscimento dei giusti ruoli e la sburocratizzazione dei processi.

Ridisegnare presuppone l'esistenza di un sistema consolidato differente se non in antitesi con il modello che si vuole adottare, ma la fase che le Regioni stanno cominciando ad affrontare, a seguito della firma dell'Ipotesi di Accordo Collettivo Nazionale avvenuta il 20 gennaio ultimo scorso, è già di ripensamento del sistema in essere.



C'è convinzione che le Regioni, nell'analizzare l'ipotesi di Accordo Collettivo Nazionale del 20 gennaio 2022 e conseguentemente nella individuazione delle strade di possibile applicazione del testo, possano trovare degli spunti e, perché no, soluzioni tecniche all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Nell'impianto del documento, attualmente in fase di approvazione, si trovano già gli elementi fondanti e caratterizzanti il PNRR, in particolare al ruolo unico della Medicina Generale che include sia i medici a rapporto a ciclo di scelta che a rapporto orario, alle aggregazioni funzionali territoriali, alla partecipazione dei medici del ruolo unico, alle unità complesse di cure primarie.

DISRUPTIVE INNOVATION 2022: UP TO DATE SULLE PRINCIPALI PATOLOGIE

Sulla Disruptive innovations l'Expert Panel on investing in health della Commissione Europea ha definito l'innovazione dirompente nel settore sanitario come un tipo di innovazione che crea nuove reti e nuove organizzazioni sulla base di una nuova serie di valori, coinvolgendo nuovi attori, che consente di migliorare la salute e di raggiungere altri obiettivi preziosi, come equità ed efficienza. Oltre alla definizione 'europea' di innovazione dirompente, il Panel ha elaborato anche una nuova tassonomia delle innovazioni dirompenti basata sui 'campi di applicazione' e sulle loro categorie. Le categorie principali identificate sono quattro:

1. tecnologica (tecnologie a bassa ed alta complessità);
2. organizzativa (modelli, strutture, processi);
3. prodotti e servizi (farmaci e terapie diverse);
4. risorse umane (personale sanitario, pazienti, cittadini e comunità).

Alcuni esempi di Disruptive Innovation in medicina sono lo sviluppo di antibiotici, di farmaci antiulcera, della chirurgia minimamente invasiva e di un nuovo e più efficace trattamento per il virus dell'epatite C; in ambito organizzativo sono la salute mentale basata sulla comunità, le Organizzazioni responsabili (accountable) basate sulla popolazione e l'assistenza integrata.



Alcuni esempi di innovazioni dirompenti in ambito di prodotti e servizi sono lo sviluppo delle cure palliative e l'assistenza e terapia centrata sul paziente; in ambito di risorse umane sono l'autogestione del diabete da parte del paziente.

Oncologia

Standardizzare i percorsi chirurgici con l'innovazione tecnologica e la cura perioperatoria con specifica attenzione agli aspetti nutrizionali del paziente oncologico costerà di più, ma porterà maggiori benefici ai pazienti sia in termini di qualità di vita, sia di sopravvivenza.

L'attenzione principale deve essere volta all'equità di trattamento, all'approccio multidisciplinare con terapie integrate e alla valutazione dei risultati per poter meglio pianificare l'investimento di risorse economiche e definire i criteri di personalizzazione delle terapie.

Malattie Rare

La vera novità è stata cominciare ad organizzarsi con Reti di assistenza come strumenti per raggiungere l'equità di accesso alla cura e all'assistenza per le persone con malattie rare, a partire dal 2001 con l'istituzione della Rete Nazionale Malattie rare e del Registro nazionale malattie rare e dal 2016 con l'istituzione delle 24 macro reti ERN, nate per implementare la Direttiva Europea sulle Cure Transfrontaliere, che raggruppano 8mila diverse malattie rare. Il fine è condividere innovazioni e dati, attraverso una piattaforma tecnologica, per non far viaggiare i pazienti con malattie rare. I vantaggi che ne derivano riguardano prodotti e servizi e le risorse umane. Le malattie rare possono pertanto dare un contributo molto importante alla discussione sulla disruptive innovation.

Malattie cardiovascolari

Durante la pandemia le malattie cardiovascolari hanno rappresentato la prima causa di mortalità nel nostro Paese, mortalità che nel caso dell'infarto miocardico (IMA), si è addirittura più che triplicata a causa del mancato arrivo in ospedale della persona o dell'arrivo tardivo.



I cardiologi hanno assistito a scelte drammatiche che hanno portato alla trasformazione di Unità operative o di posti letto di Cardiologia in Unità Covid, allo spostamento di personale, alla chiusura di ambulatori e di strutture di cardiologia riabilitativa, tutto questo ha determinato e determinerà un peggioramento della qualità dell'assistenza, una mancata applicazione dei programmi di prevenzione secondaria, in grado di incidere in maniera significativa su mortalità e morbilità.

La comunità cardiologica ha risposto all'appello con la massima disponibilità manifestando grande propensione al cambiamento che veniva richiesto, interpretando come, forse nessun altro specialista, il ruolo di governance nella gestione dei nuovi reparti creati ad hoc.

L'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), ha risposto sin dall'inizio della pandemia, mettendo in atto una serie di iniziative che hanno consentito al cardiologo maggiore serenità e competenze nell'affrontare nuove emergenze quotidiane. Sono stati pubblicati documenti per affrontare le problematiche che si sono verificate durante le emergenze cardiologiche, ischemiche o aritmiche, in ambulatorio, o nell'affrontare le complicanze cardiologiche della infezione da Covid-19. Al tempo stesso ANMCO ha dato inizio ad un profondo rinnovamento della struttura dell'Associazione, per renderla in grado di affrontare le nuove sfide che si stanno presentando e, sviluppando i temi della Digital Health, sono state istituite una Commissione per la Cardiologia Digitale ed un Gruppo di Lavoro sulla Intelligenza Artificiale (AI). In questo periodo si sono inoltre sviluppate in maniera spontanea, spesso con mezzi artigianali, modalità di comunicazione con i pazienti. Whatsapp, videochiamate, teleconsulti sono diventati strumenti fenomenali di comunicazione che hanno consentito ai pazienti di ricevere consigli, informazioni senza allontanarsi da casa.

È chiaro però che la direzione del cambiamento deve proseguire creando dei supporti tecnici che consentano anche a persone anziane di avvalersi di questi sistemi: oggi è possibile trasmettere un Ecocardiogramma (ECG) a distanza mediante gli smartphone, utilizzare presidi di sorveglianza e di controllo nei pazienti scompensati, aritmici. La tecnologia deve però essere resa disponibile per tutti, consentendo di evitare anche in futuro accessi ospedalieri inappropriati, inutili e quindi dannosi.



NUOVI APPROCCI ANTIGENICI E DIFFUSIONE DEI COMPANION TEST E RUOLO CENTRALE DEL MOLECULAR TUMOR BOARD

Il Molecular Tumor Board come strumento di governo della target therapy

La genetica molecolare sta cambiando il panorama delle cure e sarà sempre più personalizzata, focalizzata sulla persona stessa che presenta un'alterazione genetica o molecolare con caratteristiche determinate da quella malattia.

Specialmente negli ultimi anni stanno entrando nel mercato una serie di farmaci, cosiddetti agnostici, i quali non vanno a curare lo specifico tumore di un organo (tumore del pancreas, del colon e così via), ma curano un tumore che ha una variazione genetica di un certo tipo.

Anche all'interno di altre patologie, oltre ai tumori, si va a cercare quella variazione che ha creato la malattia in quella persona e si dà la medicina specifica mirata per quella persona. Tutto questo comporta una innovazione non solo dal punto di vista terapeutico, ma anche organizzativo. Alcune di queste terapie sono e saranno infusionali, altre per bocca, per cui una parte della terapia, il controllo dell'aderenza e il follow-up del paziente può avvenire a domicilio, oppure nelle case e negli ospedali di comunità, anche grazie ad un'implementazione dei dati di sanitari e dell'uso della telemedicina.

Le nuove tecnologie (analisi mutazionale e farmaci a bersaglio molecolare) impongono anche una revisione del concetto di multidisciplinarietà. Per gli anni passati l'assistenza oncologica si è fondata sull'approccio multidisciplinare, inteso come aggregazione di competenze specialistiche dedicate ad una specifica patologia d'organo o di apparato. Il Molecular Tumor Board richiede la partecipazione di competenze nuove, per un approccio completamente diverso al passato: si tratta di condividere scelte diagnostiche e terapeutiche sulla base della interpretazione di esami necessariamente sofisticati e considerando la necessità di poter accedere a farmaci sperimentali. La strategia può risultare già oggi vincente per tutte le situazioni in cui non sussistono valide opzioni terapeutiche. In questo nuovo contesto il Molecular Tumor Board sarà fondamentale per quanto riguarda le terapie personalizzate.



Importanza dei companion test nel percorso antitumorale

Il companion diagnostic è quasi sempre un test in vitro che fornisce informazioni che sono fondamentali per garantire sicurezza ed efficacia di un farmaco.

Il companion diagnostic può identificare: 1) i pazienti che maggiormente si giovano di un farmaco; 2) i pazienti a maggior rischio di eventi tossici; 3) un sistema in grado di monitorizzare le risposte al trattamento con l'obiettivo di massimizzare le risposte riducendo gli eventi tossici severi.

Il companion diagnostic può essere sviluppato in qualunque momento della valutazione preliminare di un farmaco ma una volta identificato deve essere inserito nei trials clinici con indicazione di un chiaro cut-off.

L'evoluzione che porta a disegnare un farmaco sulla scorta delle alterazioni genetiche privilegia le tecnologie NGS come base per indicare companion diagnostic dei nuovi farmaci. Questa evoluzione determina anche la necessità di poter disporre di laboratori ad elevata tecnologia e con adeguata certificazione al fine di garantire la qualità del companion diagnostic stesso. Bisogna però, in qualche modo, proseguire il percorso dal punto di vista della remunerazione a partire dai "companion test", ovvero i test che vanno a verificare se c'è quella determinata variazione, utile all'utilizzo del farmaco stesso.

Adesso c'è ancora molta confusione a livello nazionale su chi se ne deve fare carico per ciò che riguarda la remunerazione, tenendo anche in considerazione che, ultimamente, l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) dà autorizzazione all'uso dei farmaci di precisione se questi sono accompagnati da test specifici, anche se spesso volte non si capisce ancora chi li deve pagare, chi se ne fa carico nel Servizio sanitario nazionale, in quale laboratorio vengono fatti, e quindi è chiaro che quel farmaco viene usato con molta difficoltà.



I companion test nella terapia antitumorale diventeranno le pietre miliari della target therapy. Come, per esempio, accade nell'immunoterapia usata nei tumori che esprimono il PDL-1. In molti pazienti, se questo antigene è poco espresso, la risposta all'immunoterapia è inferiore.

Ci sono poi alcuni antigeni di varianti genetiche che determinano sia la prognosi, sia la possibilità di curare quei pazienti con un farmaco specifico, sia l'impatto non solo sulla sopravvivenza, ma anche sulla qualità di vita del paziente.

L'esperienza della Regione Siciliana

Anche in Sicilia è stato istituito il Molecular Tumor Board (MTB) regionale inserito e coordinato nell'ambito della Rete Oncologica Siciliana - Re.O.S.

Il gruppo di lavoro è composto da alcuni specialisti (oncologi, anatomopatologi, biologi molecolari, genetisti, farmacologo, bioinformatico) con il compito di approfondire e stabilire un consenso sulle tematiche inerenti l'applicazione delle nuove metodologie diagnostiche di profilazione genomica oncologica correlate alla interpretazione dei big data e alla disponibilità dei nuovi farmaci agnostici.

L'esponenziale sviluppo, infatti, della medicina personalizzata sta rivoluzionando l'approccio terapeutico alla malattia oncologica ed ematologica e la nascita di MTB regionali appare fondamentale al fine di governare l'accesso ai nuovi approcci terapeutici secondo criteri di appropriatezza, qualità e omogeneità nelle procedure per una equità di trattamento sul territorio nazionale.

A tal proposito è molto interessante ed auspicabile un raccordo nel territorio nazionale tra i MTB regionali per una raccolta di dati su vasta scala che potranno essere di grande ausilio sia nella identificazione di nuovi trattamenti sempre più precisi e mirati, sia nello sviluppo di progettualità clinico-sperimentale autonome ed anche no-profit.



LA SFIDA DELL'INNOVAZIONE - I grandi cambiamenti in sanità

La nostra Sanità si basa sempre più sull'evidenza organizzativa, sull'evidenza strutturativa e dei percorsi. Forse mai come ora il Servizio sanitario nazionale, e le sue declinazioni regionali, sono stati al centro di trasformazioni tanto epocali, a causa di quanto appreso con la pandemia ma non solo, e nella necessità di rafforzare quanto più possibile la cura, ma soprattutto la prevenzione e la riabilitazione. E tutto questo non può che avvenire nel segno dell'innovazione, con modelli gestionali e strutturali nuovi.

Per quanto riguarda l'innovazione gestionale, il perno del cambiamento gravita intorno ad una nuova organizzazione della medicina territoriale: il DM 71, che è stato appena approvato, e i fondi del PNRR destinati alle strutture intermedie di prossimità, danno una spinta forte a tutte le dinamiche di trasformazione sia a livello centrale che a livello regionale.

Per quanto riguarda invece l'innovazione tecnologica, la pandemia e i fondi PNRR sicuramente hanno dato l'accelerata necessaria per far sì che l'innovazione tecnologica non rappresenti l'effimero utilizzo tecnico di devices o delle mere piattaforme, ma cambiando radicalmente approccio passi dal semplice tecnicismo ad un vero e proprio strumento di cura orientato al paziente. Per realizzare la medicina di prossimità e per supportare i professionisti nel realizzarla non vi è altra via che l'utilizzo di tecnologie intuitive, semplici da utilizzare e smart adattabili a tutti i target della popolazione.

L'esperienza del Molise

Il sistema sanitario regionale ha retto durante la pandemia e ha dato il meglio di sé in particolare modo nella gestione dei tamponi e nella campagna vaccinale in cui il Molise è stata una delle regioni più virtuose d'Italia. Il PNRR ha dato linfa al SSR per mettersi alle spalle i continui mancati investimenti sulle infrastrutture e sulle tecnologie, che si sono acuiti nel momento in cui il sistema ha dovuto affrontare la pandemia.



L'unica via per diminuire la fuga dei pazienti in altre Regioni è quella di aumentare l'attrattività del sistema sanitario, in particolare quello pubblico, verso i professionisti tale da consentire di riempire le Unità operative dell'ospedale del territorio di personale giovane motivato e preparato.

Compito della governance regionale sarà inoltre quella di farsi interpreti responsabili dell'attuazione della mission 6 del PNRR e dell'integrazione tra i progetti e le risorse assegnate condividendo le scelte di politiche sanitarie con tutti gli attori del territorio.

L'esperienza del Lazio

Con il piano riorganizzativo, che vede impegnati 700 milioni di euro fino al 2026, il sistema sanitario della Regione Lazio cambierà e si evolverà profondamente, permettendo di costruire risposte adeguate ai bisogni di salute e alle esigenze di cura dei territori.

Tramite Case e Ospedali di Comunità, Centrali operative territoriali e strutture per lo sviluppo della telemedicina e dell'assistenza sanitaria territoriale, sarà possibile davvero realizzare una nuova sanità che guardi ai bisogni delle persone. La governance regionale ha deciso di puntare su un'offerta sempre più di prossimità con l'estensione dell'assistenza domiciliare e un'integrazione più efficace tra la rete ospedaliera aziendale e territoriale, attraverso la presenza di strutture intermedie e tecnologie avanzate.

L'esperienza dell'Abruzzo

L'emergenza Covid è stata un'esperienza drammatica, ma anche un grande stress-test per l'intero sistema ospedaliero e territoriale abruzzese, che ha dato però una spinta decisiva ai piani di innovazione tecnologica in sanità. Il potenziamento della risposta ospedaliera, con l'aumento dei posti letto che ha consentito di fornire un'adeguata assistenza a tutti i pazienti positivi che hanno avuto necessità di ricovero, si è infatti accompagnato ad un ampio programma di riforma ed efficientamento delle infrastrutture tecnologiche, che hanno permesso di garantire la continuità assistenziale a molti malati cronici.



Già da aprile 2020, ad appena poche settimane dal primo contagio registrato in regione, l'Abruzzo ha avviato in forma sperimentale servizi di tele-visita, tele-salute, tele-monitoraggio, tele-assistenza per i pazienti diabetici e per quelli con disturbi dello spettro autistico. Questa esperienza ha permesso di istituzionalizzare poco dopo il sistema, con linee guida alle Asl abruzzesi sui processi organizzativi e attuativi della telemedicina, uniformando modalità di prescrizione, accesso, erogazione e registrazione.

In questo modo le aziende sanitarie possono predisporre modalità di intervento alternative o integrative a quelle ordinariamente strutturate, anche utilizzando interventi di tele-visita, tele-riabilitazione e attività compensative concordate, con particolare attenzione ai pazienti con disabilità e cronicità, e ai loro caregiver. Il SSR sta andando dunque verso una vera e propria rivoluzione tecnologica nella sanità, sempre più smart e a portata del cittadino.

REINVENTARE LE PROFESSIONI: I NUOVI COMPITI DEGLI OPERATORI DELLA SANITÀ E COME PROGRAMMARE LA FORMAZIONE SPECIALISTICA PER TUTTE LE PROFESSIONI PER SOSTENERE I CAMBIAMENTI DEL PNRR

La pandemia prima e il PNRR poi hanno reso necessario una revisione dell'organizzazione dei modelli territoriali. In questo senso va anche la proposta del Ministero della Salute presentata in questi giorni che si dovrebbe concretizzare nel D.M. 71. Per quanto riguarda l'area della specialistica ambulatoriale interna, le realtà territoriali strutturate, come i poliambulatori distrettuali, le Case della Salute e altri modelli complessi multiprofessionali rappresentano il luogo per l'erogazione di attività specialistiche che necessitano di tecnologie sanitarie anche complesse (radiologia, piccola chirurgia, eccetera).

Il modello di riferimento sono le équipes specialistiche territoriali che possono superare il paradigma strettamente prestazionale, garantendo il lavoro in équipe, rispondendo alle crescenti necessità specialistiche di presa in carico del paziente nell'ambito delle cure primarie ed intermedie, senza ricorrere alle risorse ospedaliere e porre le basi per futuri modelli di gestione territoriale del paziente anziano e cronico.



In questo nuovo contesto sanitario assume un ruolo di primaria importanza la figura dell'infermiere, che finalmente non solo viene preso in considerazione nella sua professionalità, ma che diventa soggetto primario in grado di offrire la giusta assistenza al malato. L'obiettivo è garantire assistenza costante, senza lasciare mai solo nessuno e quindi operare per la prevenzione, partendo da quei pazienti con cronicità semplici fino a chi ha patologie più complesse.

Per tutti il punto di riferimento sarà nelle Case di comunità, negli Ospedali di comunità e nell'Assistenza domiciliare integrata (Adi), quindi nelle cure domiciliari di II e III livello, nelle cure palliative e negli hospice.

Le Case di comunità oggi non raggiungono le 500 unità (se ne contano 489 nell'intero Paese), ma la previsione è che ce ne sia una ogni 20mila abitanti. Ciò significa che grazie ai fondi del Recovery Plan si potranno attivare altre 1.300 case di comunità entro il 2026.

Il progetto per riuscire in questi obiettivi è un team multidisciplinare formato da medici di medicina generale, specialisti, infermieri di famiglia e comunità, nonché altri professionisti della salute e assistenti sociali. Il tutto tenendo presente che l'età media del paziente aumenta. Ma anche tenendo presente che il bisogno di cure non è solo dell'anziano.

Il focus dell'infermiere di famiglia è l'intera comunità, diventandone punto di riferimento. Già alcune regioni hanno legiferato introducendo la figura dell'infermiere di famiglia (come ad esempio l'Emilia-Romagna e la Puglia). Attualmente però manca una linea nazionale ed unitaria, che obblighi le regioni a procedere tutte nella stessa direzione.

Al fine di assicurare il percorso individuato dal PNRR, occorre invece muoversi tutti nello stesso senso. A tal proposito è necessario prevedere una formazione specifica e una competenza clinica maturata sul campo, un infermiere specialista per aree di competenza così da poter operare tanto nell'urgenza quanto nella prevenzione, che si occupi del coordinamento dei servizi, ma anche della gestione e del monitoraggio dell'assistenza alla persona.



La Farmacia italiana, durante la pandemia, ha potenziato l'erogazione di nuovi servizi in risposta alle esigenze del sistema sanitario e della popolazione. Servizi come, ad esempio, la telemedicina e all'offerta di nuove prestazioni quali la somministrazione di tamponi e vaccini. È ora necessario rendere strutturali questi servizi e attivare un processo di piena integrazione della farmacia nel SSN. La farmacia, infatti, ha dimostrato di essere un presidio in grado di adeguarsi al mutato contesto sanitario e di poter dare un contributo importante all'efficienza del sistema. Una riforma sanitaria come quella progettata con il PNRR non potrà non tenere conto della metamorfosi subita negli ultimi anni dalle farmacie e del ruolo fondamentale che ricoprono capillarmente su tutto il territorio nazionale.

LA TELEMEDICINA NEGLI OSPEDALI: COLLANTE PER UN NUOVO DM 70

Diverse sono le prestazioni supportate dalla telemedicina: tele-visita, tele-assistenza, tele-monitoraggio, tele-consulto, eccetera, particolarmente fruibili in ambito di presa in carico delle cronicità con l'obiettivo di supportare gli assistiti nel percorso domiciliare superando le necessità di accesso ad ambiti specialistici (ospedali, ambulatori, eccetera) a favore di un processo di deospedalizzazione.

Sicuramente non è possibile superare completamente gli atti assistenziali consueti, ma in molti casi possono facilitare una presa in carico coordinata anche in zone interne rurali o disagiate oltre a un monitoraggio che favorisca la presa in carico in caso di riacutizzazioni o bisogni emergenti. La telemedicina è destinata ad essere lo strumento necessario per il personale sanitario, dagli specialisti ai medici di famiglia agli operatori delle professioni sanitarie ai farmacisti e per questo occorre programmare percorsi di formazione comune per un utilizzo condiviso, che sia efficace, reinventando anche percorsi, ruoli e competenze.

Un recente esempio di applicazione della "telemedicina" è la presa in carico domiciliare durante la pandemia Covid: in molte realtà si è basata sull'utilizzo di applicazioni di telemedicina sia per rilevazione di parametri vitali sia per attività di tele-visita che per condivisione e tele-consulto tra medici curanti e specialisti ospedalieri con risultati positivi.



L'esperienza dell'implementazione della telemedicina è stata quindi strettamente legata all'avanzare della pandemia Covid.

Di telemedicina si parla da tempo all'interno del SSN ma recenti sono le applicazioni massive, così come recente è l'individuazione di sistemi tariffari e di rendicontazione che costituiscono il necessario corollario per uscire da esperienze di tipo meramente sperimentale.

Telemedicina nel PNRR

Il potenziamento dell'assistenza domiciliare, obiettivo dichiarato del PNRR, e la presa in carico delle patologie croniche, richiede un largo uso di strumenti digitali per la gestione a distanza del paziente.

La telemedicina, al cui sviluppo il PNRR destina 1 miliardo, rappresenta, dunque il futuro, anche nell'ottica di ridurre i costi e smaltire più velocemente le liste di attesa.

Gli investimenti nella sanità digitale sono destinati a crescere. La spesa è già cresciuta nel 2020 del 5% fino a 1,5 miliardi e le previsioni parlano di 4 miliardi nel 2024, ma per avere la resa migliore di tali investimenti occorre superare alcune criticità.

La principale criticità è data dalla carenza di medici ed infermieri, sia in termini quantitativi che di formazione, per gestire in maniera ordinaria strumenti innovativi in nuovi modelli organizzativi.

Oggi il Digital Economy and Society Index pone l'Italia al 20° posto su 27 Stati membri dell'UE riguardo alle performance digitali, il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) è ancora poco conosciuto e poco utilizzato, lo stesso accesso alla banda larga è, come l'esperienza della Didattica a distanza (DAD) ha dimostrato, di gran lunga inferiore alla media europea, rischiando di aumentare le diseguaglianze sociali e culturali tra le Regioni.



La Telemedicina per la gestione delle emergenze: atto assistenziale e sostenibilità economica

Il ruolo della telemedicina all'interno della medicina moderna sta assumendo sempre maggiore importanza. L'emergenza legata alla pandemia Covid-19 ha fatto emergere ulteriori problematiche; la necessità di limitare gli ingressi nelle strutture sanitarie, l'esigenza di poter fornire cure adeguate in maniera più diffusa possibile e il tentativo di ridurre il periodo di ospedalizzazione doveva andare parallelo al garantire la massima sicurezza per i nostri pazienti e al proseguimento nella diagnosi, trattamento e follow up di tutte quelle patologie non-Covid.

Tutto questo ha costretto i professionisti in maniera sempre più frequente ad appoggiarsi a sistemi di telemedicina, dando così un nuovo sprint alla ricerca in questo campo. Questo ha destato interesse anche nelle Industrie che si sono ingegnate a studiare sistemi capaci di andare incontro alle attuali necessità.

È vero però che queste tecnologie sono ancora legate a costi non trascurabili per il sistema sanitario, è quindi bene considerare l'altro lato della medaglia. Questi sistemi sono in grado di fornire servizi consentendo di raggiungere i pazienti a prescindere dalla loro localizzazione geografica evitando ad essi di recarsi nelle strutture ospedaliere in una buona parte dei casi.

E se questo consente al singolo paziente di poter ampliare la propria scelta sanitaria, dall'altra parte consente un risparmio sugli ingressi nelle strutture sanitarie, con tutti i costi specifici, e sui costi sociali legati all'organizzazione familiare.

La telemedicina rappresenta oggi un formidabile strumento anche nel mondo di chi gestisce l'emergenza, consentendo di perseguire gli obiettivi cardine dei sistemi di emergenza/urgenza attraverso nuove applicazioni.

Accuratezza del triage, appropriatezza degli interventi, ottimizzazione delle risorse ed abbattimento dei tempi di gestione sono obiettivi storici che, grazie alle nuove applicazioni di telemedicina, appaiono oggi più facili da perseguire.



Il paziente terminale: come gestire gli ultimi giorni di vita a casa grazie ad una nuova Home Care oltre l'ADI

La telemedicina e la gestione domiciliare rappresentano uno strumento molto utile per accompagnare gli ultimi giorni di vita di un paziente, perché riuscire a garantire l'adeguata assistenza medica e al contempo permettere al paziente di stare a casa accompagnato dai familiari in questo difficile momento può essere molto importante per il paziente e per chi gli è vicino.

Il paziente in fase terminale di malattia ha però la necessità di una équipe multispecialistica, composta dalle varie figure professionali che si prenderanno cura di lui. L'obiettivo della gestione domiciliare integrata (ADI) è dare dignità all'ultima fase della vita attraverso la cura dei sintomi e della persona. La Campania ha un programma molto avanzato da questo punto di vista. Infatti, solo nel 2021 la U.O.S.D. Cure Palliative domiciliari della ASL NApoli1 Centro ha assistito oltre 2.000 pazienti in tutta la città di Napoli sia con patologia oncologica che con patologia neuromuscolare.

SESSIONE MONDO SANITA'

LA MEDICINA DI PROSSIMITÀ IN ONCOEMATOLOGIA: LE PROSPETTIVE IN REGIONE CAMPANIA

Il punto di vista del Medico di Medicina Generale

Il medico di medicina generale (MMG) riveste un ruolo chiave in tutte le fasi della malattia tumorale, dalla prevenzione alla diagnosi alla condivisione dell'approccio terapeutico e al monitoraggio del paziente per la diagnosi precoce di eventuali recidive di malattia. Inoltre partecipa all'attivazione e alla effettuazione dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) nei vari livelli di complessità per la continuità della cura e gestisce le fasi finali della vita, quando le terapie finalizzate alla guarigione o al contrasto della patologia sono divenute inefficaci.



Va quindi sottolineato il ruolo strategico del medico di medicina generale in ogni fase del percorso di cura e di assistenza del paziente oncologico in un'area complessa come l'Oncoematologia.

Il MMG ha inoltre il vantaggio di poter avere un rapporto di fiducia che instaura nel tempo con il paziente e una maggiore conoscenza dei suoi stili di vita. In virtù di questo il medico di medicina generale è l'operatore sanitario in grado di svolgere un "counselling" appropriato e continuo. Il medico di medicina generale è inoltre la figura atta ad informare e formare i propri pazienti sull'opportunità di sottoporsi agli screening previsti a livello nazionale e regionale per la diagnosi precoce delle patologie oncologiche ed essendo a conoscenza dell'anamnesi familiare del paziente può promuovere la prevenzione mirata per le patologie oncologiche ad impronta genetica.

Il medico di medicina generale inoltre è molto spesso colui che formula la prima ipotesi di sospetta patologia neoplastica ed ha pertanto un ruolo strategico nella diagnosi precoce delle patologie, prescrivendo sulla base dei sintomi manifestati dal paziente la procedura diagnostica appropriata ed attivando l'invio allo specialista per la definizione del percorso diagnostico e terapeutico.

Una volta definite le possibili opzioni terapeutiche, il medico di medicina generale accompagna il paziente, informandolo puntualmente sui rischi e sui benefici connessi alle diverse opzioni e alle possibili sequele, al fine di consentire una libera e consapevole scelta. Segue, quindi, il paziente durante tutto il percorso terapeutico, in particolare rispetto all'adesione alla terapia, alla presenza e alla successiva gestione degli effetti collaterali delle terapie farmacologiche o dei postumi di eventuali interventi chirurgici così come, eventualmente, nella gestione della terapia del dolore.

Il medico di medicina generale, nella fase di follow up, è attento all'adesione del paziente al percorso diagnostico e a rilevare segni o sintomi sospetti per la diagnosi precoce della eventuale recidiva della malattia. Inoltre è di ausilio al paziente nel gestire la propria ansia rispetto alla possibile ricomparsa della malattia, attraverso un'informazione corretta che tenga conto anche delle modalità con cui il paziente gestisce i propri problemi di salute.



Infine accompagna il paziente nelle fasi più avanzate e terminali della malattia, quando il paziente ha maggiore necessità di una presa in carico globale se non per una guarigione “impossibile” per una qualità della vita da promuovere.

Tutto questo però è possibile soltanto di un contesto di stretta collaborazione e continuo dialogo tra MMG, specialisti e team multidisciplinare.

La Rete oncologica campana, a cui molti medici di famiglia hanno aderito, è un utilissimo strumento di integrazione professionale in tal senso.

Il punto di vista dello Specialista ospedaliero

Attualmente lo specialista viene chiamato in causa dal momento di una sospetta diagnosi. Da questo momento in poi è tutto a carico dello specialista. Questo però sviluppa diverse problematiche perché il percorso che va dalla diagnosi al follow-up dovrebbe essere condiviso con il territorio.

Le nuove tecnologie come la telemedicina, la tele-visita, eccetera, sono in grado di offrire questa possibilità.

È quindi necessario riorganizzare i percorsi perché non siano solo ospedalocentrici ma condivisi tra ospedale e territorio con il MMG che sfrutta al meglio la sua vicinanza al paziente per determinati ambiti e lo specialista che, naturalmente oltre il suo ruolo riguardo la terapia e la diagnosi, si fa regista e garante del percorso complessivo del paziente.

Riuscire in questo porterebbe vantaggi per il paziente migliorandone la qualità di vita e diminuendone il dispendio di energie, ma porterebbe vantaggi anche dal punto di vista economico sbloccando risorse da poter utilizzare così nelle terapie più innovative che spesso richiedono un investimento superiore di risorse rispetto a quelle attuali. Un traguardo per il futuro necessario e che potrebbe essere attuato in un futuro molto vicino grazie agli investimenti dati dal PNRR.



Il punto di vista del Farmacista ospedaliero

Avvicinare le cure al paziente è possibile, per riuscire in questo però è necessario avvicinare anche i farmaci al paziente. Da questo punto di vista l'emergenza data dal Covid-19 ha dato un importante impulso, portando alla consegna dei farmaci al domicilio del paziente (home delivery).

La farmacia ospedaliera/territoriale può organizzare la consegna diretta a seguito della prescrizione medica. In tal modo si evita che il paziente si reca in ospedale per il ritiro. Questo sistema rende più agevole la gestione della terapia evitando anche il coinvolgimento del caregiver.

Esperienze di domiciliatura di farmaci oncologici somministrati sottocute hanno confermato la safety degli stessi, previa valutazione da parte del clinico del setting di cura. Ciò chiaramente deve essere confermato dalle schede tecniche dei farmaci (Agenzie Regolatorie) che, all'atto autorizzativo, devono prevedere la somministrazione a domicilio anche disponendo di una forma farmaceutica di pronto uso (farmaco+dispositivo di somministrazione). In tal senso le aziende farmaceutiche dovrebbero presentare dossier regolativi che riportino studi clinici in tal senso.

Gli esperti intervenuti nel panel hanno sottolineato però che rendere più accessibile un farmaco non significa poi esautorare alcune figure delle proprie responsabilità, infatti secondo gli esperti la prescrizione dei farmaci di fascia H deve rimanere in carico al medico specialista e la gestione in carico al farmacista ospedaliero.

Tutto questo però deve essere svolto garantendo anche la sostenibilità del sistema. Infatti, prima di poter applicare questo sistema di distribuzione è necessaria una valutazione da parte di chi sostiene i costi. Per evitare di gravare eccessivamente sulle casse del SSR si potrebbe prevedere anche una partnership pubblico-privato.



Con le nuove strutture che nasceranno grazie ai fondi del PNRR sarà inoltre necessario chiarire nelle Case di Comunità e negli Ospedali di Comunità quali terapie oncologiche si possono somministrare (“bassa complessità” intesa come modalità di somministrazione o anche terapie infusionali). E prevedere inoltre in questo percorso di continuità la presenza del farmacista ospedaliero/territoriale nella telemedicina con particolare riferimento al counselling (corretta gestione della terapia, interazioni tra farmaci, eventuali reazioni avverse) e all’aderenza alla terapia.

Il punto di vista del Referente regionale

Le strategie terapeutiche in campo onco-ematologico hanno innegabilmente fatto passi da gigante negli ultimi 10-15 anni.

La prognosi di una gran parte di neoplasie è migliorata in maniera notevole, con importanti incrementi delle sopravvivenze libere da malattia, delle risposte obiettive ai trattamenti e delle sopravvivenze globali, a fronte di un miglioramento della aderenza ai trattamenti e della qualità di vita dei pazienti. Tutto questo ha piano piano portato a parlare di “cronicizzazione” di molte patologie neoplastiche, spesso con trattamenti che durano anni e che inevitabilmente fanno ragionare di presa in carico globale del paziente, di riduzione degli accessi alle strutture ospedaliere, di medicina di prossimità, di ri-organizzazioni territoriali.

L’ottica dal punto di vista gestionale è quella di curare meglio, ottimizzare e semplificare gli spostamenti dei malati, ridurre il ricorso alle Strutture ospedaliere specialistiche, migliorare l’offerta della Medicina del territorio.

La pandemia ha acuito molti di questi problemi inducendo gli stakeholders principali a ragionare di allocazioni e riallocazioni di risorse, umane e non, ottimizzazione e velocizzazione dei percorsi, implementazione delle modalità comunicative, in primis quella digitale: una miriade di processi e percorsi che necessitano di una regia. La Regione Campania sta lavorando in questa ottica, la Rete Oncologica Campana è ormai una rete ben consolidata, un esempio virtuoso capace di rispondere a questa rivoluzione culturale e sociale.



L'ESEMPIO DELLA BPCO: FOCUS NOTA 99

La bronco-pneumopatia-cronico-ostruttiva (BPCO) fra le patologie croniche è caratterizzata attualmente e purtroppo da un ruolo ancillare, ci sono criticità nella diagnosi e nel trattamento non perché manchino gli strumenti, ma la cultura.

I LEA da poco hanno riconosciuto la BPCO come una patologia cronica. Non si può però pensare che la gestione di queste patologie sia responsabilità del singolo medico di medicina generale. È necessario da parte di tutti i medici un grosso sforzo organizzativo e l'utilizzo di strumenti diagnostici nello studio medico, il cui utilizzo in una logica di medicina di iniziativa e gestione proattiva della gestione cronica deve trovare uno sbocco contrattuale.

La situazione campana

In Campania riguardo la BPCO, attraverso una specifica progettualità realizzata su tutto il territorio regionale (Progetto AGIRE), si sta affrontando il problema della correttezza della diagnosi a partire dal setting della Medicina Generale integrato con il secondo livello degli specialisti pneumologi. Questa progettualità nelle sue due componenti di infrastruttura tecnologica e di formazione sul campo, è in avanzata fase di realizzazione e potrà dare una adeguata risposta alle indicazioni prescrittive contenute nella Nota AIFA 99 che richiede, appunto, una stratificazione funzionale dei pazienti attraverso un esame spirometrico basale (nel setting della Medicina Generale) e, ove necessario, una valutazione di secondo livello nel setting specialistico.

La situazione siciliana

Il PDTA della Sicilia è stato approvato di recente, però nonostante questo strumento gestionale la regione non si trova in una situazione di vantaggio rispetto alla regione Campania. Questo è dovuto al ritardo nell'organizzazione dei medici di medicina generale e ora la Regione sta affrontando il problema.



In Sicilia la criticità maggiore si vive riguardo il paziente respiratorio critico che va incontro a una fase estrema della malattia. Sono pazienti che necessitano di supporti vitali per poter continuare a vivere.

Il SSR ha un'organizzazione molto lenta, che non è in grado di dare risposte. Tutto questo potrebbe essere risolto con un approccio diverso. In Regione sono presenti circa 150 pazienti all'anno che spesso arrivano in ospedale per problemi attinenti alla loro problematica clinica e per problemi collaterali che potrebbero essere risolti sul territorio. Quelli che vengono ricoverati, una volta dimessi, devono inoltre avere la garanzia di una continuità di cura.

INNOVAZIONE E SOSTENIBILITÀ IN ONCOLOGIA: GLI ESEMPI DEL BREAST CANCER E CAR-T

CAR-T

La terapia CAR-T rappresenta una nuova frontiera dell'immunoterapia, con risposte significative in pazienti con leucemia linfoblastica acuta e linfoma a grandi cellule senza altra possibilità terapeutica. Rappresenta quindi una terapia salvavita per una consistente percentuale dei pazienti che sono sottoposti a questo trattamento che non avrebbero altra possibilità terapeutica.

L'esperto intervenuto durante questa sessione ha sottolineato l'importanza del compito che deve svolgere il Ministero della Salute come "garante". Infatti, l'istituzione ha già attivato una specifica commissione il cui compito sarà la verifica del rispetto dei criteri AIFA, ente regolatore deputato al proposito, ed alla vigilanza sulla capacità dei centri che la effettueranno, di assicurare in sicurezza la terapia anche grazie ad un addestramento del team dedicato fatto in collaborazione con le aziende produttrici.



Altro compito del Ministero sarà di assicurare un adeguato Fondo per l'innovazione oncologica che possa far fronte alle coperture economiche derivare dai farmaci innovativi, alla monitorizzazione in collaborazione con la commissione stato-regioni della situazione in corso d'opera, come fatto per altre terapie come quelle per l'epatite C, e di individuare con le regioni stesse future necessità organizzative nel caso di introduzioni di terapie CAR-T o similari per il trattamento di altre patologie quali per esempio il mieloma multiplo, la leucemia linfatica cronica e alcuni tumori solidi.

BREAST CANCER

Il carcinoma mammario è la neoplasia più frequente tra le donne (meno frequente nell'uomo) ed è potenzialmente grave se non individuata e curata in tempo. Può essere invasivo se esteso o non invasivo se localmente delimitato, ed è classificato in 5 stadi, da 0 a IV. Tra questi, i più pericolosi sono lo stadio III - che comporta l'estensione del tessuto canceroso già al di fuori del seno - ed il IV caratterizzato da metastasi in fase avanzata.



Grazie alla diagnostica moderna accompagnata dalle più recenti terapie innovative, il tasso di sopravvivenza relativo al tumore al seno è aumentato costantemente negli ultimi anni, tanto che se il tumore viene identificato in fase molto precoce la sopravvivenza a 5 anni nelle donne trattate è pari al 98%.

Il panorama terapeutico contro il tumore alla mammella si sta popolando sempre di più. Oltre ai farmaci attuali, nei prossimi 4-5 anni ne disporremo di molti altri ancora. La ricerca ha poi dimostrato che questi tumori dovrebbero sempre essere trattati da team multidisciplinari. La Regione Campania sta lavorando in quest'ottica, tanto è vero che la Rete Oncologica Campana è ormai una rete ben consolidata, un esempio virtuoso capace di rispondere a questa rivoluzione culturale e sociale.

INNOVAZIONE E CRONICIZZAZIONE DI MALATTIE AD ALTO IMPATTO SOCIO-ASSISTENZIALE: IL CASO DELL'HIV E LE MALATTIE EPATICHE CRONICHE

Secondo le più recenti stime della WHO, le patologie infettive epatiche croniche (epatite B ed epatite C) sono ancora oggi responsabili di più di 1.000.000 morti all'anno e l'infezione da HIV/AIDS è causa di circa 700.000 decessi all'anno. Tutte queste infezioni croniche, sebbene diverse per sintomatologia e organo bersaglio, presentano diversi punti in comune: possibilità di essere trattate con farmaci che ne riducono o azzerano sia l'evoluzione in forma grave (cirrosi epatica per epatiti C ed epatite B ed Aids per infezione da Hiv) che la contagiosità.

È quindi necessario implementare strategie di diagnosi precoce e screening delle infezioni da virus dell'epatite B, epatite C e Hiv, che presentano vantaggi enormi sia per il singolo, con riduzione della morbilità e mortalità per cirrosi epatica e Aids, che per la comunità con la riduzione della probabilità di trasmissione di tali gravi infezioni. Disponiamo di test affidabili, semplici e poco costosi di infezione, sia per la diagnosi delle epatiti croniche che per Hiv/Aids.



Per l'epatite C ci sono farmaci che assicurano l'eradicazione completa dell'infezione in una percentuale superiore al 95% dei pazienti trattati con un eccellente profilo di sicurezza e tollerabilità.

Per l'epatite B e l'infezione da Hiv si dispone di farmaci che assicurano il controllo virologico nella quasi totalità dei casi con eccellente tollerabilità. Tuttavia, tali farmaci vanno assunti continuamente, non essendo possibile eradicare tali infezioni, al contrario di quanto avviene per l'epatite C.

In particolare, nel paziente con infezione da Hiv/Aids, assumere farmaci che azzerano la carica virale rende il paziente non contagioso e quindi aumenta la qualità della vita potendo tali pazienti avere una vita sessuale piena. Ma esiste difficoltà da parte dei SSR a intercettare pazienti in fase precoce a causa di un lungo periodo in cui il soggetto non presenta alcun sintomo. Durante tutto questo periodo la malattia progredisce nel singolo paziente verso le fasi gravi, a volte in maniera irreversibile e mortale e, inoltre, lo stesso soggetto può infettare altre persone perché inconsapevole della sua patologia.

Anche i test diagnostici si stanno evolvendo, ad esempio in alcuni setting, in cui il prelievo di sangue può risultare complesso, vi è la possibilità di utilizzare test salivari che presentano alta attendibilità rispetto al test di riferimento e forniscono la risposta in pochi minuti.

Per quanto riguarda l'epatite C, il Decreto Milleproroghe ha anche reso gratuito lo screening in alcune fasce di età o indipendentemente dall'età in presenza di specifici fattori di rischio. La regione Campania, con un tavolo tecnico ad hoc, sta declinando le strategie più efficaci di utilizzo dello screening dell'epatite C, per avvicinarsi, grazie a corretti percorsi di linkage-to-care, all'obiettivo del controllo e, idealmente, dell'eliminazione dell'epatite C.

L'infezione da Hiv/Aids e le malattie epatiche croniche, soprattutto le patologie epatiche croniche virus correlate rappresentano molto bene due entità nosografiche in cui la cronicizzazione della malattia, legata alla persistenza dell'agente infettivo nel paziente, abbia determinato i quadri clinici spesso devastanti e con letalità elevata.



Attualmente le patologie epatiche ed immunosoppressive rappresentano molto bene quanto l'innovazione del bagaglio terapeutico, nuovi farmaci antivirali, abbia cambiato l'impatto socio-assistenziale delle stesse patologie. L'innovazione è stata determinata dalla continua ricerca scientifica, dagli aggiornamenti di percorsi assistenziali e terapeutici, dalla messa a punto di nuove tecnologie.

TELEMEDICINA COME STRUMENTO DI CAMBIAMENTO DEL SSN: VERSO UNA NUOVA MEDICINA

La telemedicina, come ogni grande innovazione, comporta una gestione del cambiamento molto significativa. Il sistema sanitario si trova di fronte ad un cambio di paradigma in cui le tecnologie sono la cornice, lo strumento trasversale, non il fine. È fondamentale cambiare radicalmente i processi clinico-assistenziali, attuare nuovi modelli organizzativi, sviluppare ed applicare le competenze digitali degli addetti ai lavori. Gli strumenti tecnologici a supporto della telemedicina sono maturi, ma da soli non bastano. Andrebbero analizzati alcuni punti forse ancora critici:

- Sono maturi gli utilizzatori?
- Il personale sanitario è pronto a questo cambiamento?
- Gli assistiti hanno fiducia in questo nuovo modello di cura?

Occorre molta formazione, informazione e organizzazioni, altrimenti si rischia un fallimento che il sistema sanitario non può permettersi, soprattutto oggi, dopo due anni di pandemia che hanno aperto scenari innovativi prima neanche ipotizzati, soprattutto oggi, con la disponibilità di risorse economiche, anch'esse mai neanche ipotizzate.



Telemedicina e DM71

Per far sì che la telemedicina diventi uno strumento a servizio degli operatori (obiettivi del PNRR) in linea con il 'DM71' (Riforma Sanità Territoriale) è necessario immaginare la telemedicina integrata con piattaforme digitali di nuova generazione, realizzate con approccio green field e supportate da tecnologie oramai consolidate come l'intelligenza artificiale (AI) ed il Natural Language Processing (NLP) in modo da affiancare in maniera efficace il personale clinico e supportare i livelli decisionali regionali e centrali.

La Telemedicina sul territorio: esempi di applicazione

L'utilizzo di approcci multicanale nell'offerta di servizi deve accompagnare tutti i cittadini verso un modello di Sanità digitale e promuovere un cambiamento culturale tra tutti gli attori dell'ecosistema.

La Regione Campania è partita con il teleconsulto già nel 2016 con il progetto di "Ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle piccole isole ed in altre località caratterizzate da eccezionale difficoltà di accesso", seguito dall' "Osservatorio Salute isole Campane" tra i cui compiti vi è anche quello di assicurare un utilizzo moderno del teleconsulto per la riorganizzazione e l'innovazione digitale dei servizi sanitari, garantendo anche un più efficiente ed efficace raggiungimento dei LEA.

Il cambiamento di paradigma nei sistemi sanitari comporta un diverso focus nei livelli di cura e nei percorsi di salute, con il passaggio dalla centralità dell'ospedale per le cure intensive al territorio e alla continuità assistenziale presso il domicilio del cittadino.

Il monitoraggio dello stato di salute, la prevenzione di situazioni critiche e il supporto ad attività quotidiane devono rappresentare oggi il nuovo livello sanitario.



I servizi di telemedicina, in particolare puntano a:

- intervenire in una fase precoce della malattia attraverso il monitoraggio e quindi ridurre il tasso di aggravamento e di mortalità;
- ridurre il numero di giorni di degenza ospedaliera;
- razionalizzare le decisioni attraverso la consultazione a distanza con gli specialisti;
- ridurre il costo della cura del paziente.

A partire dal 2016, la Regione ha scelto di innovare, step by step, prima il sistema dell'emergenza ospedaliera con il progetto di teleconsulto per le Isole minori e zone con particolare difficoltà di accesso che prevede di dotare le strutture sanitarie di Procida, Ischia e Capri di moderne tecnologie di teleconsulto, al fine di assicurare una comunicazione efficace tra personale on-site e remoto, e la condivisione di tutte le informazioni necessarie per supportare il personale sanitario in una diagnosi quanto più veloce e precisa.

La naturale estensione del sistema di teleconsulto è il progetto integrato di telemedicina sviluppato in collaborazione tra Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR della Regione Campania e So.Re.Sa. S.p.A.

Le nuove linee guida ministeriali sulla telemedicina (dicembre 2020) sono quasi contestuali alla delibera 6 del gennaio 2021 con cui la Regione Campania formalizza l'intero processo di gestione medico e informatico del sistema telemedicina su piattaforma dedicata.

I servizi di telemedicina prevedono numerosi tipi di prestazioni erogate a distanza ognuna delle quali deve essere ricondotta al medesimo livello assistenziale che ne vede l'erogazione anche in presenza del paziente.



La tele-visita, il teleconsulto medico, la tele-consulenza medico-sanitaria, la tele-assistenza da parte di professionisti, la tele-refertazione completano l'originario nucleo di teleconsulto, partito proprio dall'Isola di Ischia, anticipando anche il core della componente 1 della Missione 6 del PNRR - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale.

La massima interoperabilità con i sistemi Regionali e Nazionali (tra i quali CUP Regionale dove già attivo, Fascicolo Sanitario Elettronico, Sistema TS) testimonia l'ampia visione e la lungimiranza di quanti questo progetto l'hanno voluto e fortemente sostenuto.

CONCLUSIONI

La settima edizione della Winter School 2022 di Napoli, dal titolo "Cambia la Sanità. Reinventare Processi, Ruoli e Competenze" è riuscita nel suo intento di generare una discussione ampia e trasversale tra i vari settori della sanità sulle necessità attuali e sulle progettualità future della sanità in Campania e non solo.

Quello che è emerso da questa tre giorni di dialogo e confronto è l'immagine di una sanità campana di valore che è riuscita a superare i momenti bui del commissariamento, mettendosi non solo al passo delle Regioni più virtuose ma riuscendo, grazie alla sua progettualità, a innovare.

Per esempio la rete oncologica, che prima non c'era, oggi è un modello efficiente e virtuoso grazie a un personale sanitario fortemente motivato a far funzionare bene le cose e che, nonostante le difficoltà oggettive, si è prodigato in mille modi.

Il Covid-19 e l'emergenza sanitaria da esso generata hanno messo a dura prova la sanità regionale, ma grazie ad una rapida riorganizzazione e allo sforzo congiunto di tutti i professionisti è riuscita a superare egregiamente, riuscendo nel contempo ad innovarsi nel modo di fare assistenza domiciliare.

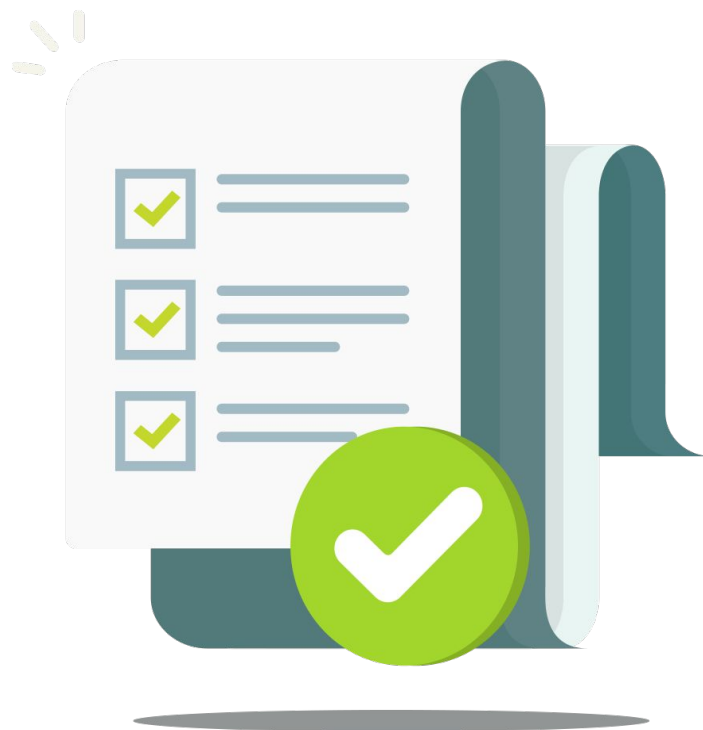


Entrando più nel dettaglio, ecco la “call to action” emersa e spiegata dagli esperti a fine lavori.

- **CONCENTRARSI SUL DISEGNO GLOBALE**
 - La logistica non deve venire prima dei processi, ma il processo deve arrivare prima della logistica.
- **EVITARE SPERIMENTAZIONI SPOT LOCALIZZATE**
 - In 30 anni di telemedicina in Italia abbiamo sviluppato soluzioni che qualche volta erano avveniristiche, ma a macchia di leopardo: dobbiamo puntare alla copertura territoriale.
- **SPENDERE BENE I SOLDI DEL PNRR**
 - Non buttiamo via i soldi che arriveranno dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR): sarà pure debito buono, ma è pur sempre un debito; abbiamo il diritto e il dovere di lasciare ai nostri figli e alle future generazioni un Servizio Sanitario Nazionale che funziona.
- **RICORRERE AL COINVOLGIMENTO DEI PAZIENTI**
 - Bisogna favorire il dialogo medico-paziente, puntando a una sanità partecipata.
- **NON SOTTOVALUTARE LA FORMAZIONE**
 - In una sanità sempre più digitale, la chiave per stare al passo con i tempi è formare contestualmente il personale sanitario.
- **AFFIANCARSI ALLA TECNOLOGIA**
 - Dobbiamo sempre puntare al nuovo e al meglio, con tutte le caratteristiche, senza dimenticare che la tecnologia è sì affidabile e certificata, ma invecchia.
- **PROTEGGERE LE INFORMAZIONI**
 - Il rispetto della privacy, trattandosi di dati sensibili, è fondamentale.



- INTEGRARE, INTEROPERARE
 - Se non siamo interoperabili, se i software non dialogano tra di loro, è difficile ottenere le informazioni necessarie per curare al meglio il paziente.
- MISURARE E GENERARE VALORE
 - Il fascicolo sanitario elettronico è necessario, ma non sufficiente per arrivare alla telemedicina.
- L'IMPORTANZA DELLA MEDICINA GENERALE
 - Con l'attuale convenzione già firmata si può fare il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR): il DM 71 permetterà alla Medicina generale di poter aderire a questo progetto importante.



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

Vincenzo Adamo, Coordinatore Rete Oncologica Siciliana (Re.O.S.) & Direzione Scientifica Oncologia A.O.Papardo, Messina

Antonio Amati, Direttore Generale Divisione IT Almaviva

Daniele Amoruso, Giornalista

Pierluigi Bartoletti, Vice Segretario Vicario FIMMG

Andrea Belardinelli, Responsabile Settore Sanità Digitale e Innovazione Regione Toscana

Rossana Berardi, Presidente Associazione Women for Oncology Italy, Professore Ordinario di Oncologia Università Politecnica delle Marche e Direttore della Clinica Oncologica Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona

Massimo Bisogno, Responsabile Ufficio Speciale per la crescita e la transizione digitale, Regione Campania

Carlo Borghetti, Vicepresidente Consiglio Regionale Componente III Commissione permanente - Sanità e politiche sociali, Regione Lombardia

Pietro Buono, Dirigente Staff tecnico Operativo Salute Regione Campania

Marco Luca Caroli, Coordinatore Nazionale SISAC

Nicola Coppola, Professore ordinario di Malattie infettive, Università della Campania Luigi Vanvitelli

Fiorenzo Corti, Vice Segretario Nazionale FIMMG

Enrico Coscioni, Presidente AGENAS e Consigliere del Presidente della Giunta Regionale per la Sanità, Regione Campania

Claudio Cricelli, Presidente Nazionale SIMG



Arturo Cuomo, Direttore del Dipartimento di “Supporto ai Percorsi Oncologici Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione “G. Pascale” Napoli Urgenza - SOREU di AREU

Vincenzo D’Amato, Direttore Generale AOU San Giovanni di Dio e Ruggi d’Aragona, Salerno

Antonio D’Amore, Direttore Generale ASL Napoli 2 Nord

Angelo D’Argenzio, Direzione Generale per la Tutela della Salute e il coordinamento del Sistema Sanitario Regionale

Bruno Daniele, UOC Oncologia Ospedale del Mare, Referente CIPOMO

Livio De Angelis, Direttore Regionale e Soccorso Pubblico 112, Regione Lazio

Michelino De Laurentiis, Direttore U.O.C. Oncologia Medica Senologica, Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione “G. Pascale” Napoli

Fausto De Michele, Direttore UOC Pneumologia e Fisiopatologia Respiratoria AORN “Antonio Cardarelli”, Napoli

Stefano De Riu, Consigliere Nazionale AMD

Paolo Delrio, Vicepresidente SIC

Pierino Di Silverio, Vice Segretario Regionale ANAAO ASSOMED Campania

Annamaria Ferriero, Dirigente UOD Attuazione del Piano regionale di assistenza sanitaria territoriale Regione Campania

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

Ferdinando Frigeri, Direttore UOSC Oncoematologia AORN Sant’Anna e San Sebastiano di Caserta



Francesco Gabrielli, Direttore Centro Nazionale per la Telemedicina e le Nuove Tecnologie Assistenziali, Istituto Superiore di Sanità

Giuseppe Galano, Direttore 118 Napoli e Presidente AAROI EMAC Sezione Regione Campania

Ivan Gentile, Professore Ordinario di Malattie Infettive - Università di Napoli Federico II

Antonino Giarratano, Presidente SIAARTI

Giulia Gioda, Direttore Mondosanità

Antonio Giordano, Direttore Generale AOU Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli

Valentina Guarneri, Professore Ordinario, Direttore della Scuola di Specializzazione in Oncologia Medica, Università di Padova

Gaetano Gubitosa, Direttore Generale AORN Caserta

Mario Iervolino, Direttore Generale ASL Salerno

Cristina Ingrassia, Partner Lifesciences Industry Leader, IBM Italia

Rossella Iommelli, Dirigente Ufficio Politiche del farmaco e dispositivi Regione Campania

Matteo Laringe, Medico di Medicina Generale Napoli

Lorenzo Latella, Segretario Cittadinanzattiva Campania

Rodolfo Lena, Presidente VII Commissione Politiche Sociali e Salute, Reg. Lazio

Walter Locatelli, Collegio Probiviri FIASO

Francesco Locati, Direttore Generale ASST Bergamo Est



Antonio Maddalena, Responsabile Rete Terapia del dolore presso ASL Napoli 1 Centro

Alessandro Malpelo, Giornalista

Santino Marchese, Presidente AIPO Sicilia

Antonio Maritati, Regione del Veneto

Ettore Mautone, Giornalista

Francesco Menichetti, Presidente GISA

Maurizio Migliari, Direttore SC Sale Operative Regionali di Emergenza

Anna Maria Minicucci, Direttore Sanitario AOU Policlinico Bari

Simona Mirarchi, Dipartimento tutela della salute e servizi sociale e socio-sanitari, Regione Calabria

Gennaro Mona, Coordinamento Interregionale OPI BASILICATA – CAMPANIA – MOLISE

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

Emanuele Nicastrì, Direttore UOC Divisione di Malattie Infettive ad Alta Intensità di Cura e Altamente Contagiose IRCCS INMI Spallanzani

Valentina Orlando, Professoressa Economia Sanitaria CIRFF Dipartimento di Farmacia Università Federico II Napoli

Fabrizio Pane, Professore Malattie del Sangue Facoltà di Medicina e Chirurgia Università “Federico II” Napoli

Gabriele Peperoni, Vice Presidente SUMAI ASSOPROF



Alessandro Perrella, Direttore UOC Malattie Infettive Emergenti e ad alta contagiosità AORN Ospedali dei Colli P.O. D. Cotugno

Natalia Pianesi, Direttore Consulenza e Processi PA e Sanità Engineering Ingegneria Informatica S.p.A.

Gaetano Piccinocchi, Presidente Sezione Provinciale SIMG Napoli

Carlo Picco, Direttore Generale ASL Città di Torino

Paola Pisanti, Consulente Esperto Malattie Croniche, Ministero della Salute

Renato Pizzuti, Direttore Generale Azienda Ospedaliera Moscati di Avellino

Antonio Postiglione, Direttore Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale

Alfredo Procaccini, Vice Presidente Vicario Federfarma

Rodolfo Punzi, Direttore del Dipartimento di Malattie Infettive ed Emergenze infettivologiche dei Colli Presidio Ospedaliero Cotugno Napoli

Teresa Rea, Presidente OPI Napoli, Componente Commissione FNOPI

Carmine Riccio, Vice Presidente Nazionale ANMCO

Mariarosaria Romano, Dirigente UOD 04 Assistenza Ospedaliera - Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale

Ferdinando Russo, Direttore Generale ASL Caserta

Roberta Santaniello, Ufficio di diretta collaborazione del Presidente Regione Campania

Anna Sapino, Direttore Scientifico Istituto per la Ricerca e la Cura del Cancro di Candiolo (To)



Daniela Scaramuccia, Responsabile Pubblica Amministrazione e Sanità, IBM Consulting

Silvestro Scotti, Segretario Generale Nazionale FIMMG

Gennaro Sosto, Direttore Generale ASL Napoli 3 Sud

Luigi Sparano, Segretario provinciale FIMMG Napoli

Micaela Spatarella, Ufficio Politiche del farmaco e dispositivi Regione Campania

Maria Beatrice Stasi, Direttore Generale ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo

Alessandro Stecco, Presidente IV Commissione Sanità, Regione Piemonte

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

Donato Toma, Presidente Regione Molise

Pina Tommasielli, MMG ASL NA1 e Responsabile Medicina Territoriale Unità di Crisi, Regione Campania

Ugo Trama, Responsabile Farmaceutica e Protesica della Regione Campania

Maria Triassi, Presidente della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Napoli

Costantino Troise, Presidente Nazionale ANAAO ASSOMED

Gennaro Volpe, Presidente CARD e Direttore Generale ASL Benevento

Pasquale Zamprota, Head of Sales Digital Siemens Healthcare

Claudio Zanon, Direttore Scientifico Motore Sanità



Con il contributo incondizionato di:



WINTER
SCHOOL
2022
NAPOLI

