

DOCUMENTO DI SINTESI

WINTER SCHOOL 2022

OLTRE LA LOGICA DEI SILOS
PER UN'OFFERTA INTEGRATA DI SALUTE

 **10 e 11 FEBBRAIO**

 ALBERGO DELL'AGENZIA
VIA FOSSANO, 21
POLLENZO

MOTORE
SANITÀ

Mondosanità

POLLENZO



www.motoresanita.it



In collaborazione con



University of Gastronomic Sciences
Università degli Studi
di Scienze Gastronomiche

Con il patrocinio di



*Istituto Superiore
di Sanità*



Media Partner



Eurocomunicazione



RAZIONALE SCIENTIFICO

La pandemia attuale ha fatto comprendere a tutti come economia, politica e salute non sono elementi separabili e che soprattutto la salute è in grado di influenzare pesantemente qualsiasi tipo di futuro ci attenda in qualsiasi parte del mondo. In tutto questo pensiamo che l'integrazione, più che una parola chiave, sia una grande sfida futura.

Integrazione può voler dire mettere in ordine le priorità nel programmare la nostra società futura e rendere sostenibile tutto questo: la salute prima di tutto. Integrazione può voler dire mettere a fattor comune conoscenze ed informazioni fondamentali per la cura appropriata del paziente e per la prevenzione delle malattie. Integrazione può voler dire mettere a fattor comune competenze scientifiche sulla malattia e sulle nuove cure. Integrazione può voler dire dialogo tra chi fa ricerca, chi deve renderne sostenibili i risultati e chi deve fare scelte di programmazione delle risorse consapevoli. Integrazione può voler dire mettere a fattor comune saperi diversi che contribuiscano ad aprire gli orizzonti alla ricerca scientifica e che ne accelerino i risultati e le ricadute pratiche. Integrazione può voler dire costruire percorsi di cura stabilendo in maniera chiara competenze reciproche tra gli operatori che generano assistenza. Integrazione può voler dire distinguere fra la miglior terapia e la cura più adeguata per la persona malata. Integrazione significa passare dall'offerta di prodotto al servizio integrando bisogni e risposte e istituzioni e industria. Integrazione vuol dire costruire PDTA trasversali andando oltre la logica dei silos e verificare le necessità per soddisfare tutti gli step del percorso. Come si traduce tutto questo?

Ospedale-territorio deve essere tradotto in continuità delle cure; dispositivo medico e farmaco deve essere tradotto in strumento di cura e prevenzione/cura o medicina di precisione; silos budget deve essere tradotto in finanziamento appropriato e sostenibile dell'intero percorso di cura; tessera sanitaria/digitalizzazione deve essere tradotto in informazioni sanitarie facilmente condivise e complete su quel cittadino; PNRR deve essere tradotto in piano che ponga l'uniformità/equità di accesso al benessere per ogni cittadino, come obiettivo fondante.



E se integrazione è definibile come “Il TUTTO che è più della somma delle sue singole parti” *, questo significa maggior rispetto per ogni singola parte. Nella Winter School 2022, Motore Sanità vuole dare pari voce ad ogni singola parte per una vera integrazione oggi necessaria nel settore salute.

SALUTI ISTITUZIONALI

La sfida lanciata a Pollenzo dalle Istituzioni è quella di non commettere più gli errori del passato, la pandemia ha insegnato molto al Servizio Sanitario Nazionale. Alcuni dei temi principali su cui ragionare sono: i grandi risultati ottenuti grazie alla vaccinazione, la razionalizzazione della sanità evitando i tagli, dare la giusta importanza alle professioni sanitarie e costruire la medicina territoriale per essere più vicini al malato.

Due anni di pandemia hanno insegnato tante cose: la prima cosa è che non si taglia sulla sanità e questo è un insegnamento che le Istituzioni devono fare a se stesse prima di tutto. Bloccare il turnover non soltanto toglie linfa all'interno degli ospedali, ma crea una grave carenza che è stata registrata a livello nazionale. Quindi la prima cosa che le istituzioni devono fare è quella di investire sulle professioni sanitarie mettendo in evidenza le loro responsabilità e professionalità.

Ultima riflessione sulla medicina territoriale. In Piemonte il passaggio casa-ospedale non trova filtri territoriali e il medico di medicina generale, figura preziosissima del territorio, non veniva inserito all'interno di un contesto che lo mettesse nelle condizioni anche lui di lavorare in squadra. Le case della salute che il PNRR permette di costruire permetteranno di dare un servizio sanitario vicino alla gente e alle persone di andare in ospedale solo quando ne ha davvero bisogno. Questa è la logica con cui le istituzioni stanno lavorando.



CAP. 1 - LE SFIDE DELLA MEDICINA PERSONALIZZATA O DI PRECISIONE: DALLA PRESCRIZIONE SPECIALISTICA ALLA SOMMINISTRAZIONE DOMICILIARE, DAL FOLLOW-UP TERRITORIALE ALLA CONSULENZA OSPEDALIERA

1.1 - Qualità del cibo, Microbiota e Rigenerazione

L'alimentazione e la qualità del cibo sono parte integrante della salute delle persone. Per riuscire a stringere questo legame è necessario sviluppare un dialogo per un'interazione tra saperi scientifici e umanistici, per trovare soluzioni comuni. Oggi, secondo gli esperti, non è così. Molte volte questo dialogo è di sola vicinanza. Il problema vero è quello di integrare, non di avvicinare i saperi. Ognuno deve rinunciare a una parte della sua convinzione per dialogare con gli altri. Questo è un paradigma essenziale per risolvere la maggior parte dei problemi.

Occorre parlare di un cibo buono, pulito, giusto che affronti il ruolo centrale dell'alimentazione all'interno della salute del Pianeta e quindi dell'uomo. Ci vuole una cultura del cibo, come collettività è necessario preoccuparsi della perdita di fertilità dei terreni, della biodiversità, della varietà delle specie allevate o coltivate. Per la salute dell'uomo è fondamentale il buon funzionamento del microbiota intestinale, elemento importante per la salute delle persone. Ecco allora l'importanza della vita microbica dei terreni.

Oggi la situazione è drammatica perché ci si trova alle prese con la distruzione microbica, dovuta all'eccesso di chimica. Il punto di partenza è la vita dei terreni. Oggi si è esasperata una filiera, dove i cibi vengono sempre più raffinati, alterati dalla chimica. Gli effetti sulla salute sono sotto gli occhi di tutti. Le conseguenze di questo modello sta nell'inquinamento dell'aria, dei terreni, la forte correlazione con tutto quello che riguarda la salute dell'uomo.



La salute del Pianeta e dell'uomo sono interconnesse. Bisogna allora partire da un concetto generale di ricostruzione. Bisogna ricostruire in termini di sviluppo. I temi oggi sono diventati modelli distruttivi per le risorse umane, sociali e ambientali. Così non va. La ricostruzione deve essere rigenerativa. Non bastano procedure che blocchino le attività inquinanti, bisogna importare procedure di rigenerazione: nell'agricoltura, per quanto riguarda la fauna, nell'urbanistica. Il mio auspicio è che il tema delle politiche sanitarie e delle politiche della salute possano trovare soluzioni giuste ed efficaci, non solo efficienti.

1.2 - Il Molecular Tumor Board come strumento di governo della target therapy

La genetica molecolare sta cambiando quello che è 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 all'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.

1.3 - 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 monitorare 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.



1.4 - Esperienza di Oncologia territoriale: innovazione organizzativa e tecnologica

Organizzare le reti oncologiche secondo il concetto di Hub & Spoke, e soprattutto portare il più vicino possibile alla dimora del paziente una terapia non tossica e complessa in ambito oncologico, è fondamentale, perché non va dimenticato che non tutti i pazienti affetti da tumore possono fare chilometri e chilometri per recarsi in ospedale ad effettuare la terapia.

Terapie utili e anche salvavita, terapie palliative e che, in qualche modo, curino il tumore ma che possano essere effettuate non in ospedale, bensì vicino al domicilio del paziente, è uno dei presupposti fondamentali per l'implementazione dell'oncologia territoriale. Oltre a questo, i malati di tumore possono essere seguiti con follow-up all'interno del territorio e anche la componente nutrizionale con i dietologi e dietisti può essere effettuata a livello territoriale, così come storicamente sono effettuate le terapie palliative, psico-oncologia compresa.

Il modello della "Casa della salute" di Piacenza è l'esempio virtuoso di come assistenza, cura e ricerca arrivino al domicilio del malato oncologico. Con il rationale di portare l'assistenza, la cura e anche la ricerca clinica oncologica in sedi vicino al domicilio dei pazienti, nella realtà di Piacenza è stata istituita da circa 20 anni un'organizzazione che prevede che gli oncologi si spostino dall'ospedale capoluogo in 3 ospedali di prossimità e dal 2016 anche presso una "casa della salute" situata in un'ampia vallata priva di ospedali pubblici. In questo modo i trattamenti antitumorali, le visite, le terapie di supporto vengono attuate in strutture vicino alla residenza del malato. Le prescrizioni vengono eseguite per via informatizzata che consente la completa tracciabilità, i farmaci sono preparati presso l'Unità di farmaci antitumorali dell'ospedale di Piacenza e inviati con mezzi dell'ASL presso le sedi periferiche. I primi risultati dell'attività della "casa della salute" sono stati pubblicati sulla rivista recenti progressi in medicina nel 2018. A dicembre 2021 sono stati pubblicati sulla stessa rivista i risultati su 1.339 pazienti oncologici in trattamento attivo seguiti negli ultimi 4 anni sul territorio secondo questo modello.



1.5 - Attualità e futuro del percorso personalizzato in onco-ematologia pediatrica: dall'as is al to be

Negli ultimi anni sono stati sviluppati in USA, in Europa ed in Italia diversi studi di profilazione genomica dedicati all'identificazione di alterazioni genomiche specifiche delle patologie tumorali pediatriche. I dati riportati in letteratura descrivono che per la maggior parte dei pazienti arruolati (range 27% - 80%) è stato possibile identificare almeno un'alterazione genomica target, ma solo per una minima percentuale di questi pazienti è stato possibile effettivamente utilizzare un farmaco ad hoc (range 10 -35%). Non sempre infatti, per motivi correlati alla non disponibilità del farmaco in età pediatrica o alle caratteristiche cliniche del paziente, è stato possibile procedere con il trattamento. Tutti gli studi riportati in letteratura concordano con il sottolineare quanto sia importante proseguire nella ricerca genomica per i tumori pediatrici e quanto sia importante che tali programmi di profilazione genomica siano gestiti da gruppi multidisciplinari esperti in oncologia pediatrica.

1.6 CAR-T e Mieloma Multiplo: aspetti gestionali ed organizzativi

Le terapie con CAR-T possono radicalmente cambiare i paradigmi attuali di guarigione per il mieloma. Nonostante i dati estremamente incoraggianti per questi trattamenti occorrerà cambiare l'attuale paradigma e creare un sistema in grado di erogare queste terapie sin dalla diagnosi. La possibilità di utilizzare terapie diversificate, personalizzate per ogni singolo paziente, crea la necessità di competenze ultra specialistiche e rende di conseguenza prioritario il ruolo delle Reti.

Il problema oggi è il coinvolgimento del territorio, e questo si esplica attraverso l'applicazione dei PDTA, ma non solo. Far partecipare il territorio, infatti, non implica soltanto coinvolgere i centri di cura più piccoli e periferici con i protocolli terapeutici più innovativi, ma significa anche raggiungere la Cittadinanza per una adeguata informazione. Per questo le Reti, in quanto strumenti per coordinare l'innovazione, sono ora e lo saranno maggiormente nel futuro un valore aggiunto imprescindibile.



CAP. 2 CENTRALI DI ACQUISTO ED ACCESSO RAPIDO ALL'INNOVAZIONE

Le Regioni, già da tempo, per cercare di rendere sostenibile l'innovazione e il costo delle terapie, hanno centralizzato gli acquisti, per cui molte hanno una centrale unica a livello regionale che opera nella maggior parte delle gare di aggiudicazione.

All'interno delle varie Regioni però, l'accesso all'innovazione non è omogeneo. L'utilizzo del farmaco innovativo, che molte volte è importante per salvare la vita ai pazienti, arriva con una tempistica diversa dovuta al fatto che le Regioni stesse organizzano il controllo dell'accesso all'innovazione con modalità diverse, dotandosi di commissioni o prontuari che talora, invece di facilitare, ostacolano l'introduzione dell'innovazione. Inoltre anche la durata delle gare, l'e-procurement e la facilitazione burocratica, sono altrettanto importanti per un accesso rapido delle terapie innovative.

Ci sono proposte di gare interregionali con sistemi innovativi, che possono facilitare dal punto di vista burocratico e procedurale l'accesso al farmaco e se tali gare venissero diffusamente utilizzate, tale procedura favorirebbe l'accesso all'innovazione stessa. Una valutazione dell'efficienza nell'Unione Europea relativa all'area dei sistemi pubblici di acquisto, basato su 12 indicatori di performance e che fornisce una fotografia indicativa sulla qualità degli appalti pubblici a livello europeo, inquadra l'Italia in area rossa (performance non soddisfacente).



Tra le motivazioni emerge che più del 20% delle gare presentano un unico offerente (indicatore 1), meno del 45% sono aggiudicate a piccole e medie imprese (indicatore 7) e i tempi di gestione del processo di acquisto sono mediamente superiori a due anni (indicatore 6). Questo contesto generale ha comportato spesso tempi di espletamento delle procedure di gara molto lunghi, numerose attività non a valore e disomogeneità tra le diverse Regioni; non adeguate stime dei fabbisogni di acquisto ed errata traduzione nei capitolati di gara; non omogenee interpretazioni normative e carenza di standard di lavorazione; difficoltà nel cercare metodi innovativi di acquisto. Queste problematiche si riproporranno in particolar modo adesso quando sarà necessario in tempi molto rapidi portare avanti procedure d'acquisto di beni e servizi finanziati con i fondi del PNRR. Per questo sarà fondamentale sviluppare modelli di acquisizione innovativi sviluppati anche su logiche di partnership con il privato ed in particolar modo sarà fondamentale fare sharing di esperienze e competenze tra tutte le centrali attraverso anche la creazione di specifici advisory board e osservatori.

2.1 - Differenziare le gare d'acquisto per i farmaci

Data la eterogeneità dei beni da acquisire, sarebbe opportuno soprattutto quando parliamo di farmaci, differenziare i processi di acquisto tra: farmaci biosimilari, farmaci generici, farmaci ancora coperti da brevetto, farmaci nuovi, fino ad arrivare ai farmaci innovativi. Proprio per questi ultimi mettere in piedi nella migliore delle ipotesi 21 procedure di acquisto, ammesso che siano solo una per regione, laddove il prezzo è stabilito da AIFA a livello nazionale, sembra un inutile dispendio di energie e risorse; quando basterebbe un'unica procedura nazionale, magari gestita da Consip, o al massimo poche procedure che vedano accorpamento di regioni. Tutto ciò renderebbe più rapidi i tempi di accesso all'innovazione e renderebbe il processo più efficiente ed efficace.



2.2 L'esperienza di ARIA S.p.a.

Il processo di procurement utilizzato da ARIA fa leva sulla messa a disposizione per tutti gli attori del sistema ed in ogni fase del ciclo di procurement, dei dati facenti parte del patrimonio informativo regionale utili a definire le necessità ed i fabbisogni: dai dati relativi alla programmazione, al monitoraggio della conduzione delle iniziative aggiudicate. L'intenzione per il futuro è di spingere il modello attuale di analisi dei fabbisogni verso logiche predittive, valutando le possibilità fornite dall'intelligenza artificiale per avvicinare ancora di più il processo di procurement sanitario alle esigenze effettive di salute del territorio, in un contesto regionale caratterizzato da un importante numero di utenti, aziende e merceologie. L'innovazione, per essere tale, va accompagnata nelle organizzazioni: il procurement non può essere svincolato dai cambiamenti dei processi operativi degli Enti e dalle evoluzioni dei modelli organizzativi regionali.

2.3 - L'utilizzo della valutazione HTA in Piemonte

La Regione Piemonte è impegnata da anni nella gestione e valutazione delle tecnologie biomediche, utilizzate per offrire servizi e prestazioni innovative nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale. L'Health Technology Assessment (HTA) contribuisce a supportare le decisioni di politica sanitaria, esaminando le conseguenze a breve e a lungo termine dell'utilizzo di una "tecnologia sanitaria". È un processo multidisciplinare, che tenta di riassumere le informazioni riguardanti gli aspetti di carattere medico, sociale, economico ed etico relativi all'utilizzo di una tecnologia sanitaria in maniera sistematica, trasparente, imparziale e affidabile.



Il Nucleo tecnico HTA dell'IRES, che si confronta con esperti di riferimento di livello locale, ma anche con il livello nazionale e con istituzioni internazionali che si occupano di HTA, predispone valutazioni brevi (rapid assessment) o indagini più approfondite, relativi alle tecnologie richieste dalle aziende sanitarie regionali attraverso i Piani locali delle tecnologie biomediche o anche attraverso i moduli per le richieste di introduzione di dispositivi medici innovativi. La Cabina di regia regionale dell'Assessorato alla Sanità, a fronte delle informazioni reperite e alla luce degli indirizzi programmatori vigenti, elabora pareri in merito all'opportunità o meno di introdurre la tecnologia richiesta in quello specifico contesto richiedente.

2.4 L'esperienza di ESTAR in Toscana

Estar è l'ente di supporto tecnico-amministrativo regionale istituito, a decorrere dal 1° ottobre 2014, per l'esercizio delle funzioni tecniche, amministrative e di supporto delle aziende sanitarie, degli enti del servizio sanitario regionale e delle società della salute attraverso dipartimenti di livello regionale. La relazione effettuata durante l'evento ha evidenziato in modo particolare il percorso per l'inserimento di farmaci, attrezzature sanitarie e soprattutto dei dispositivi medici innovativi in Regione Toscana tramite la Commissione Regionale di Valutazione delle Tecnologie e Investimenti Sanitari. Viene rimarcato lo stretto collegamento della suddetta Commissione con Estar che, in esito alle schede HTA con parere favorevole, rapidamente effettua una consultazione preliminare di mercato per procedere all'acquisto del DM innovativo. E' stato evidenziato il ricorso al Value Based Procurement e all'utilizzo del metodo del Net Monetary Benefit per i dispositivi medici ad uso consolidato, così come indicato nella Delibera di Giunta della Regione Toscana n.1038 dell'11/10/2021. In generale il Value Based Procurement ha trovato le sue prime applicazioni operative nelle gare delle reti chirurgiche, degli stent carotidei, dei cateteri per ablazione delle vene polmonari. Sono stati evidenziati i punti di forza della centrale di acquisto Estar rispetto all'innovazione, illustrando l'importanza dell'integrazione fra i vari dipartimenti di Estar (acquisizione beni e servizi, logistica, ICT, tecnologie sanitarie) che operano non più come silos ma sviluppano sinergie incrementando il Know how complessivo dell'ente, il confronto continuo con i clinici delle Aziende Sanitarie e con le associazioni di pazienti e di cittadini affinché i prodotti innovativi possano essere introdotti nel Servizio Sanitario Toscano in modo appropriato.



CAP. 3 - CRONICITÀ E APPROCCIO INTEGRATO: LE SFIDE PER UNA FILIERA DELL'OFFERTA DI DIAGNOSI, AZIONI, CONTROLLO E FORMAZIONE TECNOLOGICA

L'appello degli esperti che si confrontano al tavolo sulla cronicità è unisono: è l'ospedale che va verso il territorio, non viceversa. Le malattie croniche, caratteristiche della popolazione che invecchia, sono la sfida del futuro. La necessità è che vengano trattate sul territorio, dal momento che gli ospedali nati per trattare le forme acute delle malattie e le riacutizzazioni delle malattie croniche, non sono adatti al trattamento della cronicità. La presa in carico della cronicità deve avvenire in primis nella medicina territoriale a partire dai medici di medicina generale. Per fare tutto questo, si stanno spendendo 10 miliardi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) con la costruzione delle case e degli ospedali di comunità, con un centro operativo territoriale che prende in carico dal punto di vista informatico la gestione della giornata del paziente, i controlli degli esami che deve fare e così via. In più, con i medici di medicina generale e le altre figure infermieristiche e le farmacie di territorio, si vuole costruire un network dove la cronicità possa essere adeguatamente gestita.

Questo significa che ancora di più ospedali e territorio si dovranno parlare, perché il paziente cronico quando si riacutizza e ritorna poi nel proprio domicilio, deve essere assistito con una gestione trasversale che ne assicuri una presa in carico ottimale. Per cui risulta utile una trasversalità aiutata dalla sanità digitale e dalla telemedicina di superamento del concetto di silos-budget con metodiche di remunerazione diverse e una gestione continuativa di tutti i processi che accompagnano la vita del paziente affetto da quella patologia cronica. Ci vuole quindi un sistema di remunerazione non diviso a settori, ma uniformato, accompagnato da percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali che ne garantisca l'assistenza secondo percorsi uniformi e scientificamente impattanti. La Medicina generale è chiamata a svolgere un ruolo centrale, alla luce del Piano nazionale cronicità, attraverso una riorganizzazione territoriale che sposti il focus dall'ospedale al territorio e permetta di gestire in modo avanzato la cronicità nella sua complessità. Le patologie croniche vanno prevenute, precocemente diagnosticate e continuamente governate.



3.1 - L'esempio del Diabete

Oggi nel mondo le epidemie non riguardano solo le malattie trasmesse da agenti virali o batterici, ma anche le malattie quali obesità e diabete mellito che a loro volta predispongono alle malattie cardiovascolari. Un contributo determinante all'esplosione epidemica di queste patologie è dato da abitudini alimentari e stili di vita errati. Vi è una correlazione tra sedentarietà e consumo di cibo di bassa qualità e rischio di insorgenza di obesità e di diabete mellito.

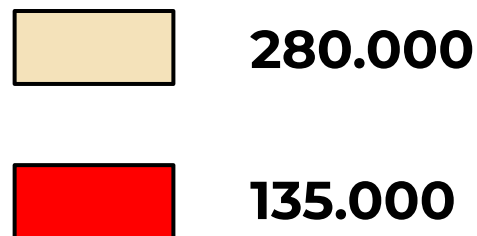
L'obesità colpisce 800 milioni di persone nel mondo; in Italia l'obesità infantile colpisce il 15% delle femmine ed il 23% dei maschi e se questo trend non verrà invertito si può ipotizzare uno scenario sanitario futuro caratterizzato da una emergenza cardio-metabolica. In questo contesto diviene di prioritaria importanza riflettere sulla responsabilità di una cattiva alimentazione ricca in zuccheri sin dall'infanzia nella patogenesi dell'obesità ed in quale modo efficace si possano educare i pazienti e le loro famiglie a scelte alimentari consapevoli.



Il diabete colpisce oltre 500 milioni di persone nel mondo e la maggior parte di queste vive in aree urbane. Possiamo scattare un'analogia fotografica in Regione Piemonte dove le persone affette da diabete sono circa 280mila e di questi circa 135mila risiedono nella Città Metropolitana di Torino. Questo dato suggerisce, come peraltro ampiamente dimostrato dalla letteratura, che la prevalenza di diabete è correlata con il luogo in cui si vive. Oggi si parla di "diabete urbano" e la salute nelle città e delle città è di fondamentale importanza per la prevenzione delle malattie metaboliche. È fondamentale quindi, in un concetto di multidisciplinarietà, che i medici specialisti in endocrinologia e diabetologia si occupino non solo della diagnosi e della terapia farmacologica delle malattie metaboliche, ma anche della prevenzione e della promozione ai corretti stili di vita in partnership con altri settori che si interessano di queste tematiche.



PERSONE AFFETTE DA DIABETE





3.2 - La gestione del Diabete tipo2 in Piemonte

La gestione integrata del Diabete mellito Tipo2 (GID) in Piemonte è un esempio di Chronic Care Model multiprofessionale ispirato a 4 principi cardine: la medicina di iniziativa, il pay for performance, l'accountability, la qualità attraverso l'audit. Più di 120.000 sono i pazienti diabetici arruolati nella GID svolta dalla quasi totalità dei 2.800 medici di Medicina generale operanti su tutto il territorio della Regione Piemonte.

Questo modello richiede un passaggio da una "medicina di attesa", basata su singoli interventi gestiti da singoli professionisti, e rivolta al singolo paziente, ad una "medicina proattiva", multidisciplinare, multi-professionale, con l'attenzione rivolta alla popolazione, ed in cui il paziente riveste un ruolo centrale ed irrinunciabile.

È un modello che permette ai professionisti di misurare la qualità dei propri interventi attraverso l'audit, con la misurazione e la verifica di indicatori di processo e di esito intermedio, e ponendo le basi per una vera accountability. Rappresenta un modello "esportabile" alla gestione di altre patologie croniche, in rapido aumento sia come prevalenza sia come costi determinati tanto dalla patologia in sé quanto, soprattutto, dalle sue complicanze. Il buon controllo di questi pazienti è fondamentale nell'ottica della riduzione di eventi, disabilità e mortalità, considerando anche la complessità derivante dalle comorbilità presenti.



3.3 - Diabetologo "Manager della sanità"

Per gestire al meglio la cronicità, il medico diabetologo deve diventare un "manager della sanità". Oggi più che mai, alla luce dell'esperienza della pandemia e del futuro della sanità, così come delineato nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), è importante che il medico diabetologo non possa più guardare esclusivamente alla pratica clinica, ma debba acquisire la formazione e le competenze necessarie per diventare a tutti gli effetti un manager della sanità, in grado di interfacciarsi e di coordinare le diverse figure professionali coinvolte nel team di cura per gestire la cronicità all'interno di un modello assistenziale complesso, dettato dalla necessità di un'integrazione sempre più puntuale e sinergica tra ospedale e territorio.

Risulta peraltro essenziale la formazione dello specialista diabetologo in ambito digitale per rispondere concretamente alla sfida imposta dal PNRR e per farsi promotore del rafforzamento dell'offerta di servizi sanitari in telemedicina, con l'obiettivo di semplificare l'assistenza delle persone con diabete, in particolare per quanto riguarda le visite di controllo e il rinnovo dei piani terapeutici e presidi.

3.4 - L'esempio della BPCO: Focus Nota 99

La broncopolmonopatia cronica ostruttiva (BPCO) è una delle malattie croniche più diffuse. Le stime indicano che circa il 10% della popolazione è affetta da BPCO, con un pesante impatto sulla qualità di vita delle persone e con pesanti costi economici e sociali.

La BPCO costituisce, inoltre, la quarta causa di mortalità nei paesi occidentali. La diagnosi tardiva e una gestione non corretta determinano un declino della funzione respiratoria e un marcato peggioramento clinico, per cui molti pazienti ricevono una diagnosi quando la malattia è severa ed hanno già necessità di ossigenoterapia.



Per questa patologia la grande sfida per il futuro, sulla base della recente nota 99, è di migliorare la diagnosi precoce, per intercettare la malattia nella fase più lieve, quando la sospensione del fumo ed il trattamento farmacologico possono consentire degli ottimi risultati. Sarà poi necessario che ospedale e territorio interagiscano in modo più efficace: i servizi Pneumologici possono garantire una prima diagnosi a tutti i pazienti, ma i casi più lievi potrebbero trovare sul territorio metodi efficaci di follow-up e rivalutazione.

Nei gruppi aggregati di Medicina generale si può realizzare una formazione per l'esecuzione della spirometria semplice, che è un valido strumento per monitorare il paziente. Il miglioramento dell'aderenza e della tecnica inalatoria sono due altri aspetti critici, spesso la terapia è fatta in modo irregolare, per brevi periodi, determinando aumento delle riacutizzazioni e degli accessi ospedalieri. La riduzione delle riacutizzazioni è un obiettivo primario, visto che incidono sul declino di funzione respiratoria e sulla mortalità”.

3.5 - L'esempio dello scompenso cardiaco

L'impiego della telemedicina in Cardiologia dimostra come possano essere raggiunti importanti risultati, soprattutto quando si parla di malattie del cuore come lo scompenso cardiaco. La vita del paziente con scompenso cardiaco è purtroppo costellata da ricadute e da recidive di ricoveri ospedalieri. Per ridurre questi disagi, pericolosi e costosi eventi ci si avvale del monitoraggio a distanza dei parametri vitali mediante la comunicazione di telemedicina. Con questo strumento si possono cogliere in anticipo i segni di peggioramento rispetto ai sintomi clinici. Il peggioramento del quadro emodinamico si può percepire in anticipo sui sintomi soggettivi. Quindi si può prontamente correggere la terapia senza far venire il paziente in ambulatorio e si può evitare un probabile ricovero.



Lo scompenso cardiaco in Italia ha una prevalenza che oscilla tra l'1,5% e 1,7%, in tendenza incrementale soprattutto se si considera l'età che attualmente raggiunge la nostra popolazione: oltre agli 80 anni, per i due sessi. Si deve tenere conto che gli ultra ottantenni hanno più del 20% di questi individui. La durata media di un ricovero per scompenso cardiaco è di 9,5-10 giorni con le seguenti mortalità: ospedaliera 6-7%, a 30 giorni 10-11%, a 1 anno 25-28%. Il costo medio di un ricovero è di 3.190 euro. Interessante analizzare che circa il 60% dei pazienti sotto i 50 anni viene ricoverato in reparti di Cardiologia, mentre solo il 15-20% è accolta in Cardiologia sopra gli 80 anni. Questa differenza di ricoveri è dovuta al crescente numero di comorbidità che colpisce la popolazione degli anziani che ne rende meno chiara la genesi dei sintomi.

Nel 2010, in Italia ha registrato circa 210.000 ricoveri con diagnosi di scompenso cardiaco. Una delle prime difficoltà viene dal fatto che circa il 40% di questi pazienti presenta un quadro di scompenso cardiaco con normale Frazione di eiezione del ventricolo sinistro, mentre il restante 60% si presenta con la classica riduzione della Frazione di eiezione. Questo primo dettaglio rende la diagnosi non immediata e può essere confondente. Una volta che viene fatta la diagnosi, quasi sempre in un quadro di collaborazione multidisciplinare tra internisti, cardiologi, nefrologi, geriatri, pneumologi, cardiocirurghi, si passa alla strategia terapeutica, che è fatta a gradini crescenti di interventi, in relazione all'età dei pazienti e alle evidenze dei difetti strutturali e alle comorbidità che questi presentano. Si va dalla ottimale terapia medica a quella di re-sincronizzazione del ventricolo sinistro, agli interventi riparativi coronarici (PCI) o valvolari percutanea (Tavi, Mitraclip, Triclip) fino alla assistenza meccanica del ventricolo sinistro mediante L VAD o trapianto cardiaco, qualora indicato e possibile.



3.6 - L'esempio dell'Ospedale Valduce di Como

Il contenimento delle liste di attesa per prestazioni di diagnostica clinica e strumentale ambulatoriale erogate dal Servizio sanitario nazionale è divenuta negli ultimi anni una priorità. In epoca pre-Covid il Ministero della Salute ha pubblicato il nuovo Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021. In particolare per le prestazioni di ecocardiografia, la regione Lombardia ha richiesto in quel periodo un incremento del 23% delle prestazioni. Tali richieste vanno a scontrarsi con la progressiva crescente carenza di medici specialisti disponibili.

Al fine quindi di aumentare le prestazioni della UOC di Cardiologia dell'Ospedale Valduce, da febbraio 2018 è partita un'attività di telecardiologia che prevede l'esecuzione in sede dell'esame ecocardiografico da parte di tecnici qualificati (sonographer), l'invio delle bio-immagini su un PACS condiviso e la refertazione in remoto da parte di cardiologi accreditati.

Il processo si chiude con la consegna del referto al termine dell'esame (attualmente inviato via email). Un cardiologo referente in sede è sempre disponibile per eventuali comunicazioni urgenti. In concreto, è stato stipulato un accordo con una start-up (Ecocardioservice di Milano) che ha reso disponibile la tecnologia (ecocardiografo di fascia alta di ultima generazione e sistema PACS per le immagini) ed il personale per l'esecuzione (sonographer in sede) e refertazione (cardiologi accreditati in grado di esprimere un referto da remoto) dell'esame a fronte di un emolumento pari ad una percentuale pattuita del fatturato. L'Ospedale ha reso disponibili gli spazi fisici ed il supporto nelle funzioni segretariali, trattenendo la propria percentuale del rimborso.



Questa organizzazione ha consentito di eseguire dal 12 febbraio 2018 al 22 gennaio 2022 16.350 esami aggiuntivi, la lista di attesa è passata da 13 mesi a meno di 1 mese, tutte le richieste con priorità U e B sono state eseguite nei tempi previsti, molti esami sono stati eseguiti in modalità open con invio diretto dal nostro ambulatorio di cardiologia per completamento di una visita. Sono inoltre state intercettate precocemente alcune cardiopatie che richiedevano ulteriori accertamenti o procedure interventistiche o di cardiocirurgia. Inoltre, tutti i pazienti con follow-up periodico (i malati oncologici in primis) hanno eseguito gli accertamenti nei tempi previsti. Più recentemente è stato aperto un secondo ambulatorio di ecocardiografia che lavora con la medesima modalità presso una sede distaccata dell'Ospedale Valduce situata nel territorio di Lecco e che si occupa in primis di Medicina riabilitativa (polo Villa Beretta di Costa Masnaga, LC). È stata inoltre attivata la possibilità di eseguire questi esami a domicilio. Se all'esecuzione dell'eco-cardiogramma si associasse in futuro l'esecuzione di un ECG e il rilievo dei parametri vitali (sempre ad opera di tecnici qualificati) accanto al colloquio telefonico con lo specialista, sarebbe di fatto possibile eseguire in modalità totalmente remota una valutazione clinica cardiologica completa. Secondo gli esperti intervenuti nel corso del panel queste modalità di lavoro se riprodotte su larga scala permetterebbe una significativa riduzione dei tempi di attesa con elevata qualità delle prestazioni in un ambito territoriale più ampio.

3.7 - Stili di Vita e Cibo

Promozione di stili di vita sani e della mobilità sostenibile è sempre stato il tema di interesse per il grande pubblico. È quindi responsabilità degli amministratori, specie locali, di favorire per i concittadini un contesto in cui sia più facile "applicare" stili di vita sani a partire da piccole azioni quotidiane. In tema di alimentazione, si è discusso della cucina e della mensa comunale di Bra, un fiore all'occhiello per le scuole cittadine che possono contare sulla preparazione diretta dei pasti nella grande cucina di via Montegrappa.



Circa 1.500 pasti al giorno che poi vengono distribuiti al nido, alle scuole dell'infanzia, alle primarie e alle medie. Mensa aperta ad enti pubblici e ad associazioni convenzionate, ovviamente con orari diversi da quelli dei bambini. Il menù è studiato appositamente con esperti per rispondere ai requisiti del fabbisogno calorico e nutrizionale dei "destinatari" con particolare attenzione alla scelta delle materie prime, ad esempio introducendo alcuni prodotti bio o integrali e/o a km zero, e al valore "educativo" del pasto, come momento per imparare a scegliere ciò che "è bene" mettere nel piatto. Vengono utilizzati oltre 40 menù diversi, che tengono conto delle principali allergie e consentono la "convivenza" anche con i bambini di religioni differenti.

3.8 - Precocità nel trattamento virale per limitare gli effetti della pandemia COVID

Da quando il Covid ha fatto la sua comparsa prima in Cina e poi in tutto il mondo sono stati sviluppati diversi farmaci e trattamenti in grado di trattare il virus nella sua fase attiva. Il problema però di questi farmaci è che devono essere dati il prima possibile, entro 5 giorni dall'insorgenza dei sintomi. Tutto questo non è possibile perché la burocrazia ha tempi molto lunghi e, di fatto, ne limita il loro uso, ben al di sotto delle mille somministrazioni giornaliere previste all'inizio.

Spesse volte, infatti, il tampone arriva dopo le 24 ore e, in caso di positività, l'USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale) o comunque il Medico di medicina generale (MMG), dovrebbe inquadrare il paziente e chiedere allo specialista infettivologo di inviarlo per poter effettuare queste terapie, per la maggior parte somministrate in ospedale. La soluzione sarebbe quella di affidarle ai Medici di medicina generale, con l'eventuale teleconsulenza dello specialista, per abbreviare i tempi e somministrarli secondo protocollo.



3.9 - Malattie rare, organizzazione e PNRR: su cosa investire eventuali nuove risorse per una diagnosi ed una presa in carico rapide e con un approccio organizzativo di rete collaborativa

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) rappresenta un'indubbia opportunità per quanto riguarda i pazienti affetti da malattie rare. Questi sono i mesi in cui deve tradursi in atti concreti il grande sforzo di "messa a terra" delle promesse del PNRR, che per quanto riguarda coloro coinvolti nel mondo delle malattie rare significa assumere un ruolo proattivo affinché i potenziali progetti iscrivibili alle opportunità di finanziamento rispondano effettivamente ai bisogni dei pazienti affetti da malattie rare. Gli elementi essenziali per questa azione proattiva sono la conoscenza del mondo dei malati rari, la visione sul futuro della medicina e del Sistema sanitario nazionale e la chiarezza sull'obiettivo finale da perseguire, che in estrema sintesi non è soltanto il fondamentale binomio "diagnosi e cura" ma deve essere "il ben-essere" globale del soggetto affetto.

Nel settore delle malattie rare si sta vivendo un momento molto importante: l'opportunità che può offrire e che offrirà il PNRR, se tutti gli attori coinvolti riusciranno a costruirlo insieme, ed esistono tutti gli strumenti in Italia, partendo proprio dalla approvazione del Testo Unico delle malattie rare, per creare davvero un'eccellenza sul tema delle malattie, strumenti che potrebbero veramente permettere di rinnovare, di realizzare una rete non solo per le malattie rare ma anche di rinforzare tutto il sistema sanitario nazionale, in particolare ovviamente a beneficio anche per i pazienti con malattie rare la riorganizzazione della rete sanitaria proposta dal PNRR, accompagnata da investimenti strutturali in tecnologie e adeguamento delle strutture, punta ad un modello di presa in carico che partendo dal domicilio del paziente arrivi ai più specializzati centri di eccellenza.



Per le persone con malattia rara, che più di tutte sperimentano sulla propria pelle la necessità di coordinamento fra le strutture del territorio e quelle sovra-regionali o sovra-nazionali, fondamentali saranno tele-assistenza e telemedicina, interconnessioni fra i nodi della rete, "viaggio" delle informazioni invece che spostamenti fisici, strumentazioni adeguate e formazione dei professionisti dedicati.

3.10 - L'ambulatorio transitional per un approccio multidisciplinare

Dai dati del Registro interregionale delle Malattie Rare del Piemonte e Valle d'Aosta emerge una numerosità di oltre 2.200 adolescenti con malattia rara in età compresa tra 16 e 20 anni. Secondo l'OPCS survey del Regno Unito, nella popolazione del Regno Unito, un adolescente ogni 1.000 circa è affetto da disabilità grave. Considerando le statistiche ISTAT dei residenti in Piemonte nel 2020 che registrano circa 190.000 residenti di età compresa tra 16 e 20 anni, è proponibile per il Piemonte l'incidenza annua di circa 200 disabili gravi in età di transizione.

Pur in mancanza di dati certi, per questi parziali rilievi si può ipotizzare che alcune centinaia di pazienti pediatrici complessi raggiungano l'età di transizione in Piemonte ogni anno. Presso l'Ospedale Molinette della Città della Salute e della Scienza di Torino è attivo l'ambulatorio di transitional care che si prefigge di assicurare la continuità assistenziale dei pazienti affetti da patologia rara o grave disabilità nel momento del delicato passaggio all'età adulta. Questo ambulatorio è un luogo di incontro di vari specialisti, coordinati da medici internisti e ha la finalità di fornire progetti di assistenza personalizzati che costituiscano il supporto sanitario a lungo termine. È realizzato secondo un modello bio-psico sociale che tiene conto dei percorsi di vita, oltre che di quelli di malattia.



I soggetti con patologie complesse sono un gruppo di persone con bisogni sociali e sanitari speciali che necessitano di elevate risorse con costi elevati; tra di essi sono compresi quei pazienti con malattie rare che presentano caratteristiche di particolare gravità, cronicità e potenziale disabilità. Complessità e rarità si traducono quindi spesso in disabilità. La transizione di questi pazienti comprende il processo di passaggio di competenze e responsabilità dal team socio-assistenziale pediatrico al team dell'adulto ed il processo di assunzione di competenze e responsabilità del paziente inteso come soggetto autonomo dalla famiglia.

3.11 - Le malattie cardiovascolari: bisogni irrisolti, che cosa curare a livello territoriale e con quali supporti tecnologici ed informatici

Negli ultimi anni si è assistito ad un netto incremento delle richieste di esami cardio-radiologici, TC ed RM, per pazienti ricoverati ed ambulatoriali; tale incremento è dovuto all'inserimento nelle linee guida cardiologiche nazionali ed internazionali dell'imaging non invasivo sia per lo studio della cardiopatia ischemica sia non ischemica.

Relativamente all'esperienza del presidio Molinette dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, nel triennio 2017-2019 è evidenziabile un tangibile incremento nelle prestazioni cardio-radiologiche eseguite e, in particolare, la TC coronarica ha subito un incremento costante del 70% nel 2018 e del 58% nel 2019.

Il quadro generale è quindi cambiato nel corso del tempo, mettendo in luce la necessità di un adeguamento delle risorse tecnologiche e delle competenze professionali. L'elevato valore predittivo negativo (prossimo al 95%) della TC coronarica consente di escludere in tempi rapidi la patologia coronarica significativa nei pazienti a rischio basso, evitando di dover ricorrere alla coronarografia che, per costi ed invasività, non dovrebbe essere eseguita nei pazienti a basso rischio.



La RM cardiaca consente una valutazione estremamente accurata delle caratteristiche del muscolo cardiaco, unica nel suo genere, che si presta allo studio di tutte le cardiomiopatie sia nei soggetti anziani, ma soprattutto nei giovani. La pandemia Covid-19 ha fatto impennare le richieste di questi esami. Nell'attuale situazione di pandemia da Covid-Sars-2 è ben noto l'aumentato rischio di patologia cardiovascolare legato a questa infezione e alle eventuali complicanze post-vaccinali ne consegue che negli ultimi due anni si è verificato un ulteriore incremento della richiesta di tali tipologie di esami per lo studio delle complicanze cardio-vascolari da questa infezione. All'aumentare della richiesta di tali prestazioni è parzialmente corrisposto un adeguamento delle risorse tecnologiche e delle competenze professionali. Tale tipologia di esami richiede infatti un equipaggiamento tecnico delle apparecchiature TC ed RM non sempre presente nelle strutture ospedaliere e nei poliambulatori sul territorio e anche le competenze professionali dei radiologi impiegati nell'esecuzione e nella refertazione di tali esami non sono comprese nella formazione di base dello specialista in diagnostica per immagini. Per ciò che concerne quest'ultimo aspetto le scuole di specialità si stanno adeguando cercando di prevedere dei percorsi specifici per l'imaging cardio-radiologico.



CAP. 4 - MEDICINA DI LABORATORIO E PNRR

La Medicina di Laboratorio è una disciplina composita che si applica alla prevenzione, alla diagnosi, alla prognosi, al monitoraggio della terapia e che condiziona in modo sostanziale l'outcome del paziente se applicata al paziente giusto, al tempo giusto, con la metodica giusta. È un settore di grande efficienza ed efficacia: il 70% delle decisioni cliniche si basano sulle informazioni di laboratorio, a fronte di un'incidenza sul budget dell'azienda sanitaria del 2-4%.

La Medicina di Laboratorio spesso è percepita come una serie di strumentazioni che producono dati, viceversa richiede alta specializzazione sia per i medici, sia per i biologi e i chimici e rappresenta, nei fatti, la semeiotica dei fluidi corporei e quindi una dimensione internistica. Con un utile netto di circa 1 euro a test.

Nelle ultime decadi, la medicina di laboratorio ha vissuto cambiamenti sostanziali e lo scenario nel quale opera è in continua evoluzione con la caduta delle barriere tra le diverse discipline e l'avvento delle cosiddette Omiche, cioè di tecnologie di indagine che tornano a vedere il paziente in modo olistico trascendendo dalla singola via metabolica e dai singoli analiti, ma piuttosto ragionando su pattern e profili. Questa evoluzione è alla base della Medicina di Precisione o personalizzata, che si avvale dell'acronimo SMART (Speed, Metrics, Automation, Remote and Technologies). D'altra parte le analisi di laboratorio non sono effettuate solamente nei tradizionali laboratori clinici, ma sempre più in ambiti decentrati come avviene per analisi al letto del malato (near-patient testing), a domicilio (home testing), nelle farmacie, nelle ambulanze ed in contesti di urgenza-emergenza, grazie allo sviluppo di tecnologie efficienti per il point-of care testing (POCT) che permettono la rapida diagnosi di molte condizioni cliniche, incluse malattie infettive e genetiche. La Medicina di Laboratorio accompagna già oggi in diverse realtà il "nuovo" paziente nato dalla trasformazione digitale che conduce in senso stretto alla tele-patologia, usando nuovi approcci per l'accesso on line e per risposte più informative, dirette e "virtuali".



Il percorso segnato dalla futura “casa come primo luogo di cura” deve vedere i professionisti della Medicina di Laboratorio attori principali nella costruzione del previsto modello condiviso per il potenziamento dell’assistenza domiciliare tramite la tele-assistenza, il tele-consulto, il tele-monitoraggio e la telerefertazione. Non solo. La Medicina di Laboratorio ha la necessità che sia costruito, nell’ottica di una efficace programmazione sanitaria, un moderno percorso formativo per le varie figure professionali, dai tecnici di laboratorio ai biologi, chimici, medici fino agli informatici, sempre più indispensabili nella costruzione di un moderno modello di Medicina di Laboratorio.

CAP. 5 - USO SECONDARIO DEI DATI SANITARI: COMPETENZE, INFRASTRUTTURE DIGITALI E STRUMENTI INNOVATIVI NECESSARI - IL PUNTO DI VISTA DELLE REGIONI

Il dato sanitario è fondamentale per dare un impulso definitivo a quella che si chiama la Sanità digitale, che va dai fascicoli sanitari, che dovranno essere implementati e portati a termine in tutte le Regioni italiane, alla telemedicina che sarà la nuova frontiera di sviluppo di un collegamento tra le varie realtà della presa in carico del paziente: dal domicilio all’ospedale. La telemedicina permetterà l’interconnessione e la possibilità di accedere a consulenze e visite per via telematica, superando gli ostacoli che abbiamo visto durante la pandemia da Covid-19 e realizzando una vera connessione tra ospedale e territorio.

L’emergenza epidemiologica da Covid-19 ha fatto da volano dimostrando come le basi di dati condivise e analizzate siano un prezioso contributo nello studio della malattia. Ma se già oggi si concentrassero gli sforzi sull’acquisizione dei dati relativi ai pazienti riguardo alla presa in carico e la cura si consentirebbe uno studio migliore della malattia e delle terapie.



I dati sanitari rappresentano uno strumento fondamentale anche per creare strategie preventive efficaci. Strategie che si possono realizzare solo grazie a ricerche su dati omogenei, potenziando il fascicolo elettronico sanitario e la digitalizzazione di tutta la sanità. Le Regioni si auspicano che, attraverso l'utilizzo del PNRR e dei fondi europei dedicati all'Italia, si possa compiere un salto di qualità, considerando il limite reale di una Unione Europea cui non sono attribuite delle competenze dirette in materia di salute.

Quindi, oggi più che mai è necessario e improcrastinabile per il servizio sanitario nazionale e di Welfare prendere decisioni che determineranno la vita del nostro Paese e la struttura organizzativa, gestionale ed economica negli anni che verranno. L'intervento, secondo i panelist intervenuti, deve essere perentorio non solo per rispondere alla crisi del momento ma anche per scongiurare crisi future ancora più drammatiche e con l'obiettivo di garantire una sostenibilità, economica e finanziaria, di lungo periodo. C'è quindi bisogno di un nuovo paradigma che preveda il superamento della logica dei Silos (sia a livello macro che micro) verso un approccio basato sulla valutazione dell'impatto economico complessivo della patologia, così da considerare interventi e tecnologie efficaci un investimento e non un costo.

È necessaria inoltre la definizione di una Data Governance e la presenza di sistemi informativi capaci di mettere a disposizione dataset aggiornati, completi e di qualità. Tutto questo il punto di partenza per rendere maggiormente efficiente e accelerare la ricerca, migliorare i percorsi di cura e favorire la sostenibilità del Sistema. Si tratta di un passaggio evolutivo essenziale e urgente, che altri paesi europei stanno già affrontando con maggiore successo rispetto all'Italia e che dovrebbe vedere impegnate tutte le parti che operano nell'ambito del Sistema Salute, fra cui l'industria.



CAP. 6 - INDUSTRIA E ISTITUZIONI: DAL PRODOTTO AL SERVIZIO PER INTEGRARE LE NECESSITÀ DEL PATIENT JOURNEY

La pandemia ha spinto la diffusione di strumenti digitali nel settore: cittadini, medici e strutture sanitarie li utilizzano di più, la spesa per la Sanità Digitale è cresciuta del 5%, la telemedicina è entrata nella quotidianità. Ma il processo di digitalizzazione del sistema sanitario è ancora frammentato: mancano competenze digitali e soprattutto le infrastrutture per una adeguata gestione e valorizzazione dei dati.

Digitalizzare non significa trasferire un dato da una cartella cartacea a una computerizzata, ma ripensare processi e cambiare i modelli della sanità stessa puntando soprattutto sulla prossimità al paziente, anticipandone le esigenze e supportandolo al fine di prevenire quanto più possibile le patologie, anche attraverso un monitoraggio che oggi la tecnologia rende semplice e immediato con dispositivi ormai alla portata di tutti. Un altro enorme potenziale della digitalizzazione sanitaria è, infine, la possibilità di avere un accesso semplice, immediato e standardizzato ai dati, utile a fornire ai decisori politici un quadro informativo migliore per definire politiche di sanità pubblica potenzialmente più efficaci.

In primo luogo è quindi necessario potenziare le infrastrutture di rete in modo che su tutto il territorio nazionale sia disponibile la possibilità di collegarsi alla rete in modo affidabile e poco costoso, cosa ancora oggi non scontata anche solo a poche decine di chilometri dalle grandi città, per rendere la telemedicina accessibile a tutti.



In secondo luogo, adeguare l'educazione digitale della popolazione, spesso data per scontata, ma che a volte è carente anche a livello di studenti in ambito scientifico. In parte il problema tenderà a risolversi in modo spontaneo: il cinquantenne di oggi, abituato all'uso del calcolatore, tra trent'anni sarà un ottantenne digitalmente indipendente e potrà sfruttare appieno le possibilità messe a disposizione dalla tecnologia, molto più di quanto non lo sappia fare un ottantenne di oggi. In terzo luogo sviluppare prodotti certificati, hardware e software, per la telemedicina in tutte le sue differenti declinazioni, tenendo conto dei reali bisogni della clinica e non partendo dalla disponibilità tecnologica: ancora oggi, purtroppo, nel settore della medicina spesso si parte da una tecnologia per trovare delle possibili applicazioni, magari a problemi marginali, invece di partire da problemi clinici a forte impatto per la società e tentare di risolverli utilizzando le tecnologie disponibili o sviluppandone delle nuove.

6.1 - Integrazione tra attori del sistema: l'esempio di CINECA

Nell'attuale variegato panorama di flussi informativi e di enti, risulta fondamentale avvalersi di sistemi tecnologici avanzati capaci di armonizzare e integrare dati di diversa tipologia e provenienza, superando la classica gestione "a silos". In questo contesto, reso ancora più urgente dalla pandemia, ha preso il via un accordo tra CINECA e Ministero della Salute. Il progetto prevede lo sviluppo di soluzioni basate su tecniche di intelligenza artificiale e di analisi di big data che consentano l'integrazione dei dati, a supporto della governance nel Sistema sanitario nazionale. Un importante passo avanti nell'auspicato percorso verso la transizione digitale del nostro Paese.



6.2 - Lavoro a distanza e soluzioni di remotizzazione

Le soluzioni di remotizzazione possono colmare lunghe distanze di molti chilometri, ma possono anche gestire brevi distanze di pochi metri. Nell'attuale contesto sanitario, questo tipo di lavoro a distanza è di particolare rilevanza: può aiutare a mantenere una distanza di sicurezza da potenziali pazienti infetti e anche ottimizzare le procedure, ad esempio, riducendo eventuale esposizione a radiazioni. A tal proposito ad esempio le soluzioni di robotica in interventistica sono in grado di ridurre la dose di radiazioni all'operatore fino al 95%, migliorando l'outcome per il paziente grazie a precisione robotica e automazione procedurale, che consente di ridurre fino al 53% il tempo di esecuzione dei trattamenti.

Il lavoro a distanza nel settore sanitario è emerso come uno dei più efficaci modi per mitigare i tassi di infezione da coronavirus, accedere alle competenze mediche necessarie, massimizzare le risorse, semplificare il trattamento dei pazienti e consentire ai dipendenti di continuare a lavorare anche in quarantena e da casa. Una delle più recenti innovazioni nel mondo delle soluzioni da remoto è TESI eViSuS®, un sistema di telemedicina che permette di arrivare il più possibile al paziente in qualsiasi come e dove, consentendo anche ai parenti di potersi collegare in maniera semplice e utilizzando un nuovo modello di internet: l'internet delle persone. Questo nuovo eco-sistema digitale di telemedicina è realizzato in modo che i dati del paziente vengano conservati con la massima sicurezza come prevista dal GDPR, ma soprattutto è un modello che consente di condividere e diffondere la conoscenza e l'esperienza umana. Strumenti innovativi di telemedicina come TESI eViSuS® possono supportare al meglio il sistema sanitario nella sua complessità: integrazione reale tra il sistema ospedale con il relativo territorio.



CAP. 7 - RIMETTERE LA SALUTE MENTALE AL CENTRO DELL'AGENDA DI GOVERNO REGIONALE E NAZIONALE

La pandemia ha prodotto in tutto il mondo, oltre alla morte e alla malattia di decine di milioni di persone, sconvolgimenti sociali ed economici e un drammatico aumento dell'incidenza di disturbi mentali, dovuti sia all'effetto diretto del virus che ad eventi ambientali, quali l'isolamento, la convivenza familiare forzata, la DAD ed altri. In Italia questo fenomeno è stato particolarmente evidente nei bambini e negli adolescenti, che hanno sviluppato soprattutto disturbi della regolazione emotiva, quali autolesionismo e tentativi di suicidio, poliabuso di sostanze psicostimolanti e di alcol con conseguenti episodi psicotici, disturbi del comportamento alimentare, violenza e bullismo, anche on-line.

Nonostante tutto quello che è accaduto le problematiche attorno alla salute mentale sono diverse: la salute mentale è esclusa dalla programmazione nazionale, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza non prevede nessun aumento di risorse per i Dipartimenti di Salute Mentale, sebbene lo stesso Piano ponga particolare enfasi sugli interventi domiciliari e sulle strutture di prossimità (le Case della Comunità), da sempre patrimonio dei servizi pubblici di salute mentale italiani; da anni, da tutte le Regioni viene disatteso il dettato della Conferenza Stato-Regioni che ha fissato al 5% del Fondo sanitario nazionale la quota destinata alla Salute Mentale, che invece resta ferma in media al 3.5%.

Appare evidente che la Salute Mentale, intesa non solo come cura, ma anche come promozione della salute, intervento precoce e riabilitazione, debba tornare al centro dell'agenda di governo, sia a livello nazionale che regionale. È necessario sostenere con risorse e formazione l'innovazione e la presenza dei servizi per la Salute Mentale in tutto il territorio nazionale, sviluppando capacità e competenza per prendere in carico i bisogni emergenti, soprattutto dell'infanzia e dell'adolescenza.



L'importanza di una buona politica sulla salute mentale dei cittadini viene dimostrata anche dall'attuale situazione pandemica. Gli esperti intervenuti nel panel affermano di aver notato un incremento delle patologie di adattamento ed in particolare di reazioni depressive e ansiose nella popolazione durante questi due anni.

Le fasce di età che hanno sofferto in maniera più grave sono quelle adolescenziali dai 15 ai 25 anni, quella anziana soprattutto perché più fortemente colpita dalle conseguenze fisiche del Covid. Senza dimenticare che sono ancora sconosciuti gli effetti di questo periodo difficile tra alcuni anni, sia per chi ha contratto la malattia, sia per chi ha avuto disturbi psichici per il lockdown o la paura del contagio. Pare pertanto indispensabile attrezzarsi a supportare la popolazione dal punto di vista psichico ed in particolare la fascia di età degli adolescenti.

7.1 – Per migliorare i servizi sono necessari nuovi investimenti

Il settore della salute mentale necessita di una nuova e maggiore attenzione da parte delle istituzioni: le risorse impegnate in Italia non superano il 3,5%, comprese quelle destinate alla neuropsichiatria infantile; è praticamente la metà di quelle stimate come necessarie per adeguare i servizi alle nuove sfide epidemiologiche.

L'Italia esce perdente nel confronto con altri paesi europei: l'Inghilterra destina il 9,5% delle risorse della spesa sanitaria in favore della salute mentale, la Svezia il 10% la Germania l'11,3%. Numeri questi che fanno tremare, ma che disegnano la salute mentale del nostro Paese, che chiede più risorse, un posto di rilievo nell'agenda sanitaria di governo, mentre aumentano a dismisura le richieste di aiuto di chi sta incontrando una malattia mentale.



7.2 I numeri della salute mentale in Italia

Sono più di 800.000 le persone seguite dai centri di salute mentale in Italia, la depressione, che è la diagnosi maggiormente rappresentata, riguarda le donne, in misura doppia rispetto ai maschi, mentre i disturbi psicotici, i disturbi di personalità e i disturbi da abuso di sostanze sono maggiormente presenti negli utenti di sesso maschile.

I ricoveri nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura sono stati 107.603 di cui, 6737 eseguiti in forma di trattamenti sanitari obbligatori. Per quanto riguarda i farmaci, la spesa lorda per gli antidepressivi ha superato i 383 milioni di euro con un numero di confezioni superiori a 37 milioni. Nella categoria degli antipsicotici la spesa lorda è stata superiore a 80 milioni di euro con un numero di confezioni che supera i 5,7 milioni (dati forniti dal Ministero della Salute riguardanti le attività dell'anno 2019). Ma gli esperti non hanno dubbi, anche per effetto della pandemia, le problematiche di salute mentali è possibile che abbiano assunto proporzioni maggiori. In particolare preoccupa l'incremento costante di indicatori indiretti ed aspecifici del malessere mentale dei giovani e soprattutto degli adolescenti: autolesionismo, ritiro sociale, abbandono scolastico.

La maggior parte dei disturbi mentali (80%) insorgono in età infantile e in epoca adolescenziale, interventi precoci sono anche quelli più efficaci e richiedono quindi un assetto innovativo nell'organizzazione dei servizi. È necessario aumentare la capacità di comunicare tempestivamente con la scuola le famiglie i luoghi dove il disagio per primo si manifesta, caratterizzando gli interventi per maggiore specificità e aderenza alle raccomandazioni della terapia evidence based. È necessario affrontare il tema complesso delle comorbidità, per cui giovani pazienti che presentano spesso problematiche a ponte tra la salute mentale e le dipendenze patologiche rischiano di ricevere interventi troppo poco integrati tra loro perché i servizi sono separati.



7.3 – Salute Mentale: la situazione in Piemonte

Nel corso degli ultimi 15-20 anni sono sempre più evidenti manifestazioni sintomatologiche riferibili a stati di malessere della mente meno gravi, non arruolabili nei disturbi psicopatologici più gravi. È fondamentale saper guardare quindi a nuove forme di sofferenza mentale. È sufficiente pensare a tutte le richieste legate a stati d'ansia, stati ansioso-depressivi, disturbi dell'adattamento, somatizzazioni, disturbi della relazione, lo stress emotivo legato a situazioni lavorative pesanti o all'assenza di lavoro, l'elevato carico emotivo dovuto a situazioni di malattia organica e cronica; sono problematiche che rischiano di "scivolare" fuori dalle maglie della sanità. Queste manifestazioni hanno spesso ricadute gravi sulle condotte di vita, sulle relazioni familiari, sulla gestione del lavoro, con conseguenze economiche devastanti. Tali situazioni sono esplose in modo evidente in particolare nel 2021 rispetto al 2019, anno pre-Covid.

Osservatorio di queste aree di sofferenza sono le Strutture di Psicologia, dove le richieste relative a queste problematiche pervengono in un contesto ambulatoriale su invio dei medici di medicina generale o dei pediatri di libera scelta e da dati raccolti presso le ASL To3, To5, Novara, Vercelli si registra un'impennata che va dal 30 al 40%. Sono aumentati i disturbi d'ansia dal 29% al 38%, i disturbi del comportamento alimentare, dal 3 al 9%, le richieste per eventi traumatici, il 9% e le problematiche di carattere relazionale, il 14%. La fascia di popolazione che è esplosa riguarda il target d'età 16/30 anni. Inoltre, almeno il 30% dei pazienti dei medici di medicina generale richiedano un ascolto che poi necessita dell'invio ad un altro ruolo professionale.



Secondo gli esperti intervenuti nel panel il disagio più profondo è legato alla perdita dell'istanza di controllo, che risulta strettamente correlato con la pandemia in corso, destabilizzando in genere il sentimento di auto efficacia delle persone. L'invio allo Psicologo nell'ambito delle Cure Primarie, nel contesto degli specialisti nella riorganizzazione delle Case della Salute, sarebbe un'azione efficace perché potrebbe mettere in campo un primo ascolto e una serie di incontri che possono mobilitare una serie di risorse interne della persona e arginare un rischio di ingravescenza che la mente corre così come il corpo. Inoltre, è fondamentale intervenire in modo sempre più precoce anche attraverso progetti per i ragazzi, che tengano insieme le variabili sociali, psicologiche e culturali.

Di recente la Regione Piemonte ha provveduto con finanziamenti ad hoc per la realizzazione di interventi psicologici presso nuclei familiari con Minori in grave difficoltà relazionale, a sostegno della genitorialità e per un altro progetto finalizzato al potenziamento del supporto psicologico alle Istituzioni scolastiche. Nel contempo il Governo ha ipotizzato e poi respinto il bonus psicologo. Forse l'area della sofferenza emotiva non è ancora sufficientemente degna di attenzione, non è ancora chiaro che se la mente non funziona la persona può andare verso una deriva di invalidità con ricadute da un punto di vista sociale ed economico importanti.

Questi sono gli effetti del lavoro congiunto medico-psicologo sulla spesa sanitaria. In due casi in cui è stato possibile conoscere la spesa farmaceutica relativa agli studi prima e dopo l'ingresso dello psicologo e confrontarla con l'andamento medio della ASL, si è riscontrato un risparmio in un caso del 17%, pari a 75.000 euro in un anno, nell'altro del 14%, pari a 55.000 euro (Solano, 2011, pp.139-143).



I risultati disponibili riguardano la sola spesa farmaceutica e i risultati ottenuti sono relativi all'impiego di tirocinanti in formazione. Se questi risultati venissero confermati da una sperimentazione più ampia, sarebbe evidente la possibilità non solo di ripagare ampiamente la spesa relativa agli psicologi, ma di realizzare un congruo risparmio netto per il Servizio Sanitario Nazionale.

Mentre questi sono i risultati di una ricerca in atto da parte della Cattedra di Psicologia delle Cure Primarie all'Unito (al momento, unica in Italia): un'esperienza torinese. I dati preliminari del progetto sono interessanti, seppur provvisori: sugli 11 pazienti che ad oggi hanno terminato il ciclo di 8 incontri, i valori di ansia (GAD7) scendono da 9,82 a 4,82, quelli di depressione (PHQ9) da 10,54 a 4,45 rendendo di fatto un campione iniziale con dati da popolazione clinica, un campione al termine dell'intervento con valori da popolazione generale.

CAP. 8 - IL RUOLO FUTURO DEGLI ENTI REGOLATORI E DELLE ISTITUZIONI NAZIONALI

Il servizio sanitario nazionale anche durante il Covid, soprattutto durante il Covid, si è dimostrato come uno strumento potentissimo e importantissimo di tutela di salute del paese, delle comunità e anche degli individui, quindi partendo dai principi vanno però ovviamente aggiornati e migliorati, introdurre la tecnologia, l'innovazione ma anche la visione futura di cosa si vuole fare per il futuro. Il PNRR sta creando delle infrastrutture, e non solo alle case di comunità ma anche alle reti informatiche, alle dorsali informatiche, sono dei presupposti importantissimi per creare contesti dove poter vivere meglio.



Sarà quindi ruolo degli enti regolatori e delle istituzioni nazionali riuscire a creare una progettazione sociale, una progettazione urbanistica e del territorio ed è una grande sfida. Il prossimo futuro sarà insomma una sfida rifondativa, di progettazione, di rafforzamento delle strutture, di innovazione tecnologica e di snellimento di tutta una serie di procedure, di capacità di coordinamento. Se si riuscisse a fare questo sarà una grande opportunità per sviluppare i sistemi per fare in modo che la qualità della vita e anche la ricchezza del nostro paese e delle future generazioni possa mantenersi.

Per riuscire a vincere questa sfida per il futuro secondo alcuni panelist, l'Istituto Superiore di Sanità dovrebbe diventare sempre più simile alle sorelle anglosassoni - Stati Uniti e Gran Bretagna. L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) dovrebbe svilupparsi verso la concezione di un ente terzo, come è il NICE (National Institute for Health and Care Excellence) per fornire giudizi più puntuali e veloci sull'accesso dei farmaci, soprattutto quelli innovativi. Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) dovrebbe diventare una struttura di progettazione per la programmazione sanitaria sui grandi Piani nazionali, in collaborazione principalmente con il ministero della Salute. Tali prospettive comportano una revisione della governance degli enti regolatori con la partecipazione delle regioni, vere protagoniste della gestione della sanità nel Paese.



SESSIONI MONDOSANITA'

CAP. 9 - IL VALORE DELLE RETI DI PATOLOGIA NELLA MEDICINA ATTUALE

Le reti di patologie sono fondamentali per assicurare un accesso equanime e di buon livello in tutto il territorio nazionale e in tutte le Regioni, per permettere un'applicazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) che sono ormai l'asse portante per curare al meglio i pazienti, sia all'interno delle strutture ospedaliere, sia all'interno soprattutto della medicina del territorio.

9.1 - Reumatologia

Le reti in reumatologia possono offrire l'opportunità di attivare percorsi che le evidenze scientifiche hanno ampiamente codificato ma che trovano difficile applicazione pratica: in primis la diagnosi precoce delle artriti iniziali e il riconoscimento della lombalgia infiammatoria, ma nel futuro sarà determinante attivare modelli di gestione integrata al pari di altre patologie croniche quali diabete, scompenso cardiaco e BPCO.

Il valore di una rete in reumatologia è quello di offrire, quantomeno a livello regionale, un'omogeneità di offerta e una condivisione dei comportamenti clinici attraverso PDTA. Facendo un esame del quadro generale, gli esperti intervenuti nel panel hanno messo in evidenza alcune criticità che devono essere affrontate sul piano organizzativo e assistenziale: disomogeneità nell'attivazione delle reti, disomogeneità nella distribuzione dell'offerta e l'aumento costante della domanda di cura da parte dei pazienti che chiedono delle risposte concrete. A livello nazionale le reti sono presenti solo in alcune regioni, con vari livelli di operatività.



Attualmente in Italia è presente un fenomeno per cui vi sono sia reti regionali formalizzate con atti deliberativi senza che vi sia un'attuazione pratica, sia attività spontanee non formalizzate. L'obiettivo deve essere naturalmente quello che formalizzazione ed operatività vadano di pari passo in modo che sia garantita la continuità e il mantenimento dei risultati progressivamente raggiunti. Una criticità dell'assistenza reumatologica è la disomogeneità dell'offerta, spesso concentrata nei capoluoghi di provincia e in alcuni casi nei capoluoghi di regione. Il significato di una rete è pertanto anche quello di analizzare dove l'offerta sia allocata e che potenzialità di risposta possa dare e quindi, in sinergia con le Associazioni di Tutela, stimolare l'apertura di nuove strutture o ambulatori specialistici. La domanda di prestazioni reumatologiche è in costante aumento, questo è dovuto sia all'evoluzione delle conoscenze scientifiche, senz'altro ad una maggiore conoscenza da parte dei medici di medicina generale delle patologie reumatiche, che induce maggiore domanda. L'aumento della domanda a fronte di un territorio disomogeneo nell'offerta porta ad un prolungarsi dei tempi di attesa.

È inoltre necessario che la rete comprenda il medico di medicina generale in modo che sia coinvolto nel percorso del paziente. Le reti quindi devono farsi carico anche della formazione dei medici di medicina generale con particolare riferimento ad alcune condizioni cliniche. In questo ambito è determinante agire sulla appropriatezza, prendendo spunto dai documenti esistenti e in particolare il Piano Nazionale per il Controllo dei tempi di attesa e le sue declinazioni regionali, in quanto nel piano vi è un riferimento fondamentale, i RAO (Raggruppamenti di attesa omogenei), da cui partire per favorire l'appropriatezza dell'invio a visita reumatologica, sia per quanto attiene l'indicazione clinica in sé sia per quanto attiene l'attribuzione delle classi di priorità.



La pandemia ha creato delle evidenti difficoltà nella gestione specialistica delle malattie croniche, con interruzioni o quantomeno diradamento dei follow up. Nel futuro il modello pre-Covid non potrà riproporsi; è il momento quindi di individuare modelli di gestione integrata in cui il medico di medicina generale e lo specialista collaborino per ridurre la pressione di follow up sui centri specialistici e favorire i primi accessi in modo che sia maggiormente soddisfatto il bisogno di diagnosi precoce.

9.2 - Cardiologia

Parlando di prevenzione primaria, la rete ha come obiettivi principali le manifestazioni pubbliche di sensibilizzazione ai fattori di rischio coronarico, con un omogeneo e codificato trattamento di questi argomenti. Nel caso delle cure, la rete delle Unità coronariche e dei servizi di emodinamica ha come valori principali la distribuzione logistica e l'esperienza pluriennale, adatte a dare il migliore e più rapido trattamento al paziente acuto con infarto. La rete delle strutture di riabilitazione dovrebbe essere il fiore all'occhiello della cardiologia per riportare i pazienti ad un livello di vita il più normale possibile, superando i sensi di paura del futuro e gli errori terapeutici.

Gli oltre 500 reparti di cardiologia o cardiocirurgia dovrebbero fare capo ad una cardiologia riabilitativa, ma questo si verifica solo in 220 casi, di cui 130 con letti, 60 ambulatoriali e 30 con entrambe le opzioni. Per finire, o meglio ritornare alla rete delle associazioni dei cardiopatici di Conacuore, queste realtà presenti su tutto il territorio nazionale si fanno carico del post ricovero, cioè della prevenzione secondaria, con iniziative di attività fisica, conferenze e ambulatori dedicati. Purtroppo, con la pandemia questo percorso di integrazione ha subito rallentamenti o interruzioni imposti dalle regole di sicurezza.



9.3 - Oncologia

Il modello a rete consente più di altri di garantire prossimità, equità, omogeneità e diritto governato all'innovazione. Gestire le risorse disponibili in maniera appropriata e sostenibile, è un punto chiave di questo percorso e la rete ne rappresenta lo snodo principale. Risorse con cui fino ad oggi si è riusciti a garantire nel nostro paese un buon livello assistenziale ma certamente insufficienti per le sfide legate all'innovazione in arrivo. Pensando solo ad esempio alla governance farmaceutica, si dovrà andare oltre la logica dei fondi per l'innovazione, rendendo strutturali nuove risorse ed abbattendo i silos budget attuali.

Recovery plan, EBSP, sono sicuramente grandi opportunità da cogliere e la rete potrebbe rappresentare il "giusto Broker per il paziente". La rete come organismo di coordinamento dell'intero sistema oncologico, garantisce processi di semplificazione e di appropriatezza nella programmazione in questo settore: dagli investimenti su tecnologie pesanti all'individuazione dei centri di riferimento, dall'equilibrio tra prevenzione ricerca e cura, all'interlocuzione con il mondo dell'Industria, dalla opportunità di una maggiore integrazione tra ospedale e territorio, al monitoraggio dell'efficacia e dell'efficienza dei percorsi di cura.

Il valore espresso dai pazienti maggiormente coinvolti e consapevoli all'interno di nuovi e moderni percorsi di cura, dovrà essere un passaggio fondante di questo nuovo scenario.



9.4 - Ematologia

Un esempio emblematico dell'importanza delle reti di patologia è rappresentato dalla leucemia mieloide cronica, in cui l'applicazione della medicina di precisione ha condotto ad una sopravvivenza dei pazienti superiore al 90% nel lungo termine. L'efficacia delle reti di patologia è particolarmente alta nelle malattie oncoematologiche per vari motivi: il sistema a rete "hub and spoke" permette di riferire pazienti di alta complessità, quali ad esempio le leucemie acute, a centri "hub" dedicati, in un rapporto di co-gestione con i centri "spoke"; in ottica di Medicina di precisione e terapia target basata sulle caratteristiche molecolari della neoplasia, il sistema a rete permette la creazione di nodi con elevatissima specializzazione clinica e laboratoristica in uno specifico gruppo di malattie; in termini di terapie innovative, il sistema a rete permette di condividere e ampliare la disponibilità di trial clinici con farmaci innovativi non ancora entrati in uso clinico standard.

9.5 - Diabete

Le reti di patologie sono fondamentali per assicurare un accesso equanime e di buon livello in tutto il territorio nazionale e in tutte le Regioni, per permettere un'applicazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) che sono ormai l'asse portante per curare al meglio i pazienti, sia all'interno delle strutture ospedaliere, sia all'interno soprattutto della medicina del territorio. Per il diabete rappresenta anche un nuovo modo di gestire la presa in carico delle persone con diabete per fare sì che non ci sia un abbandono alle cure che, oggi, in questa pandemia si attesta intorno al 25-30%. Affinché il sistema risponda ai bisogni delle persone con diabete lo stesso dovrà rispondere a quanto espresso nella legge 115/87 e nel successivo Piano Nazionale della Malattia Diabetica. Ciò significa realizzare un sistema reticolare multicentrico, il fascicolo sanitario elettronico, la telemedicina, il team diabetologico e l'integrazione con i medici di medicina generale che sono le chiavi per garantire una assistenza efficace ed efficiente.



Il diabete è una patologia dall'elevata complessità, non a caso viene definito il prototipo della cronicità. Proprio per questo l'assistenza offerta alle persone con diabete trova la sua risposta nel modello che meglio permette di gestire la complessità, la rete assistenziale. I nodi che la compongono devono esprimere tutte le figure professionali coinvolte all'interno del percorso di cura a favore della popolazione con diabete. In questo senso, il ruolo del diabetologo è quello di ispirare, coordinare, misurare e proporre progetti di miglioramento della assistenza che la rete riesce ad esprimere. Tutte le realtà professionali coinvolte nel percorso multidisciplinare a favore delle persone con diabete (medici di medicina generale, infermieri, cardiologi, nefrologi, geriatri, oftalmologi, pediatri, podologi dietisti, psicologi, farmacisti, rappresentanti delle direzioni sanitarie e gli stessi pazienti) sono chiamati a integrarsi con un approccio che vada veramente oltre alla logica dei silos, con l'obiettivo ultimo di offrire la migliore qualità di cura a garanzia della migliore qualità di vita per le persone con diabete. Tutto questo è ancor più valido se contestualizzato rispetto ai servizi sanitari che verranno offerti nello scenario che si andrà a delineare all'uscita dalla emergenza Covid, ove territorialità, integrazione, digitalizzazione e telemedicina, saranno le parole chiave.

9.6 - Dietologia

Il ruolo della nutrizione clinica è peculiare, in quanto si tratta di una specialità trasversale, che riveste una funzione primaria, sia nella continuità assistenziale fra ospedale e territorio, sia nei confronti delle strutture che operano nella prevenzione. In Piemonte con DGR 18-13672 del 29.03.2010 è stata istituita la Rete regionale delle Strutture di Dietetica e Nutrizione clinica. Con successiva Determinazione n. 507 del 28.07.2010 è stata stabilita la composizione e le modalità operative della Commissione regionale di Coordinamento.



Nella Regione Piemonte, l'attività di nutrizione clinica si basa su di un modello organizzativo (le Strutture di Dietetica e Nutrizione Clinica - SODNC) che integra le attività a livello ospedaliero, ambulatoriale e domiciliare, e che connette, in modo organico, l'area della nutrizione clinica con le altre aree terapeutiche. La Rete regionale, riorganizzata con la recente DGR 21-3634 del 30.7.2021, è ora composta da 16 strutture, 14 per il paziente adulto e 2 per il paziente in età evolutiva, che sono, per l'Area omogenea Torino, l'ASL Città di Torino, ASL TO4, AOU Città della Salute e della Scienza (presidio Molinette per adulti e presidio OIRM/S. Anna per età evolutiva); per l'Area omogenea Torino Ovest, l'AOU S. Luigi di Orbassano, AO Ordine Mauriziano di Torino e ASL TO 3; per l'Area omogenea Piemonte Sud Ovest, l'ASL CN 2, AO S. Croce e Carle di Cuneo; per l'Area omogenea Piemonte Nord Est, l'ASL VCO, ASL VC, ASL BI, AOU Maggiore della Carità di Novara; per l'Area omogenea Piemonte Sud Est, l'ASL AT, AO SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria (presidio SS. Antonio e Biagio per adulti e Presidio C. Arrigo per età evolutiva). L'attività delle strutture è fondata sulla condivisione di documenti delle Società scientifiche nazionali ed internazionali di riferimento (linee guida accreditate) che hanno determinato la stesura delle procedure attualmente in uso: procedura sulle modalità operative della visita nutrizionale, gestione della nutrizione enterale domiciliare (NED), gestione della nutrizione parenterale domiciliare (NPD). Attraverso riunioni operative mensili, i referenti medici e dietisti delle strutture di Dietetica e Nutrizione clinica si confrontano al fine di rendere omogenea ed efficace l'applicazione di tali procedure e quindi l'assistenza fornita su tutto il territorio regionale.

Un modello, quello piemontese, che potrebbe essere esportato in tutte le regioni che ancora sono sprovviste di una sovrastruttura per la dietetica e la nutrizione clinica.



9.7 - Medicina dello Sport

Le forti evidenze scientifiche dell'ultimo ventennio in merito all'importanza dell'attività fisica come vero e proprio farmaco (“exercise pill”) che può contribuire alla prevenzione e al trattamento delle patologie croniche, hanno modificato il nome ed il ruolo della Medicina dello sport, oggi divenuto: “Medicina dello Sport e dell'Esercizio”.

Una delle Regioni che maggiormente riconosce l'importanza di questa disciplina è la Regione Veneto che attraverso il PSSR 2019-2023 riconosce il ruolo rilevante che questa disciplina può svolgere, in ambito preventivo, diagnostico e terapeutico, estendendolo ben oltre la funzione storica di tutela sanitaria delle attività sportive. L'intervento attraverso l'esercizio fisico è infatti in linea con questo Piano, per quanto riguarda il richiamo alla necessità di migliorare l'appropriatezza delle cure e l'accessibilità ai trattamenti, sia per le patologie più frequenti e più frequentemente causa di ricovero (patologie cardiovascolari, polmonari, renali, etc.), sia per affrontare in maniera appropriata il progressivo invecchiamento della popolazione e per rallentare la cronicizzazione e diminuire le complicanze e le disabilità.

A supporto di ciò, nel 2020 è stata attivata in Veneto la Rete Clinica di Medicina dello Sport e dell'Esercizio, che si pone come organizzazione efficace per la realizzazione di ogni intervento preventivo e terapeutico in cui la prescrizione dell'esercizio fisico strutturato (EFS) venga utilizzata per contrastare le malattie croniche e ridurre il carico di morbilità e disabilità nei soggetti affetti da patologie e a rischio, in un'ottica di sinergie e intersettorialità.



CAP. 10 - DISTINZIONE TRA DIAGNOSTICA DI 1° e 2° LIVELLO, HOME CARE DI ALTA COMPLESSITÀ E OFFERTE INTEGRATE

La diagnostica di primo livello deve essere effettuata all'interno del territorio, anche per non intasare gli ambulatori ospedalieri che dovrebbero effettuare per lo più la diagnostica di secondo livello, cioè quando al paziente è già stata diagnosticata una malattia che necessita di ulteriore approfondimento e cure complesse. Per fare una diagnostica di primo livello territoriale, bisogna aumentare le competenze del personale infermieristico e dei medici di famiglia in linea con quanto avviene negli altri Paesi europei. Naturalmente è necessaria una progettualità nazionale e regionale, che vada dalla formazione alla compilazione integrata di protocolli di uso della diagnostica e della tecnologia attuale e futura, sempre più orientata anche ad un uso extra ospedaliero.

10.1 - Presa in carico delle cronicità

Le patologie croniche oggi sono una sfida per i sistemi assistenziali che non può essere vinta senza organizzazione adeguata, senza integrazione tra professionisti diversi e senza una indispensabile centralità del cittadino-paziente, che deve divenire consapevole ed esperto (empowered). È quindi necessario per il Paese ricomporre la contrapposizione di processi che vedono, da una parte, il Sistema sanitario, che restringe ed affina i propri ambiti di intervento attraverso l'appropriatezza e, dall'altra, le trasformazioni socio-economiche e l'indebolimento delle reti sociali. Pertanto per rispondere al maggiore bisogno (incremento delle patologie croniche) la chiave di lettura dei bisogni di salute va oggi rivista e richiede anche un maggiore coinvolgimento del cittadino e paziente in un rinegoziare delle attività di prevenzione e cura e quindi promuovere nuove forme di presa in carico. Il Piano nazionale della cronicità (2016) può essere considerato uno strumento "generalista" di riferimento nazionale per le successive articolazioni regionali del PNRR, che rappresenta una preziosa occasione per metter mano davvero ad una concreta presa in carico delle cronicità sul territorio.



Al centro delle riflessioni la “medicina d’iniziativa” e del “follow up attivo”. “Territorializzare non significa espropriare l’ospedale, né lo specialista ospedaliero, di una sua precipua funzione di riferimento nella gestione dei pazienti cronici. Lo sforzo deve essere, innanzitutto, quello di prevenire i ricoveri attraverso il potenziamento del territorio ed in particolare ricorrendo allo strumento della “medicina d’iniziativa” e del “follow up attivo”, strumenti che permettono di garantire un monitoraggio stabile e proattivo dei pazienti, in particolare di quelli a stadio più avanzato di malattia, e di intraprendere azioni correttive quando cominciano a palesarsi i primi segni di scompenso. Conseguentemente, un sistema assistenziale orientato alla gestione della cronicità deve programmare il proprio sistema di valutazione orientandosi su tre focus principali: il paziente-persona e il suo progetto individuale di salute “globale” definito attraverso un “Patto di Cura” personalizzato e condiviso che consideri la sua condizione clinica e il contesto di vita in cui la malattia viene vissuta(determinanti socio-ambientali); i processi attivati, e non solo gli esiti effettivamente raggiungibili nella storia del paziente, dato che alcune misure nel breve-medio periodo sono leggibili come misure di processo e come esiti intermedi (intermediate outcome); il sistema organizzativo socio-sanitario, basato sull’attivazione di “ leve di sistema” (politiche, strategiche, gestionali, organizzative, operative, ecc.) da parte dell’organizzazione capaci di ottenere risultati validi sui pazienti e sulle loro storie.

In Italia si contano 5,5 infermieri per 1.000 abitanti, 4 medici per 1.000 abitanti e 24.040.000 milioni di persone (il 39,9% del totale) con una malattia cronica in Italia (dato Istat 2017), di cui il 55% ha più di 60 anni. Di fronte a questi numeri, c’è la necessità di riflettere sul vero patrimonio di un sistema sanitario, i suoi professionisti e quindi una precisa definizione del loro vero fabbisogno.

Le classificazioni per cronicità sono state nel tempo oggetto di numerosi approfondimenti ed oggi le varie “banche dati assistito” offrono informazioni preziose e puntuali, necessitano di standardizzazione ed uniformità.



Per quanto riguarda la cronicità e risposte di 1° e 2° livello, solo una reale integrazione tra i vari livelli (alta specialità/ospedaliera specialistica/territoriale) può dare la risposta più utile: i problemi sono per lo più organizzativi essendo necessaria una compartecipazione delle varie componenti territoriali e specialistico ospedaliere a diversi fondamentali momenti quali formazione, predisposizione PDTA da coordinarsi a livello complessivo.

La governance complessiva deve consentire una sinergia positiva tra professionisti che provengono da aziende/enti diversi con rapporti di lavoro non omogenei; ed è importante la valorizzazione del ruolo dei professionisti della sanità (infermieri, tecnici sanitari, fisioterapisti, assistenti sanitari, ostetriche, logopedisti) in quanto sono una risorsa ineludibile in particolare per nuove capacità di risposta ai bisogni territoriali. Infine, occorre una disponibilità di tecnologie informative idonee e percorsi di accesso differenziati, 1° livello territoriale, 2° livello specialistico, e in ogni caso con presa in carico dei vari bisogni complessiva.

10.2 - La normativa sui futuri ruoli del personale non medico nel territorio

In Italia occorre affrontare e risolvere la questione infermieristica: rispetto alla media dei Paesi europei, e riferendoci alla popolazione nel suo complesso, l'Italia presenta un gap di -3,93 infermieri ogni 1.000 abitanti, soprattutto rispetto al fabbisogno per le fasce più anziane (e in crescita) della popolazione perché nel paese si registra un tasso molto inferiore alla media europea. I dati a disposizione sono allarmanti e devono spingere ad un cambiamento organizzativo. Nel 2018 in Italia operano 5,5 infermieri per 1.000 abitanti contro i 7,8 del Regno Unito, i 10,8 della Francia ed i 13,2 della Germania. Solo la Spagna si attesta a un tasso simile a quello italiano, pari a 5,8 ogni 1.000 abitanti.



Alla luce di questi dati, per adempiere agli obiettivi di riorganizzazione dell'assistenza territoriale in Italia mancano oltre 60mila con una suddivisione su base regionale pari a 27mila al Nord, circa 13mila al Centro e 23.500 al Sud e nelle Isole.

Le proposte a breve, medio e lungo termine per far fronte alla carenza di infermieri presentate nel corso del panel sono: la possibilità di aumentare il numero di docenti-infermieri nelle università (oggi ce n'è uno ogni 1.350 studenti contro uno ogni sei di altre discipline) per poter poi incrementare con la giusta qualità il numero di infermieri la cui carenza è ormai un allarme; la previsione di una valorizzazione economica e organizzativa delle competenze specialistiche degli infermieri introducendo corsi di laurea magistrale ad indirizzo specialistico professionale e sviluppare le competenze digitali per supportare l'innovazione dei modelli di servizio; promuovere una cultura diffusa della ricerca clinica; il superamento del vincolo di esclusività che oggi lega l'infermiere nel rapporto di lavoro con il servizio sanitario pubblico.

La valorizzazione del personale è una condizione indispensabile per accompagnare i grandi processi di innovazione del Servizio sanitario nazionale così da rispondere ai nuovi fabbisogni di salute, all'evoluzione demografica e sociale, alle opportunità offerte dalle nuove tecnologie, agli shock come quello dell'epidemia di Covid-19. In un contesto professionale è necessario far leva sulla motivazione dei professionisti, garantire l'autonomia e l'esercizio della responsabilità, investire sullo sviluppo delle competenze, promuovere il merito e riconoscere i risultati.



Numerose sono le iniziative legislative in materia di riordino dei modelli e standard per l'implementazione e riorganizzazione dell'assistenza territoriale che in ordine cronologico vedono: il D.M.2 aprile 2015 n. 70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera; il DPCM 12/01/2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. laddove all'art. 22 disciplina l'organizzazione del servizio di "Cure domiciliari"; intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131 adottato in data 04 agosto 2021 sul documento recante "Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178"; la legge 17/07/2020 n. 77 quale conversione del D.L. n. 34/2020 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" con la quale si identifica la figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità un professionista che opera sul territorio ed ha un forte orientamento alla gestione proattiva della salute e opera rispondendo ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento, favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi. In ultimo, con l'avvio di tutti i processi correlati al Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) si tenta di armonizzare e contestualizzare l'insieme dei servizi territoriali valorizzando la figura dell'infermiere e dell'infermiere di famiglia e Comunità in particolar modo, quale agente di cambiamento.

La sfida quindi è decisiva per garantire le necessarie risposte sanitarie e sociali alla popolazione ma occorre anche tener conto nella definizione di nuove funzioni e competenze per l'infermiere e le professioni sanitarie tutte, anche la questione correlata agli organici del personale e allo sviluppo delle competenze specialistiche.



10.3 - Il ruolo della Direzione Generale e Sanitaria di ASL per la governance della Medicina territoriale

Lo scenario attuale fa intravedere l'evento pandemico come uno spartiacque tra una sanità territoriale gestita in maniera piuttosto arcaica e burocratica e la possibilità di costruire un modello in cui le professionalità si appoggiano alla tecnologia. Il dirigere un'ASL che ha in pancia tutti i setting assistenziale, dall'ospedale Dea di secondo livello al poliambulatorio più periferico, permette di fare un ragionamento di razionalizzazione della rete di offerta di diagnostica completo, con una regia centrale, e che veramente potrebbe costituire un laboratorio unico in Italia – spiega Carlo Picco -. La vera sfida del territorio sarà la telemedicina, non intesa come rapporto diretto tra sanitario e paziente, ma come presa in carico di tutta la cronicità aziendale con un sistema di filtri e automatismi 'laici' che permetta ai sanitari l'intervento più appropriato stratificando in tempo reale il bisogno. In questo senso cogliamo lo stimolo del PNR nel suo aspetto, a nostro avviso più originale, quello della Cot declinandolo però secondo le nostre esigenze di grande area metropolitana.

10.4 - PDTA e integrazione professionale, chi fa che cosa e con quali strumenti terapeutici

L'integrazione delle cure, intesa come l'insieme di tecniche e modelli organizzativi che creano le condizioni per il collegamento, l'allineamento e la collaborazione all'interno dei settori in cui si articola l'offerta dei servizi sanitari, rappresenta il gold standard degli attuali sistemi. Ciò presuppone una forte motivazione da parte dei professionisti a mettere in gioco le proprie competenze in vista di risultati tangibili. I PDTA sviluppati in questi anni sono l'elemento di conoscenza basilare cui ispirare l'azione degli operatori dei servizi e derivarne specifici indicatori di buon esito. La Winter School in questo senso agisce da paradigma di questa nuova visione al passo con i tempi.



10.5 - HCV e Epatopatie

Un percorso critico ma costruttivo nella distinzione di diagnostica di 1° e 2° livello non può che contribuire ad una migliore conoscenza dei percorsi virtuosi necessari alla miglior gestione della patologia, per un trasferimento dal livello di consapevolezza degli specialisti a quello dei medici di base, attraverso un'informazione globale, tridimensionale, ma anche schematica e capillare.

La diagnosi ed il miglioramento del percorso di cura dell'epatite causata dal virus HCV (epatite C) hanno rappresentato un vero esempio di come ricerca scientifica, organizzazione, spinta farmaceutica, innovazione, sostenibilità del sistema, accesso alle cure e determinazione del prezzo hanno permesso il costante miglioramento delle terapie e del relativo successo in un Market Access complesso e frammentato. La politica del Farmaco e la disponibilità dell'accesso alle cure nel Sistema sanitario nazionale sono elementi oggi strutturali nella risposta del Sistema, sia esso nazionale o regionale. Le diverse regioni hanno impostato o tentato di impostare una filiera applicativa e di controllo sullo screening dei potenziali soggetti malati, sull'uso di tali cure attraverso la valutazione delle terapie tramite HTA, la stima dei pazienti eleggibili, la programmazione delle terapie e il monitoraggio dei risultati nei casi trattati. Il successo globale nella cura dell'epatite C ha rappresentato un paradigma della ricerca biomedica, in primis per i farmaci innovativi con grande efficacia terapeutica, che hanno peraltro determinato un importante impatto economico con criticità per la sostenibilità, da un lato per il notevole numero di pazienti da trattare e dall'altro a causa della limitata disponibilità di risorse impiegate, in uno scenario peraltro in rapida evoluzione per la sequenza temporale di nuove molecole che di volta in volta sono comparse sul mercato e per le strategie, complesse e talvolta troppo confidenziali, di negoziazione dei farmaci. Di conseguenza, seppur in un progressivo reclutamento dei pazienti affetti da Epatite C secondo i criteri AIFA, le realtà regionali non hanno sempre potuto omogeneamente assicurare l'accesso al trattamento coi nuovi farmaci per l'Epatite C.



10.6 - La resistenza antimicrobica AMR

La resistenza antimicrobica (AMR) è una delle principali cause di morte a livello globale, con un carico potenzialmente superiore a quello dell'HIV o della malaria. I dati sono sorprendenti: nel 2019 i decessi di 4,95 milioni di persone sono stati associati alla concausa di infezioni batteriche resistenti ai farmaci. Mentre 1,27 milioni di decessi sono stati causati direttamente dall'AMR.

La minaccia di AMR è stata segnalata da tempo. E le misure necessarie per affrontare la resistenza antimicrobica: aumentare la consapevolezza pubblica, una migliore sorveglianza, una migliore diagnostica, un uso più razionale degli antibiotici, accesso ad acqua pulita e servizi igienici, ridurre l'impiego di antibiotici alla sola terapia mirata in zootecnia e per gli animali da compagnia, abbracciare la One Health e investimenti per la ricerca di nuovi antimicrobici e vaccini – sono state costantemente raccomandate in rapporti come The Lancet Infectious Diseases Commission on Antibiotic Resistance nel 2013 e il rapporto O'Neill nel 2016.

Nonostante gli sforzi compiuti la antimicrobico-resistenza rappresenta una vera e propria epidemia nella pandemia. Già ben nota come causa di infezioni ospedaliere gravi e talvolta letifere, specialmente ma non esclusivamente in terapia intensiva, l'antimicrobico-resistenza è un fenomeno biologicamente ineluttabile poiché indissolubilmente legato all'utilizzo degli antibiotici ma controllabile nelle sue dimensioni e nella sua capacità di diffusione.

Le infezioni gravi da microrganismi resistenti agli antibiotici hanno accompagnato la pandemia Covid-19 e hanno sicuramente contribuito alla morte di una quota rilevante di pazienti gravi rappresentando l'evento letifero conclusivo di un decorso complicato. Purtroppo l'infection control, le buone regole e di pratica assistenziale che prevengano le infezioni crociate sono diffuse in modo disomogeneo e vengono spesso ignorate nella concitazione assistenziale.



Programmi di stewardship antimicrobica che uniscono in modo armonico il buon uso degli antibiotici, la diagnostica microbiologica rapida e l'infection control sono indispensabili per rilanciare la lotta contro l'Amr e rendere i nostri ospedali un luogo più sicuro per i nostri pazienti. Dobbiamo lavorare ed impegnarci per l'ospedale che cura e ridimensionare sino ad eliminare l'ospedale che ammalata: servono risorse programmi ben definiti responsabilità ed un sistema di verifica serio.

Ci sono state alcune risposte degne di nota negli ultimi dieci anni, specialmente in UE. Il sistema globale di sorveglianza della resistenza e dell'uso antimicrobico è stato lanciato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2015. Nel 2015 è stato istituito il Fleming Fund (un programma di aiuti a sostegno di 24 paesi dell'Africa e dell'Asia per affrontare la resistenza antimicrobica). Nel dicembre 2021, i ministri delle finanze del G7 hanno rilasciato dichiarazioni a sostegno ulteriore dello sviluppo di nuovi antibiotici. Resta tuttavia molto da fare, soprattutto se si considera, alla luce dell'esperienza Covid-19, la potenziale capacità dei patogeni di diffondersi lungo le linee di transito di merci e persone del mondo globalizzato.

SESSIONE DENTRO LA SALUTE

CAP. 11 - GESTIONE DELLE PATOLOGIE TRASMISSIBILI: L'HIV E LE AZIONI DA METTERE IN CAMPO

Negli ultimi decenni l'infezione da HIV si è progressivamente trasformata in patologia cronica con guarigione funzionale nella maggior parte dei pazienti grazie alla disponibilità di terapie antiretrovirali sempre più efficaci e al controllo della diffusione del contagio attraverso importanti strategie di profilassi post-esposizione.



La maggiore disponibilità di farmaci ad elevata barriera genetica e potenza gravati da minori effetti collaterali sulla qualità della vita, ha reso possibile la scelta di strategie terapeutiche anti-HIV non più soltanto sulla base delle capacità dei farmaci di indurre una completa soppressione della replicazione virale nel breve/medio termine, ma anche sulla base della possibilità di individualizzare e personalizzare la terapia nei pazienti più fragili.

Le scelte terapeutiche devono, infatti, favorire l'aderenza e l'assenza di tossicità sul medio-lungo termine, controllando l'infiammazione cronica e il rischio di patologie HIV-correlate e influenzando positivamente sulla qualità di vita della persona con HIV. Con il sostanziale miglioramento delle aspettative di vita della popolazione HIV, si assiste all'innalzamento dell'età media e ad un incremento delle patologie cronico-degenerative proprie dell'età avanzata, per le quali è essenziale il controllo delle interazioni farmacologiche nell'ambito di strategie terapeutiche individualizzate sulla persona. Sul fronte degli strumenti diagnostici che contribuiscono al miglioramento della gestione terapeutica del paziente HIV.

Inoltre con la tropicalizzazione dell'Europa stanno aumentando una serie di malattie infettive, che prima non vedevamo più. Come la Dengue per esempio, o la tubercolosi. Soprattutto abbiamo allentato l'attenzione nei confronti dell'epatite C, dell'HIV /AIDS, per cui abbiamo trascurato non soli i pazienti accertati ma tutto un sommerso da inquadrare e portare all'interno del Servizio Sanitario Nazionale per curarlo, tanto più ora che abbiamo cure importanti ed innovative per queste patologie.

Occorre quindi tornare a parlare di patologie che non sono affatto diminuite, ma al contrario sono aumentate e che probabilmente hanno sofferto - così come i tumori e le malattie cardiovascolari - della impossibilità di accedere alle strutture durante la pandemia da Covid-19.



11.1 - Il progetto APRI 2.0 Aids Plan Regional Implementation

L'HIV rappresenta una malattia ad alto impatto sociale e assistenziale che, grazie all'evoluzione della patologia, ormai rappresenta un esempio paradigmatico di cronicità ad alta complessità.

Questo richiede una presa in carico intesa come governo dell'intera filiera assistenziale dall'identificazione precoce dell'infezione da HIV nella popolazione infetta e inconsapevole, fino alla presa in carico continuativa. Il progetto APRI 2.0 Aids Plan Regional Implementation sviluppato dal Cergas-SDA Bocconi in 4 Regioni italiane - Piemonte, Puglia, Sicilia e Veneto - ha messo sotto osservazione le varie fasi del percorso al fine di identificare delle azioni per migliorare la presa in carico dei pazienti lungo il continuum of care.

11.2 - Gli effetti della pandemia Covid-19

La pandemia da Covid-19 ha comportato una drammatica riduzione delle attività di prevenzione e screening anche nell'ambito delle malattie a trasmissione sessuale. Il numero di test HIV è sensibilmente diminuito e questo potrebbe comportare in un prossimo futuro un aumento di nuove diagnosi.

È quindi auspicabile, anche grazie all'utilizzo di test rapidi, aumentare l'offerta di screening per l'HIV ed altre malattie infettive anche in occasione dell'esecuzione di altri esami ematici o in occasione di altri controlli clinici.

Misure di prevenzione ed informazione, aumento dei test di screening, terapia antiretrovirale al momento della diagnosi possono permettere di ridurre sensibilmente il numero di nuove infezioni da HIV.



11.3 - La necessità di Reti di patologia

In molte regioni italiane è necessaria la costruzione e/o attivazione di reti di patologia. Il concetto di rete però deve essere inteso nel duplice aspetto: sia dell'istituzione vera e propria di una rete con i vari soggetti coinvolti, istituzionali e non (Regione, Comuni, ASL, Associazioni volontariato e Soggetti Terzo settore, ecc.) finalizzato, ad esempio, all'empowerment di comunità locale, sia il potenziamento di reti esistenti fornendo loro materiale (ad es test di screening, naloxone, brochure informative).

Le reti sono di fondamentale importanza nel governare fenomeni complessi che richiedono il coinvolgimento di tanti attori ma hanno anche il loro costo, in termini di costruzione di obiettivi strategici su cui puntare, tempo da dedicare e capacità di interlocuzione e mediazione. Oggi la pubblica amministrazione in relazione alle sempre più scarse risorse umane e finanziarie, pare abbia rimosso la cultura della capacità di costruire obiettivi a medio e lungo termine, muovendosi nel "hic et nunc".

Le attività sembrano incanalate sotto la regola aurea della tempestività e immediatezza di risposte, bypassando forzatamente tempo, dialogo, capacità di concertazione/mediazione.

11.4 - Cosa fare per il futuro

Dalla ricerca è emerso come sia necessario adottare una strategia basata sulle evidenze, capace di sfruttare quanto appreso con l'esperienza Covid relativamente allo svolgimento dei tamponi su larga scala e di coinvolgere nuovi attori, come il terzo settore e le associazioni, nelle attività di screening e testing. L'HIV/AIDS può essere considerato come esempio paradigmatico per sviluppare nuove forme di coordinamento e connessioni sia all'interno delle Aziende sanitarie sia tra le Aziende sanitarie e le Regioni.



Emerge nell'attuale contesto di sanità la necessità di

- agire sulle connessioni tra servizi alla persona e alla comunità,
- puntare sui modelli organizzativi a rete e sulla definizione di percorsi di presa in carico condivisi tra ospedale e territorio;
- potenziare e riconoscere il coinvolgimento di attori, quali il terzo settore e le associazioni di categoria, che sono stati tradizionalmente in prima linea nella lotta dell'HIV;
- sfruttare le opportunità connesse con il PNRR, l'investimento in digitalizzazione e l'attuale proposta di riforma del Distretto e dei servizi territoriali che attribuiscono un ruolo centrale alla comunità.

CAP. 12 DISRUPTIVE INNOVATION IN ONCOLOGIA: GLI ESEMPI DEL CARCINOMA DELLA MAMMELLA TRIPLIO NEGATIVO E DELLE CAR-T DUE SFIDE DA VINCERE SUBITO

La disruptive innovation è un'innovazione dirompente che può cambiare la storia naturale della malattia di molti pazienti. Negli ultimi anni sono stati sviluppati dei farmaci estremamente importanti che, da una sopravvivenza di un paziente metastatico di 6 mesi con carcinoma triplo negativo, consentono di aumentarne la sopravvivenza di anni e quindi la capacità di cura di queste sfortunate pazienti.

Le CAR-T sono invece l'ingegnerizzazione delle cellule dei pazienti che vengono adibite e trattate in maniera tale da poter sconfiggere, per ora, tumori quali i linfomi, le leucemie, il mieloma multiplo. Queste terapie immunoterapiche consentono a circa un 40% di pazienti senza altre possibilità non solo di essere curati, ma di guarire definitivamente.

È una prospettiva importante che comporta però una governance e una organizzazione dell'offerta di cura in ospedali di riferimento in pazienti opportunamente selezionati.



12.1.1 - Carcinoma Mammario Triplo Negativo

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%.

Nel metastatico però, la sopravvivenza è purtroppo ancora bassa, dipendendo dalle caratteristiche della paziente, dall'aggressività della patologia e dalle minori opzioni terapeutiche disponibili. Il trattamento di questa patologia oncologica è perciò strettamente legato allo stadio in cui la malattia viene diagnosticata ma anche alle caratteristiche genetiche del tumore, ed oggi sono in commercio validi supporti per lo studio di questo aspetto.

Nel carcinoma mammario triplo-negativo (10 - 15% tra le neoplasie della mammella) attualmente la tipologia a prognosi più complessa, con una sopravvivenza media dalla diagnosi nettamente inferiore rispetto alle altre forme, si aprono oggi importanti prospettive di cura, dopo l'immunoncologia più recentemente i coniugati anticorpo-farmaco.

In questa area terapeutica importante come dovrà essere la strategia di accesso alle nuove terapie e l'organizzazione come dovrà rispondere a tutto questo, mantenendo la sostenibilità del sistema di cure.



12.1.2 – Nuove opportunità di cura per il Carcinoma Mammario triplo negativo

Il tumore al seno triplo negativo è caratterizzato dal fatto che le sue cellule non esprimono nessun recettore che possa essere considerato un bersaglio terapeutico, come avviene per altri tipi di tumore al seno, ovvero il recettore dell'estrogeno (ER), il recettore del progesterone (PR) e il recettore 2 per il fattore di crescita epidermico (HER2). Non è quindi possibile impostare terapie mirate con farmaci a bersaglio molecolare e la chemioterapia rimane così la prima risorsa, combinata con l'immunoterapia in quel 40-50% di casi in cui è presente la proteina PD-L1. Ma una serie di studi recenti hanno stabilito l'efficacia di una nuova classe di farmaci, gli immunoterapici, in particolare gli inibitori dei checkpoint immunitari, la cui scoperta è valsa il premio Nobel per la medicina nel 2018 e che funzionano "togliendo i freni" al sistema immunitario.

È stata, infatti, di recente approvata la combinazione di un chemioterapico (chiamato nab-paclitaxel) e di un inibitore dei checkpoint immunitari (atezolizumab) per il trattamento della prima linea metastatica della malattia. I dati ottenuti dallo studio NeoTRIP, che riguardano 260 donne, sono molto promettenti. Ad esempio, analizzando le biopsie dopo appena un ciclo terapeutico, cioè a poche settimane dall'inizio del trattamento, i ricercatori non hanno trovato traccia di tessuto tumorale in ben un terzo delle pazienti e circa 2 pazienti su 3 con un tumore inizialmente PD-L1 negativo, diventavano positivi per PD-L1, indicando che il farmaco potrebbe essere efficace anche per queste pazienti, come suggerito già da altri studi.

Questi nuovi farmaci sono caratterizzati dalla co-presenza di un anticorpo che riconosce e attacca determinati recettori presenti nelle cellule tumorali di tumore triplo negativo e da un farmaco chemioterapico che viene così portato dove deve agire. Inoltre sono caratterizzati da un particolare meccanismo di trasporto che ne amplifica la diffusione alle cellule neoplastiche.



Al momento possono essere utilizzati solo in casi selezionati, ma rappresentano molto più di una speranza per le future terapie contro il carcinoma mammario triplo negativo, che rappresenta un rischio anche e soprattutto per le donne più giovani, dal momento che colpisce sotto i 40 anni con un'incidenza quasi doppia rispetto alle altre forme di tumore al seno.

12.1.3 – CONCLUSIONI e CALL TO ACTIONS

Secondo i dati attualmente disponibili, il carcinoma mammario triplo-negativo ha una sopravvivenza media dalla diagnosi nettamente inferiore rispetto alle altre forme.

Questo è il motivo per cui la ricerca è molto impegnata per lo sviluppo di nuove strategie che migliorino le conoscenze delle caratteristiche del tumore e permettano di utilizzare terapie quali ad esempio l'immunoterapia, consentendo il più possibile una personalizzazione della cura.

In questa area terapeutica è importante che la strategia di accesso alle nuove terapie e l'organizzazione rispondano ai nuovi bisogni della donna con tumore triplo negativo, coniugando efficienza e sostenibilità, creando una massa critica comune di competenze, sia cliniche sia produttive, che possano lavorare insieme come sistema anche utilizzando nuovi approcci cellulari e molecolari.

Il contesto più appropriato si è dimostrato essere quello delle "Breast unit", unità multidisciplinari specializzate nella cura del tumore mammario, in cui diagnosi, trattamento medico e chirurgico, riabilitazione, consentano una pianificazione ottimale delle opzioni terapeutiche disponibili, al fine di raggiungere i migliori risultati possibili.



- Le nuove terapie richiedono dei percorsi diagnostico-terapeutici dedicati che non possono essere identificati all'infuori di Breast-Unit codificate.
- I Molecular Tumor Board regionali devono evolversi per diventare anche un forum di discussione di tutte le situazioni complesse di cui afferiscono i centri più piccoli. In questa ottica potrebbero rientrare diversi casi di tumore triplo-negativi.
- Aggiornamento dei LEA con fondo ad hoc finalizzato ad implementare i LEA esistenti e acconsentire la loro tariffazione soprattutto in ambito diagnostico.
- Per riuscire a garantire un corretto finanziamento è necessario superare l'ottica dei budget a silos promuovendo tutto il percorso diagnostico e terapeutico del paziente.
- La diagnosi precoce resta di fondamentale importanza per il trattamento del carcinoma mammario, è necessario quindi potenziare il sistema nazionale di screening anche a fronte dello stop subito a causa del Covid.
- È fondamentale che ci siano gruppi oncologici multidisciplinari dedicati e con step di azione ben definiti. Sfortunatamente non sempre la valutazione multidisciplinare avviene anche in fase pre-chirurgica, mentre farlo è un elemento chiave dell'appropriatezza del percorso.
- Deve essere messo a disposizione un reale percorso di riabilitazione per le persone con tumore alla mammella. Percorso che deve essere dotato anche dello psico-oncologo.
- Deve essere garantita una componente dell'associazionismo all'interno delle Breast-Unit.



12.2.1 - 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.

12.2.1 - CAR-T

L'innovazione portata dalle terapie CAR-T rappresenta uno dei traguardi medici più importanti del nuovo secolo nella battaglia contro i tumori. Il SSR però è solo all'inizio di un lungo percorso e molti aspetti devono necessariamente essere potenziati e adattati alla situazione, non ultimo aspetto è il tessuto associativo che è importante per gli aspetti pratico e logistici ma anche per quanto riguarda l'informazione corretta ai pazienti - per non creare false aspettative - e al caregiver, una figura centrale nel percorso di cura di presa in carico.



E particolare attenzione, come è stato dimostrato in questo incontro, va dato all'utilizzazione dei dati di outcome per una real world che fornisca l'impatto che queste rivoluzionarie terapie hanno e non solo da un punto di vista della salute del paziente oncologico, ma anche economico, usando anche le più innovative tecnologie dell'analisi dei dati dell'intelligenza artificiale e Machine learning. Obiettivo da raggiungere con l'arrivo delle nuove indicazioni, sarà riuscire a superare criticità gestionali, amministrative (data anche l'innovatività della formula di rimborso payment at result) cliniche così come organizzative, all'interno della rete ematologica per la gestione ottimale delle terapie CAR-T.

- Il sistema deve evolversi per riuscire ad erogare le Car-T sin dalla diagnosi della malattia.
- È necessario creare centri operativi regionali per le Car-T e far sì che le Regioni siano preparate ad erogare le cure nel minor tempo possibile.
- È necessario creare laboratori per la valutazione della malattia minima residua (Minimal Residual Disease – MRD). Il valore prognostico della MRD è riconosciuto a livello internazionale e viene utilizzato per la stratificazione dei pazienti nei trial clinici. Al di fuori dei protocolli, non tutti i Centri sono equipaggiati per garantire che questo tipo di indagine molecolare sia svolta tempestivamente e appropriatamente su tutti i pazienti.
- La soluzione per garantire un accesso uniforme ai pazienti non è quella di attrezzare laboratori e formare personale in tutti i Centri, ma quella di ragionare in un'ottica di una Rete per valorizzare competenze e strutture già presenti e con una forte esperienza anche internazionale.
- Ricerca e assistenza clinica in ematologia rappresentano un binomio inscindibile. Il SSR deve adeguarsi attraverso una più stretta collaborazione tra clinici e ricercatori per riuscire contemporaneamente a gestire le terapie innovative e guardare al futuro attraverso la ricerca scientifica.



- Le nuove terapie aumenteranno il numero di pazienti cronicizzati e guariti, il sistema dovrà prepararsi a garantire un modo adeguato di presa in carico e follow-up sia ospedaliero che domiciliare.
- È prevedibile che le nuove diagnosi di mieloma multiplo aumenteranno nei prossimi anni, bisogna quindi allargare i posti letto dedicati, per riuscire a far fronte al futuro fabbisogno.
- I cambiamenti nel trattamento del MM hanno creato la necessità da parte dei servizi sanitari regionali di rivedere le linee guida necessarie a mettere in luce gli strumenti necessari per potenziare la diagnosi precoce della malattia e l'identificazione dei fattori di rischio.
- È necessario potenziare il sistema di cartelle cliniche elettroniche condivise per riuscire a monitorare con maggiore precisione chi sviluppa sintomi e/o patologie per poter poi indicare la migliore strada terapeutica per questi pazienti.

12.3 - IL PERCORSO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO PER FAVORIRE L'ACCESSO TEMPESTIVO ALL'INNOVAZIONE NEL NUOVO MODELLO DI PROSSIMITÀ

L'accesso all'innovazione comporta vari step: dall'autorizzazione di EMA (Agenzia europea per i medicinali) ed AIFA (Agenzia italiana del farmaco), alle gare di acquisizione dei farmaci stessi, alla possibilità di poter essere prescritti nelle varie Regioni in maniera omogenea e con una tempistica accettabile, senza il freno di ulteriori prontuari terapeutici o di altre situazioni che ne possano ostacolare l'accesso rapido.

In questo percorso è di fondamentale importanza l'integrazione tra territorio e ospedale per garantire al paziente oncologico il migliore percorso di cura e di assistenza.



La prossimità di cura infatti rappresenta un elemento importante nel garantire accesso, adeguatezza e qualità di cura nel paziente oncologico.

È quindi più che mai indispensabile che si realizzino modelli assistenziali che consentano i collegamenti tra i servizi ospedalieri e quelli territoriali per un utilizzo ottimale delle strutture diagnostiche e terapeutiche, e insieme per permettere una continuità tra le prestazioni ospedaliere e quelle territoriali.

Inoltre, è importante garantire che i pazienti possano essere trattati tempestivamente e il prima possibile con le innovazioni terapeutiche, facendo in modo che i processi burocratici esistenti non impattino negativamente con il diritto del paziente a ricevere le migliori cure possibili per la sua malattia. Gli strumenti migliori a disposizione del SSN per mettere in rete i diversi segmenti assistenziali sono i PDTA e le unità di patologia oncologica.

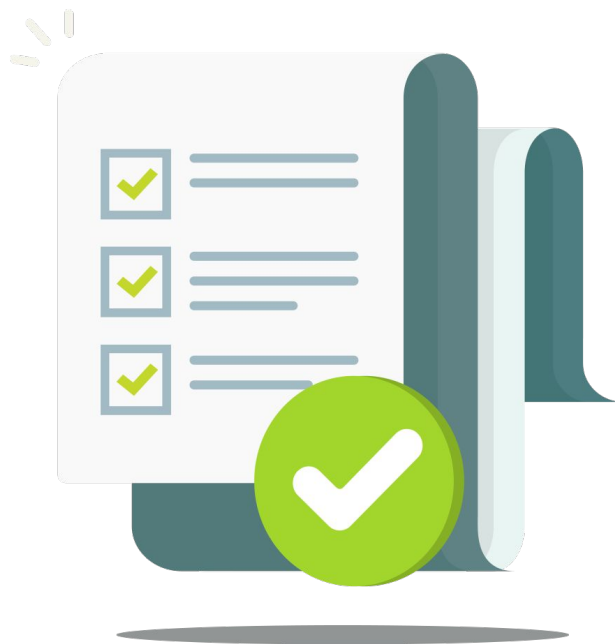
Questi due sistemi organizzativi rappresentano gli strumenti operativi per la traduzione in pratica di questo modello organizzativo multi-professionale tumore-specifico, che può trovare la sua sede per complessità/intensità di intervento negli ospedali o nelle strutture territoriali, ma con un'unica direzione e coordinamento.



CONCLUSIONI

La sesta edizione della WINTER SCHOOL 2022 di Pollenzo (CN) organizzata da Motore Sanità, in collaborazione con l'Università degli Studi di Scienze Gastronomiche, si è conclusa portando a casa straordinari risultati. L'obiettivo comune è stato quello di migliorare il nostro Servizio sanitario nazionale (SSN) e la salute degli italiani in generale.

La due giorni di discussion e tavole rotonde - promossa e divulgata da Mondosanità e Dentro la Salute - ha visto i massimi esperti della sanità italiana: oltre 100 relatori coinvolti, sia in presenza sia collegati da remoto, impegnati a fare analisi, proporre idee, annunciare progetti per migliorare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e la salute nel suo complesso.





CALL TO ACTION

- 1. OCCORRE SPENDERE BENE I SOLDI DEL PNRR** Non dimentichiamoci che i 10 miliardi previsti per il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) sono sì debito buono, ma sempre debito.
- 2. RILANCIARE LA MEDICINA TERRITORIALE** Tutti gli operatori della sanità e i cittadini si aspettano una risposta definitiva di rilancio della medicina territoriale, a partire da un impegno giusto, equilibrato e costruttivo della Medicina generale e dei pediatri di libera scelta.
- 3. È NECESSARIO ARRIVARE A NUOVI SISTEMI DI APPROVVIGIONAMENTO NELL'AMBITO SANITARIO** a partire dalle gare di appalto con modalità di offerta anche basata sui servizi, con proposte di offerta trasversale dei prodotti. Per la cura domiciliare dello scompenso cardiaco, per esempio, piuttosto che acquistare separatamente bilancia, sfigmomanometro, Ecg trasferibile, teleconsulto e farmaci, molto meglio un servizio che comprenda tutto.
- 4. L'IMPORTANZA DEI DATI DIGITALI NELLA SANITÀ DIGITALE** Stiamo parlando della vera rivoluzione in sanità - i dati sono fondamentali perché permettono di curare meglio le persone e perché, con l'intelligenza artificiale, permettono di predire eventuali patologie - che consentirà di rivedere il sistema della medicina territoriale e la riorganizzazione della rete ospedaliera.
- 5. RIVEDERE LE RETI DI PATOLOGIA** in rapporto della loro organizzazione ospedaliera e della medicina territoriale, portando sul territorio quello che non è strettamente necessario gestire in ospedale (es. oncologia territoriale).
- 6. L'IMPORTANZA DEI MEDICI DI FAMIGLIA** In riferimento alla precocità nel trattamento virale per limitare gli effetti della pandemia COVID, la soluzione sarebbe quella di affidare le terapie - per la maggior parte somministrate in ospedale - ai Medici di medicina generale, con l'eventuale teleconsulenza dello specialista, per abbreviare i tempi e somministrarle secondo protocollo.



- 7. PUNTARE SULLA TELEMEDICINA** Ecco la grande opportunità per i cittadini, che rappresenterà un nuovo sistema di cura per i malati. La telemedicina non eliminerà la visita in presenza da parte del medico, ma permetterà di collegare meglio il domicilio con la medicina generale e con la medicina specialistica.
- 8. RISORSE UMANE** Mancano medici ospedalieri, medici di medicina generale, infermieri. Le associazioni di categorie, anni addietro, avevano già fatto fosche previsioni. Grazie ai fondi del PNRR si pensa di rimpolpare le risorse umane, formarle ad hoc.
- 9. ACCENDERE I FARI SULLE MALATTIE MENTALI** La pandemia ha prodotto in tutto il mondo, oltre alla morte e alla malattia di decine di milioni di persone, sconvolgimenti sociali ed economici e un drammatico aumento dell'incidenza di disturbi mentali, dovuti sia all'effetto diretto del virus che a eventi ambientali, quali l'isolamento, la convivenza familiare forzata, la DAD ed altri. Pare pertanto indispensabile attrezzarsi a supportare la popolazione dal punto di vista psichico e, in particolare, la fascia di età degli adolescenti accesso precoce ai trattamenti efficaci, una maggiore e più attenta prevenzione, nonché un maggior controllo in termini di aderenza alle terapie.
- 10. L'IMPORTANZA DEL CIBO** È ormai consolidato che la salute della persona e la salute del Pianeta siano interconnesse. L'alimentazione in questa partita gioca un ruolo fondamentale. Ecco allora l'importanza di un cibo buono, pulito e giusto. Il punto di partenza è la vita dei terreni. Oggi si è esasperata una filiera dove i cibi vengono sempre più raffinati, alterati dalla chimica. Le conseguenze di questo modello sta nell'inquinamento dell'aria, dei terreni, la forte correlazione con tutto quello che riguarda la salute dell'uomo. Il tema delle politiche sanitarie e delle politiche della salute devono quindi trovare soluzioni giuste ed efficaci, non solo efficienti

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

Mario Airoidi, Direttore SC Oncologia Medica 2 Città della Salute e della Scienza Torino

Daniele Amoruso, Giornalista

Gianni Amunni, Direttore Generale ISPRO Regione Toscana

Silvio Barbero, Vice Presidente Slow Food e Università Scienze Gastronomiche Pollenzo

Emilio Augusto Benini, Presidente FAND

Sergio Bernardini, Professore di Biochimica clinica e Biochimica molecolare dell'Università Tor Vergata di Roma

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

Felice Bombaci, Referente AIL Pazienti

Silvio Brusaferrò, Presidente Istituto Superiore di Sanità

Giuliano Busso, Solution Delivery Manager e-Health Care, Tesi T4Med

Immacolata Cacciapuoti, Servizio Area "Sviluppo e Monitoraggio Case della Salute, Cure Intermedie, Gestione Cronicità" Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare - Assessorato Politiche per la Salute, Regione Emilia-Romagna

Andrea Cane, Vicepresidente IV Commissione Sanità Regione Piemonte

Ivan Carrara, Medico di Medicina Generale

Liliana Carbone, Responsabile Comunicazione Associazione Prevenzione e Cura Tumori Piemonte ODV

Luigi Cavanna, Direttore Dipartimento di Oncologia- Ematologia, Azienda USL di Piacenza e Presidente CIPOMO

Giuseppe Ciancamerla, Presidente Conacuore OdV

Lucilla Ciravegna, Assessore con delega al Sociale Comune di Bra



Alberto Cirio, Presidente Regione Piemonte

Alessandra Clerico, Presidente AMD Piemonte e Valle d'Aosta

Francesco Colasuonno, Responsabile Servizio Politiche del Farmaco, Regione Puglia

Patrizia Colombari, Direttore SC Psicologia ASL Vercelli

Eva Colombo, Direttore Generale ASL Vercelli

Pierfranco Conte, Responsabile Rete Oncologica Veneta

Giovanni Corrado, Direttore Cardiologia Ospedale Valduce Como

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

Francesco De Rosa, Professore Malattie Infettive - Direttore AOU Città della Salute e Scienza - Presidio Molinette - Torino - Ospedale Cardinal Massaia, Asti

Paolo Di Bartolo, Direttore rete clinica di Diabetologia AUSL Romagna

Graziano Di Cianni, Presidente AMD e Coordinatore Area Diabetologica USL Toscana Nord Ovest

Giuseppe Ducci, Direttore del Dipartimento di Salute Mentale ASL Roma 1

Andrea Ermolao, Coordinatore della Rete clinica di Medicina dello Sport e dell'Esercizio della Regione del Veneto

Franca Fagioli, Direttore SC Oncoematologia Pediatrica e Centro Trapianti AOU Città della Salute e della Scienza di Torino - Direttore Rete Oncologica Pediatrica Piemonte e della Valle d'Aosta

Riccardo Faletti, Professore Dipartimento Scienze Chirurgiche - Diagnostica per immagini Università degli Studi di Torino

Lucia Ferrara, Lecturer di Healthcare Management presso SDA Bocconi School of Management, Milano

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



Giovanni Fogliato, Sindaco di Bra

Enrico Fusaro, Direttore SC Reumatologia AOU Città della Salute e della Scienza Torino

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

Carmelo Gagliano, Componente Comitato Centrale FNOPI

Gianluca Gaidano, Direttore SC Ematologia AOU Maggiore della Carità Novara

Alessandra Gennari, Direttore SCDU Oncologia AOU Maggiore della Carità, Novara

Valeria Ghisetti, Responsabile Laboratorio Virologia Ospedale Amedeo di Savoia Torino

Massimo Giammaria, Direttore SC Cardiologia 1 Ospedale Maria Vittoria Torino

Giulia Gioda, Presidente Associazione per la Prevenzione e la Cura dei Tumori in Piemonte OdV

Aldo Grasselli, Presidente Onorario Società Italiana di Medicina Veterinaria Preventiva

Marco Knafitz, Responsabile Ingegneria Clinica Università Politecnico Torino

Roberto Lala, Presidente Federazione Malattie Rare Infantili

Manuela Lanzarin, Assessore Sanità e Sociale Regione del Veneto

Sergio Lo Caputo, Professore di malattie infettive Università di Foggia

Walter Locatelli, Collegio Probiviri FIASO

Francesco Locati, Direttore Generale ASST Bergamo Est

Francesco Paolo Lombardo, Responsabile Settore Pneumologia Macroarea Cronicità SIMG

Alessandro Malpelo, Giornalista

Gaetano Manna, Responsabile Ufficio regionale Patologia delle Dipendenze Regione Piemonte

Paolo Marchetti, Direttore Scientifico IRCCS Istituto Dermopatico dell'Immacolata Roma



Sebastiano Marra, Direttore Dipartimento Cardiologia Villa Pia Hospital Torino

Enrica Massella, Responsabile Servizio Gestione degli Ecosistemi Agenzia per l'Italia Digitale (AgID)

Ettore Mautone, Giornalista

Paolo Mazzanti, Direttore Askanews

Francesco Menichetti, Presidente GISA

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

Claudio Micheletto, Direttore UOC Pneumologia AOUI Verona

Giovanni Migliore, Presidente FIASO

Ilan Misano, Ingegnere Biomedico, esperto in Telemedicina

Giovanni Monchiero, Deputato XVII Legislatura

Matteo Moscatelli, Country Head Vree at MSD

Federico Nardi, Direttore SC Cardiologia ASL Alessandria

Stefano Nervo, Presidente Diabete Italia

Giancarlo Orofino, Infettivologo Divisione A Malattie Infettive, Malattie Infettive Ospedale Amedeo di Savoia, Torino

Guglielmo Pacileo, Nucleo aziendale per la Cronicità ASL Alessandria

Patrizia Palazzi, Strategic Sales Expert Siemens Healthineers

Marco Pantera, Direttore Centrale Acquisti ARIA spa

Stefano Patrucco, Associazione Arcobaleno AIDS, Torino Fast Track City

Paola Pedrini, Segretario Regionale Generale FIMMG Lombardia



Giorgio Perilongo, Professore Ordinario Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino, Università degli Studi di Padova

Nicolò Pestelli, Presidente Collegio sindacale FIASO

Andrea Pezzana, Direttore SC Nutrizione Clinica ASL Città di Torino

Carlo Picco, Direttore Generale ASL Città di Torino

Carmine Pinto, Direttore della Struttura Complessa di Oncologia dell'IRCCS Santa Maria Nuova - Reggio Emilia

Monica Piovi, Direttore Generale ESTAR Regione Toscana

Paola Pisanti, Consulente Esperto Malattie Croniche Ministero della Salute

Alessandra Poggiani, Director of Administration della Fondazione Human Technopole

Noemi Porrello, Real Word Evidence Lead Integrated Access, Roche SpA

Paolo Pronzato, Direttore Oncologia Medica IRCCS San Martino di Genova e Coordinatore DIAR Oncoematologia Alisa Regione Liguria

Elisabetta Razzuoli, Responsabile CEROVEC Istituto Zooprofilattico Sperimentale Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta

Walter Ricciardi, Direttore Osservatorio Nazionale sulla Salute Università Cattolica del Sacro Cuore, Consigliere del Ministro della Salute Roberto Speranza

Franco Ripa, Direttore della Programmazione Sanitaria Regione Piemonte

Michele Sanza, Direttore U.O. Servizio Dipendenze Patologiche AUSL Romagna

Mara Scagni, Segretaria Regionale Cittadinanzattiva Piemonte

Massimiliano Sciretti, Presidente OPI Torino

Annalisa Scopinaro, Presidente di UNIAMO, Federazione Italiana Malattie Rare

Valentina Solfrini, Servizio Assistenza Territoriale, Area Farmaci e Dispositivi Medici Regione Emilia-Romagna



Davide Sordella, Presidente Fondazione Sordella

Alessandro Stecco, Presidente IV Commissione Sanità Regione Piemonte

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

Roberto Toniolo, Direttore Generale Azienda Zero Regione del Veneto

Silvia Tonolo, Presidente ANMAR

Giuseppe Turchetti, Professore di Economia e Gestione delle imprese, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

David Vannozzi, Direttore Generale CINECA

Stefano Vella, Professore di Salute Globale Università Cattolica del Sacro Cuore - Affiliated to Research, Clinical Pharmacology, Karolinska Institutet- Italian Delegation, Horizon Europe (Health Cluster), European Commission

Roberto Venesia, Segretario Regionale Generale FIMMG Piemonte

Gabriella Viberti, Ricercatrice Economia Sanitaria - Organizzazione e Valutazione della Performance dei servizi, spesa e finanziamento IRES Piemonte

Enrico Zanalda, Direttore DSM Interaziendale ASL TO 3 - Past President SIP

Claudio Zanon, Direttore Scientifico Motore Sanità



Con il contributo incondizionato di



POLLLENZO

