



L'OSSERVATORIO INNOVAZIONE DI MOTORE SANITÀ



L'OSSERVATORIO INNOVAZIONE DI MOTORE SANITÀ

PRESENTA

10^{x 10}

Le **PROPOSTE** per i primi 100 GIORNI
della **NUOVA LEGISLATURA**

3 Novembre 2022
dalle 15.00 alle 18.30

NAPOLI
Centro Direzionale
Isola C5



RAZIONALE

L'obiettivo di questa giornata è quello di raccogliere e sviluppare il lavoro dell'Osservatorio Innovazione di Motore Sanità, per mettere in evidenza gli aspetti più rilevanti e urgenti che la nuova legislatura deve affrontare per consentire al nostro Servizio Sanitario di raggiungere risultati che abbiano una forte ricaduta sulla cura e la gestione dei pazienti.

Dieci le “tracce” proposte ai partecipanti, che verranno implementate durante l'evento e produrranno proposte concrete da illustrare e speriamo realizzare nella prima parte della nuova legislatura. Gli argomenti che verranno trattati sono il frutto di un'elaborazione di alto profilo, che ha visto il contributo di molti professionisti, esperti della materia e decisori politici, del mondo dell'industria, delle istituzioni e della scienza, di rappresentanti dei pazienti, che hanno avuto modo di confrontarsi sul campo con il difficile mondo delle politiche sanitarie e riflettere sui punti deboli e sulle eccellenze del nostro SSN.

Il Board scientifico di Motore Sanità ritiene che il punto principale su cui si snodano tutte le azioni e gli obiettivi sia quello relativo alle risorse umane. Se è vero che ci sono stati errori di pianificazione, occorre ripartire proprio da lì per arrivare a programmare la formazione e il numero dei professionisti sanitari, tutti, che tenga conto delle effettive esigenze di quantità di professionisti e specificità di specializzazione delle strutture sanitarie, dei territori e dei pazienti.

Non possiamo dimenticare che le risorse professionali in opera nel nostro Servizio Sanitario hanno svolto un prezioso lavoro e lo continuano a svolgere con una capacità molto elevata. Ma se non c'è un'organizzazione e una chiara indicazione del percorso da svolgere, sicuramente tante di queste preziose energie potrebbero essere disperse.

C'è l'urgenza di portare avanti azioni concrete per far sì che da subito possano essere date le giuste risposte. Siamo in un momento di grande trasformazione del SSN, e il nostro lavoro di osservatorio parte necessariamente dall'analisi dell'esistente e dalle riforme approvate per la realizzazione del Pnrr: uno dei maggiori problemi per la sua realizzazione è proprio la carenza di personale e la sua formazione.



In questo evento verrà quindi svolto un focus sulle risorse umane, su quali meccanismi agire subito nell'emergenza e poi con uno sguardo più ampio, pensare al futuro del SSN e della sua organizzazione senza trascurare il "benessere organizzativo" delle strutture, che significa soprattutto mettere in atto politiche che cercano di rendere più efficace il lavoro di chi opera in Sanità.

I risultati di questa giornata lavoro e di elaborazione di idee e progetti, verrà messo a disposizione, di specifici stakeholder e policy makers e naturalmente istituzioni, che ne valuteranno la coerenza, la comprensione, l'applicabilità e le ricadute sul sistema, primi tra tutti i pazienti e le loro famiglie.



INTRODUZIONE DI SCENARIO

Tre i tavoli di lavoro dell'Osservatorio Innovazione di Motore Sanità: oncologia e farmaci innovativi, malattie croniche e cure territoriali, malattie rare. Dieci i punti discussi:.

PENSIERO NUMERO 1: EVITARE IL SOTTOFINANZIAMENTO DEL SSN

Nel 2025 il fabbisogno del SSN sarà di ben 200 miliardi di €. Una cifra "enorme", che si potrà recuperare solo con l'incremento della quota di spesa privata intermediata da fondi integrativi, un piano di disinvestimento dagli sprechi e un'adeguata ripresa del finanziamento pubblico.

- Al fabbisogno totale di 200 miliardi per il 2025 si arriva tenendo in considerazione diversi fattori:
 - l'attuale sotto-finanziamento;
 - il confronto con altri Paesi europei;
 - il rilancio delle politiche per il personale sanitario;
 - gli inadempimenti Lea*(slide successiva);
 - l'invecchiamento della popolazione;
 - e innovazioni farmacologiche;
 - la necessità di ammodernamento tecnologico.

La cifra stimata corrisponde a una spesa annua pro-capite di 3.330€, comunque inferiore a quella registrata in Francia, Belgio, Austria, Germania, Danimarca, Svezia e Olanda nel 2013 → Fissare al 7% del PIL il finanziamento del SSN



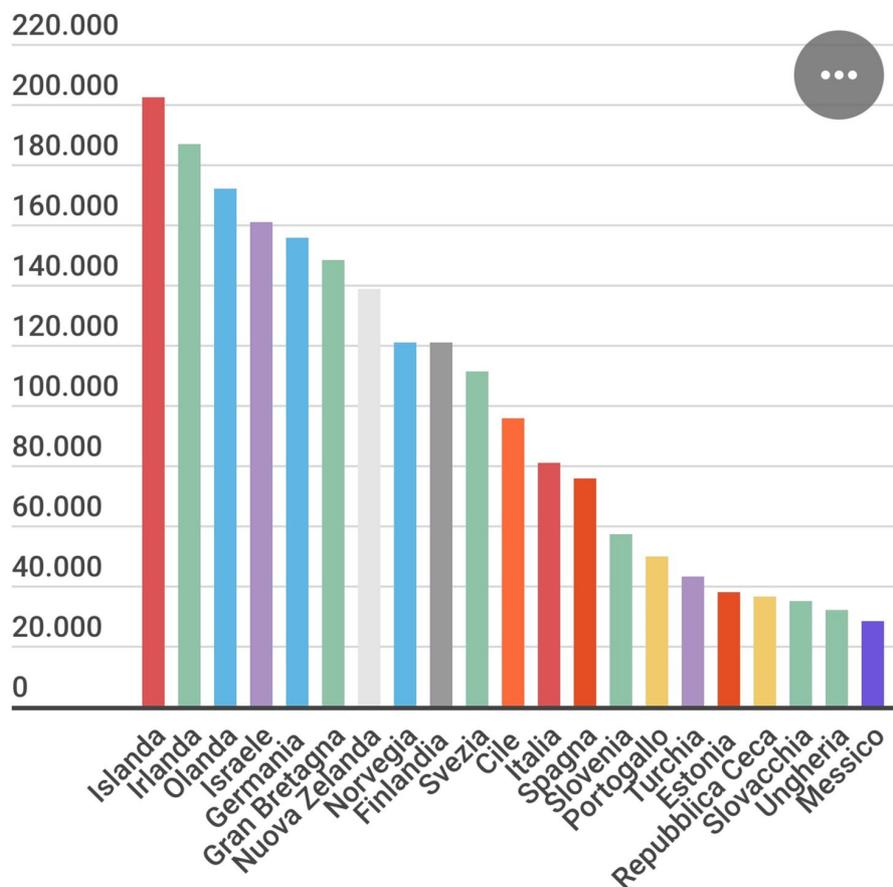
Revisione e nuovi indicatori di monitoraggio

- Misurare le regioni con nuovi indicatori specifici su:
- Piano Nazionale Cronicità (PNC)
- Piano Nazionale Malattie Rare (PNMR)
- Accesso all'innovazione (diagnostica e terapeutica)
- Livello attuazione della digitalizzazione
- Cure Territoriali, continuità delle cure
- Cure Ospedaliere, continuità delle cure



PENSIERO NUMERO 2: PROGRAMMARE ADEGUATAMENTE IL FABBISOGNO FUTURO DEGLI OPERATORI SANITARI

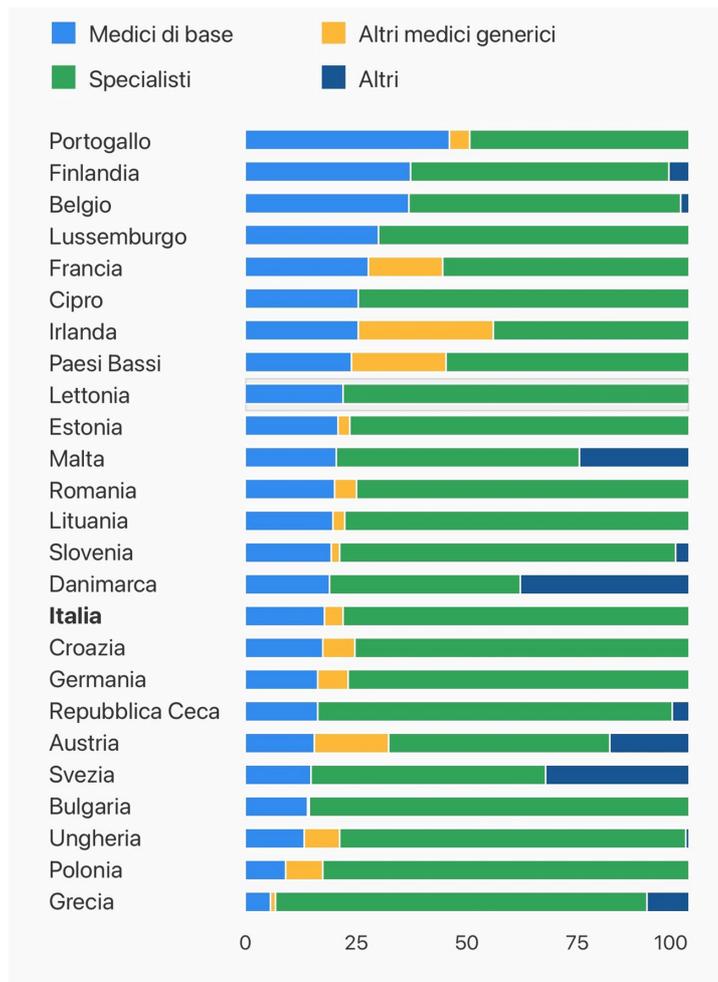
- Eliminare il tetto -1,4% del budget 2014
- per il personale sanitario
- Fare una programmazione regionale in rapporto alle carenze mediche ed infermieristiche ed altri operatori sanitari
- Motivare e pagare meglio gli operatori sanitari
- Attuare nuovi modelli organizzativi che valorizzino capacità e nuove competenze infermieristiche e nuovi modelli organizzativi con l'evoluzione della tecnologia e sanità digitale (innovazione tecnologica organizzativa, IA, etc..)





PENSIERO NUMERO 3: REVISIONE DELLA GOVERNANCE SUL RAPPORTO DI CONVENZIONE COI MMG E PLS

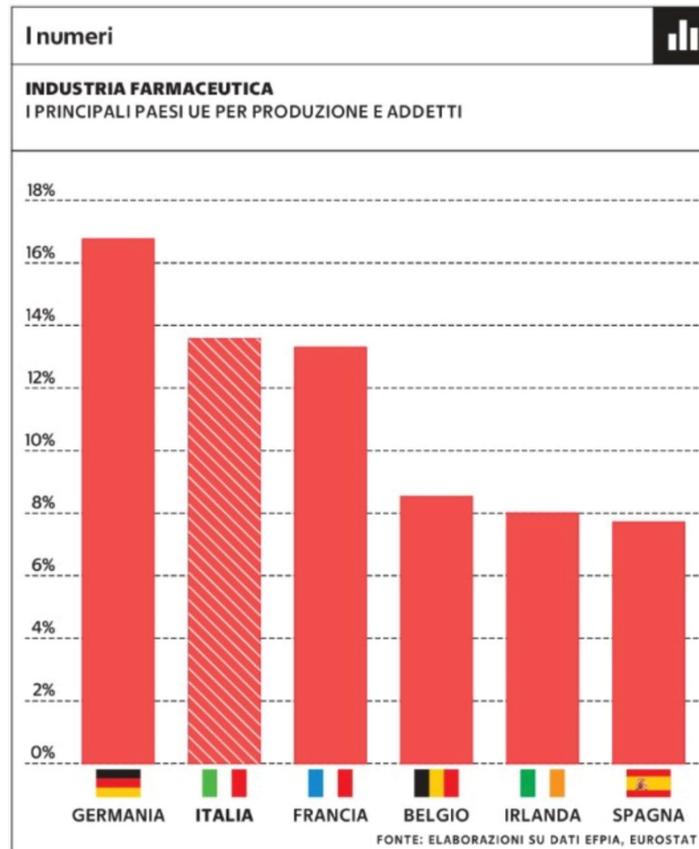
- Costruire un cruscotto di indicatori per verificare gli obiettivi assegnati
- Programmare l'attività basandosi su criteri di accountability e retribuzione variabile, modalità bottom- up (distretto socio sanitario) coinvolgendo i MMG e PLS
- Formare la medicina generale con il coinvolgimento delle Università istituendo una vera e propria specialità in medicina generale
- Costruire un'organizzazione a rete basata sull'associazionismo integrato tra tutti gli attori del territorio, comprese le farmacie di servizio.





PENSIERO NUMERO 4: ASSICURARE L'ACCESSO ALL'INNOVAZIONE ECONOMICAMENTE ED OMOGENEAMENTE IN TUTTE LE REGIONI

- Garantire che l'accesso alle Target therapy vada di pari passo con l'accesso alla diagnostica dedicata a queste (companion test: budget dedicato e codifica realizzata al momento dell'approvazione): monitorare situazione di accesso regionale
- Ridurre la burocrazia e le prassi valutative di duplicazione a livello regionale (es°: Eliminare prontuari terapeutici regionali e commissioni di valutazione regionale per un accesso immediato al farmaco innovativo)
- Concordare sostenibilità del comparto farmaceutico e dispositivi medici con modalità che superino il pay back
- Riorganizzare AIFA per allargarne le competenze e velocizzare l'accesso all'innovazione





PENSIERO NUMERO 5: INTEGRARE LE FARMACIE DEI SERVIZI ALL'INTERNO DEI PIANI REGIONALI COME ATTORI CHIAVE DI SISTEMA

- Aumentare la DPC per avvicinare la terapia al paziente
- Autorizzare la libera professione degli infermieri del SSN perchè possano svolgere anche attività nelle farmacie di servizio
- Riconoscere e programmare una diagnostica di 1° livello in collegamento a rete con le strutture del territorio ed ospedaliere (che fine ha fatto la sperimentazione in alcune regioni delle farmacie di servizio?)
- Incentivare il ruolo della farmacia dei servizi nel monitoraggio dell'aderenza e dell'appropriatezza soprattutto nella gestione della cronicità.

Per soddisfare le esigenze sia dei pazienti che del pubblico, e dare un valido contributo ai sistemi sanitari europei sostenibili e resilienti, la nostra Concezione di Farmacia 2030 prevede dieci raccomandazioni chiave:

Qualità delle cure e sicurezza del paziente

1. Massimizzare i benefici dell'intervento del farmacista territoriale per i pazienti e il sistema sanitario **intraprendendo sistematicamente servizi farmaceutici** volti a migliorare i risultati terapeutici e l'aderenza, nonché a ridurre al minimo i rischi connessi all'uso di farmaci.
2. Coinvolgere attivamente i farmacisti in **modelli di assistenza collaborativa**. Raggiungere l'obiettivo di un'assistenza veramente integrata richiede di combinare le competenze di ciascun membro del team.
3. Concedere l'**accesso ai farmacisti a tutte le informazioni rilevanti sulla salute dei pazienti e all'elenco dei farmaci** che stanno assumendo. Ad esempio, ciò può avvenire tramite cartelle cliniche elettroniche condivise, nel rispetto delle norme sulla protezione della privacy. Ciò garantirà la continuità dell'assistenza farmaceutica, anche durante i passaggi del paziente dall'assistenza secondaria a quella primaria.
4. **Consultare gli utenti finali**, in particolare i farmacisti territoriali, sullo sviluppo, l'integrazione e la facilità d'uso delle nuove **soluzioni tecnologiche in ambito sanitario**.
5. Permettere ai farmacisti di **aiutare a sviluppare la digitalizzazione dell'assistenza sanitaria** (e-prescription, cartelle cliniche elettroniche condivise, m-health, etc.) come fonti attendibili di informazioni sanitarie, mantenendo al tempo stesso il loro inestimabile rapporto di fiducia personale con i loro pazienti.
6. Supportare i farmacisti **nell'integrare**, nella loro pratica quotidiana, **farmacogenomica, regole cliniche convalidate e dati reali**. Ciò migliorerà la sicurezza del paziente e aumenterà i benefici della farmacoterapia. I farmacisti dovrebbero, inoltre, essere meglio integrati e consultati nell'implementazione delle misure di minimizzazione del rischio.

PHARMACY 2030:
A Vision for Community Pharmacy in Europe | 17



Salute pubblica

7. Supportare i farmacisti nell'**offerta di screening, gestione dei farmaci, promozione della salute e istruzione sanitaria dei pazienti** che contribuiscono a ridurre l'onere complessivo delle malattie croniche e, in ultima analisi, a rafforzare una migliore autogestione delle patologie croniche.
8. Stabilire quadri normativi - laddove necessario - **per consentire e supportare i farmacisti a svolgere un ruolo più importante nella Sanità Pubblica e negli interventi di**



Accesso ai farmaci e ai servizi sanitari

9. Aiutare i farmacisti a garantire che i pazienti possano accedere a un trattamento completo vicino alla loro casa o al luogo di lavoro, dandogli la possibilità di:
 - a) Fornire l'intera gamma di medicinali nelle farmacie territoriali;
 - b) Consegnare medicinali alle case di cura e a domicilio;
 - c) Assistere i pazienti nella gestione di regimi di trattamento complessi;
 - d) Offrire una gamma più ampia di dispositivi



Sostenibilità dei sistemi sanitari

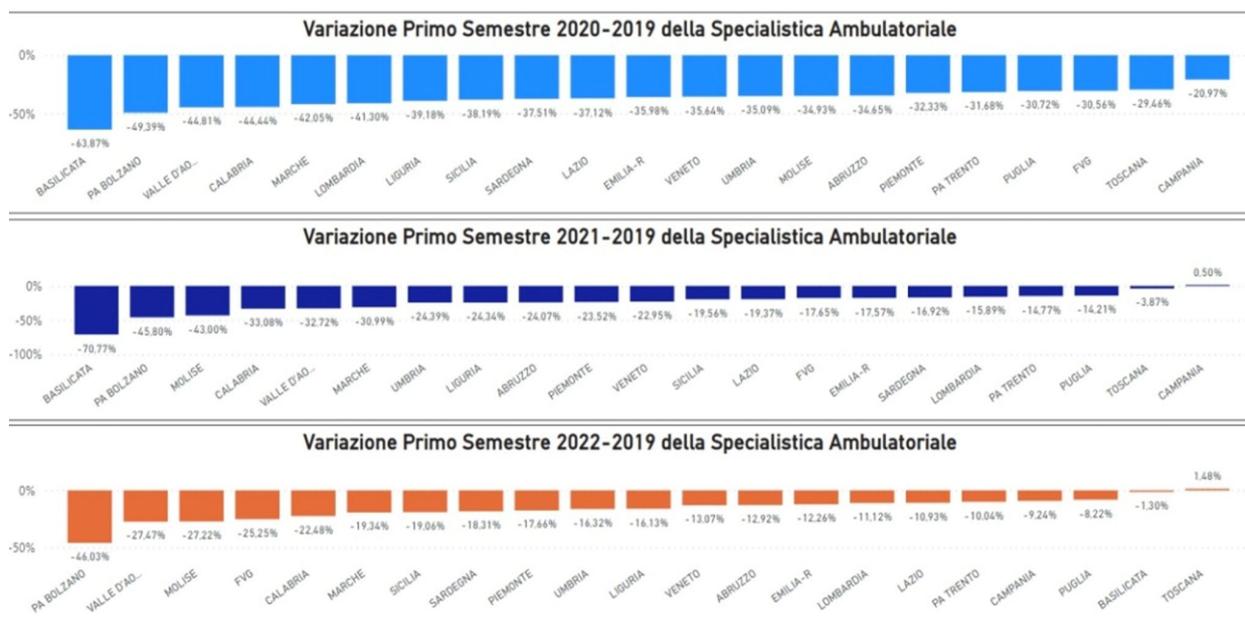
10. Garantire che la **remunerazione dei farmacisti territoriali** rifletta adeguatamente il loro contributo al miglioramento dell'assistenza farmaceutica, alla riduzione dell'onere a carico degli altri servizi sanitari ed al supporto della sostenibilità e resilienza dei sistemi sanitari europei.



PENSIERO NUMERO 6: RIDURRE I TEMPI D'ATTESA

- Applicare il PNGLA come approccio multilevel
- Studiare nuovi modelli per l'accesso (open access, terzo ospedale per gli interventi chirurgici minori, nuovi modelli vaccinali, etc..)
- Considerare l'apporto del privato al miglioramento progressivo nella formula PPP
- Lavorare attivamente sull'appropriatezza
- Usufruire al massimo della tecnologia facilitante disponibile

Variazione % delle prestazioni di specialistica ambulatoriale nel primo semestre 2020, 2021, 2022 rispetto al 2019

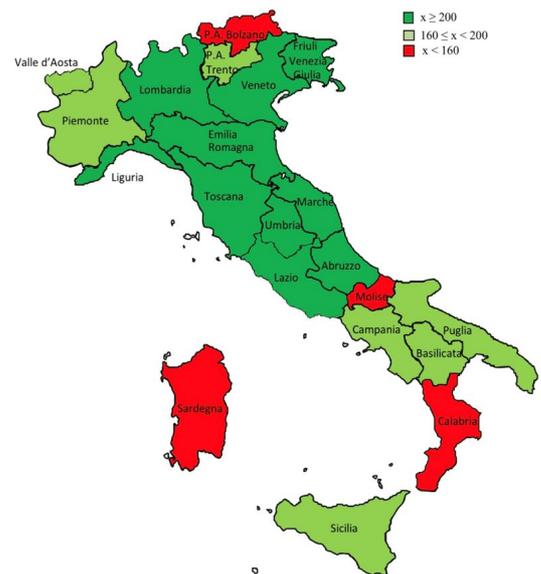
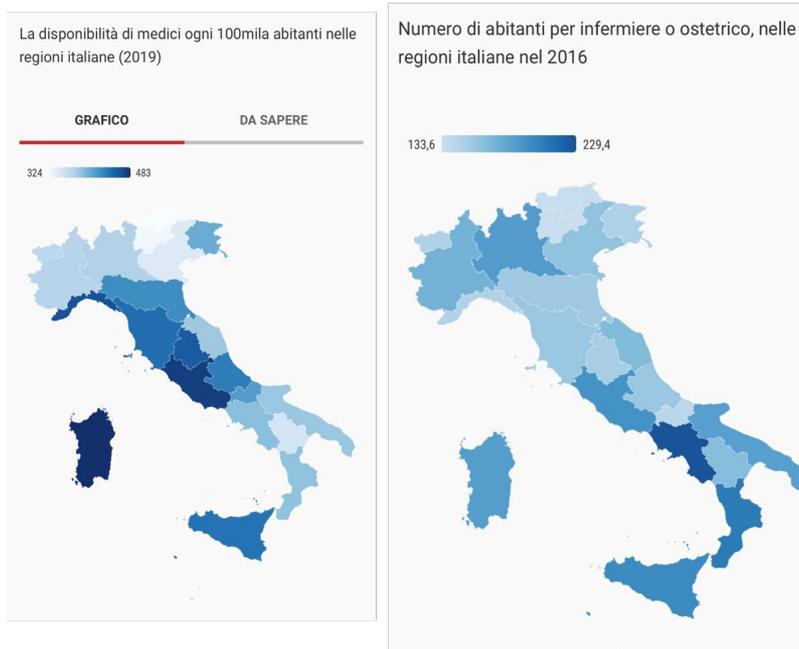




PENSIERO NUMERO 7: STUDIARE NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI AL DI LÀ DELLE INDISPENSABILI NECESSITÀ DI PERSONALE E FONDI

Rivedere e Valutare:

- Carenze
- Modelli
- Programmi
- Innovazione organizzativa





PENSIERO NUMERO 8: MAGGIOR ATTENZIONE VERSO LE ISTITUZIONI SANITARIE NO PROFIT E/O LE CATTOLICHE

- Sono l'8,5% delle strutture di ricovero accreditate e rappresentano il 23% dei posti letto totali → 93 istituti attivi in 16 regioni e 43 province nel sottoinsieme costituito da 15 IRCSS e 2 Policlinici Universitari
- 78.000 professionisti che vi lavorano
- Per le Strutture cattoliche in profonda crisi economica il Papa ha istituito nel 2021 la Fondazione per la Sanità Cattolica
- Necessaria una soluzione che le equipari alle strutture pubbliche con un accordo equilibrato



PENSIERO NUMERO 9: APPLICARE IL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE CON AZIONI ANCHE VERSO LE MALATTIE CORRELATE ALL'AMBIENTE

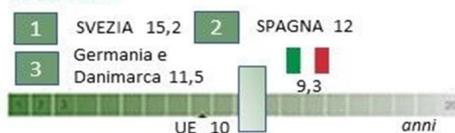
OBIETTIVO ONE HEALTH

IL SISTEMA SANITARIO E LA SALUTE IN ITALIA – UN CONFRONTO CON GLI ALTRI STATI EUROPEI

ASPETTATIVA DI VITA ALLA NASCITA



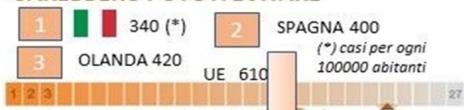
ASPETTATIVA DI VITA IN BUONA SALUTE A 65 ANNI



SPESA PUBBLICA PER LA SANITA'



NUMERO RICOVERI IN OSPEDALE CHE SI SAREBBERO POTUTI EVITARE



PERSONALE (ogni 1000 abitanti)

	Medici	Infermieri
1	GERMANIA 4,3	FINLANDIA 14,3
2	SVEZIA 4,1	GERMANIA 12,9
3	DANIMARCA 4	OLANDA 10,9
	ITALIA 4	5,8
	UE 3,6	8,5

FATTORI DI RISCHIO PER LA SALUTE

	1	2	3	ITALIA
FUMO (Wakoll che fumano)	Svezia 10,4%	Finlandia 14%	Olanda 17%	19,9%
CONSUMO ALCOLICI (Litri di alcool per ogni cittadino)	Svezia 7,1 litri	ITALIA 7,6 lt	Olanda 8,3 lt	
ATTIVITA' FISICA (Litri di alcool per ogni cittadino)	Finlandia 17%	Spagna 14%	Svezia 14%	1%
INQUINAMENTO ATMOSFERICO (Numero morti di fumo per ogni 100.000 abitanti)	Svezia 18,5 (*)	Finlandia 18,7	Francia 25,2	48,7

(*) morti ogni 100.000 abitanti

EFFICIENZA SISTEMI SANITARI (Classifica Bloomberg 2018)





PENSIERO NUMERO 10: APPLICARE IL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE CON AZIONI ANCHE VERSO LE MALATTIE CORRELATE ALL'AMBIENTE

- Contrastare la medicina difensiva
- Sburocratizzare e snellire: ogni anno in Italia 35.600 nuove azioni legali e ne giacciono 300.000 nei tribunali contro medici e strutture sanitarie → 95% nel penale ed 70% nel civile si conclude con il proscioglimento
- Approdare ad un sistema NO FAULT sul modello europeo superando l'eccezionalità dello scudo COVID (ANAAO)



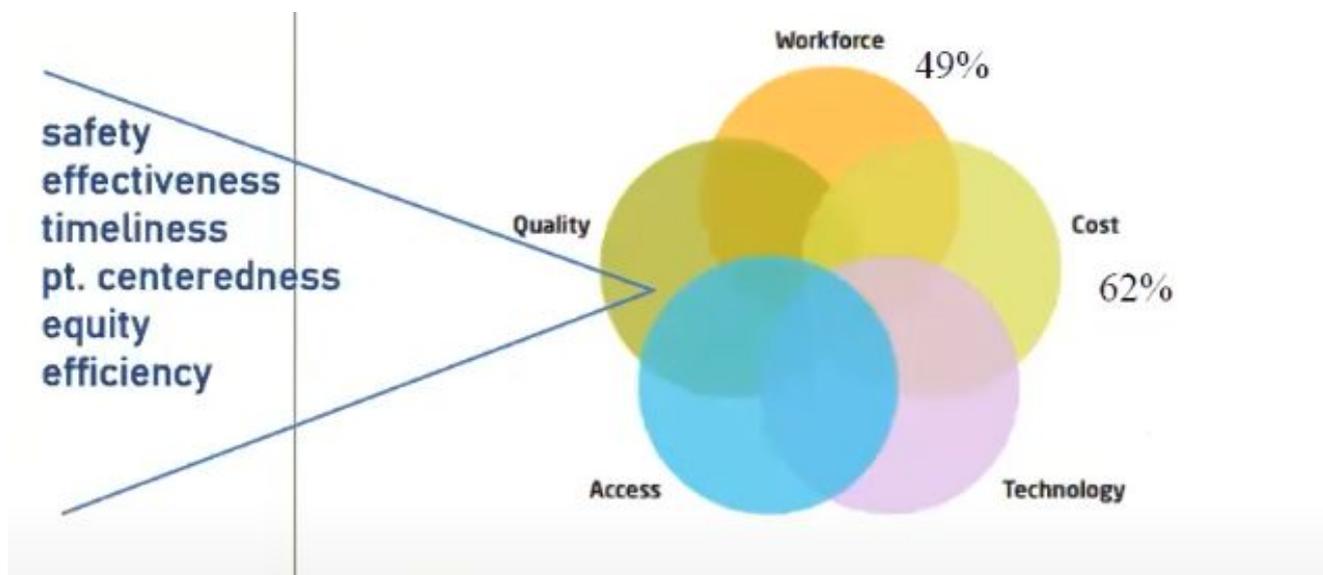
I TREND PER IL FUTURO DELLA SANITA' IN ITALIA

I trend evidenziati per il futuro sono:

- Invecchiamento popolazione
- Nuove Tecnologie
- Sanità diffusa
- Personalizzazione
- Equità

I drivers per la riconversione dei servizi clinico-assistenziali dovranno invece essere (dati della The King's Fund):

- Qualità
- Forza lavoro
- Costi
- Tecnologie
- Accesso





I principali servizi oggetto di riconfigurazione invece dovranno essere

- Emergenza/urgenza 31%
- Servizi specialistici (vascolare, stroke, trauma maggiore) 28%
- Salute mentale 23%
- Maternità 22%
- Pediatria 15%

Focus sul Benessere aziendale

In tutto questo contesto di cambiamento però non va dimenticato un fattore fondamentale per il buon funzionamento del SSN cioè il benessere aziendale. Durante la pandemia gli operatori sono stati sottoposti ad una condizione che ha aggiunto ed esacerbato fattori di stress.

La riorganizzazione del sistema sanitario rappresenta quindi un'opportunità unica per riesaminare e riformulare gli approcci per promuovere le risorse umane. Tutto questo dovrà essere fatto attraverso la normalizzazione della ricerca di aiuto, la coltivazione della resilienza, promuovendo la cura di sé e creando ambienti di lavoro favorevoli.



LE RISORSE UMANE IN SANITÀ, NODO CENTRALE DI TUTTI GLI OBIETTIVI IN SANITÀ

Tra le priorità assolute per il futuro della sanità italiana c'è il discorso delle risorse umane: troppo poche in Italia. Da anni tutti i comparti del SSN lamentano da un lato la mancanza di fondi per le nuove assunzioni (per alcune regioni anche per il turnover) dall'altra la mancanza di personale da assumere.

Un duplice problema che colpisce trasversalmente tutte le professioni che operano all'interno del SSN. Se la mancanza di fondi per le assunzioni può essere risolta attraverso adeguati finanziamenti il secondo è strutturare e culturale e va affrontato attraverso azioni da parte della politica nazionale e regionale.

Il personale medico

I medici disposti a lavorare per il SSN sono sempre meno, le motivazioni fondamentali sono:

- Poca attrattività economica e ambientale da parte delle strutture pubbliche
- Collo di bottiglia creato dalle poche borse di studio disponibili per le specializzazioni
- Mancato riconoscimento economico per ruoli particolarmente stressanti/usuranti ad esempio i medici di pronto soccorso.
- Numero chiuso delle facoltà di medicina che non sempre rispecchia la reale necessità di medici.

È necessario quindi da parte del Ministero dell'Istruzione e del Ministero della Salute di tutti questi aspetti.



Il personale infermieristico

La formazione infermieristica deve essere poi meglio valorizzata in tutti gli atenei, con l'istituzione di lauree magistrali a indirizzo clinico e scuole di specializzazione, al fine di rendere la professione sempre più lineata con le complessità dei sistemi sanitari globali.

Il nuovo Governo è chiamato inoltre a impegnarsi per risolvere l'annoso problema dell'attrattività, a partire dalla valorizzazione economica della professione infermieristica italiana, oggi agli ultimi posti per le retribuzioni in Europa. Situazione che, unita alle scarse possibilità di carriera, rende poco attrattiva la professione, con il rischio di sempre meno iscrizioni all'università.

Per poter studiare ed elaborare assieme i percorsi migliori per raggiungere questi obiettivi, il dialogo dovrà essere da subito ampio e partecipato, con tutti i Dicastero.

Personale specializzato in IT

Digitalizzazione, intelligenza artificiale, telemedicina sono tutti termini entrati sempre di più all'interno del vocabolario medico. Queste innovazioni hanno già oggi un impatto enorme sulla qualità delle cure erogate e nel futuro avranno un ruolo sempre più centrale all'interno del SSN. La tecnologia però non è soltanto un bene che va acquistato, ma va anche:

- Personalizzato alle necessità cliniche della singola struttura/reparto
- Gestito
- Manutenuto

Tutti questi aspetti richiedono personale altamente specializzato che non sempre però è disponibile sul mercato del lavoro. E' compito quindi della politica organizzare politiche volte a formare questo personale sia per le esigenze presenti che in prospettiva per quelle future.



IL TEMA DELL'AMBIENTE

Nonostante i livelli essenziali di assistenza (LEA) prevedano espressamente che il Sistema Sanitario debba interessarsi della “Tutela della salute dai fattori di rischio ambientali” attraverso la “promozione di progetti/programmi di miglioramento dell’ambiente e di riduzione dell’impatto sulla salute” , va constatato che poco o nulla si muove nel concreto sui territori in questa direzione e in genere le ASL (Azienda Sanitaria Locale) e le ARPA (Azienda Regionale per la Protezione dell’Ambiente) non riescono a integrarsi operativamente.

In attesa di capire se avrà l'impatto auspicato il neonato Sistema Nazionale di Prevenzione “Salute, Ambiente e Clima” (SNPS) - finanziato dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) senza tuttavia prevedere un'agenzia nazionale analoga a quel che è ISPRA (Istituto Superiore per la Protezione e la Ricerca Ambientale) nel settore ambientale -, SIMA come società scientifica intende stimolare il nuovo Governo a integrare la Missione 6 del PNRR con un programma di verifica e rilettura sanitaria dei dati ambientali.

DONATORI RE-EVOLUTION

La scienza e la medicina fanno passi da gigante per proteggere la nostra salute, ma non sono ancora riuscite a “inventare” qualcosa in grado di sostituire il sangue umano, indispensabile per tanti interventi e terapie. Il nostro è uno dei Paesi dove il sangue non si compra e può essere dato e ricevuto solo gratuitamente (plasma compreso).

Esiste una carenza di donazioni e di donatori per l'autosufficienza dei nostri ospedali. Esiste una carenza anche di medici che prestano il loro tempo e la loro professionalità per valutare l'idoneità dei potenziali donatori.



Serve un cambiamento etico di prospettiva

La non mercificazione del sangue è un segno tangibile di civiltà del nostro Paese e delle sue tradizioni come popolo solidale; si tratta di un segno e di un patrimonio di civiltà da conservare e proteggere, con un senso civico che ne sia all'altezza. Per la collettività avere molti donatori significa non solo poter far fronte alle emergenze e alle richieste di unità rosse, ma anche poter contare su molti cittadini dalla vita più sana. In termini sociali questo significa disporre di una massa critica di salute che fa sentire il suo peso sull'intero sistema economico e sociale.

Donatori Re-Evolution: la necessità di costruire una community di influencer di salute e benessere early adopter di telemedicina e nuove tecnologie

Donatori re-evolution chi sono:

- Donatori di sangue.

Sono giovani individui sani, di ambo i sessi, e fortemente integrati nel tessuto sociale: studiano o lavorano, frequentano luoghi pubblici, fanno attività fisica, sono early adopters di tutte le nuove tecnologie digitali e non. Sono socialmente attivi (molto più della media della popolazione) e propensi a sperimentare nuovi strumenti, nuovi lavori, nuove prospettive di vita. Hanno con gli strumenti digitali un rapporto molto intenso ma non di dipendenza. Sono MULTIPLAYER DIGITALI, SMART e SOCIAL.

- Donatori di professionalità e del loro tempo.

Sono i Medici, in particolare i giovani medici, che donano parte del loro tempo per visitare, monitorare e curare i potenziali donatori. È necessario reclutare Medici e fare in modo che questi investano parte del loro tempo per prendersi cura, prendere in carico, i Donatori di Sangue.

Questi devono essere propensi e formati all'utilizzo delle nuove tecnologie ed alle pratiche di Telemedicina. In questo modo chi è donatore di sangue potrà donare in qualunque parte d'Italia ed essere portatore di salute.



Strumenti digitali

Per stare in salute

Dobbiamo gratificare i donatori con Strumenti digitali per aiutarli a star bene, a stare in salute ad essere testimonial e influencer di salute "massa critica di salute che fa sentire il suo peso sull'intero sistema economico e sociale".

Potranno così essere tra i primi a poter usufruire, a 360°, di tutte le pratiche di telemedicina: in particolare della televisita per un controllo periodico dello stato di salute necessario affinché questi diventino e restino donatori; teleconsulto, per loro stessi e/o per i famigliari di cui sono caregiver; teleassistenza, telemonitoraggio. ma anche tools per stare in forma, per la nutrizione, l'attività fisica, il benessere psicosociale e tanto altro.

Per dare salute

Parallelamente saranno reclutati anche i medici e anch'essi avranno in cambio dei prodotti/servizi digitali utili a svolgere la loro professione e ad esercitare le pratiche di Telemedicina.

I Medici saranno forniti degli strumenti digitali più utili per fare TELEMEDICINA, ed in particolare per procedere con la televisita e il telemonitoraggio sia dei donatori re-evolution sia dei loro assistiti.



IL RUOLO DELLE AZIENDE FARMACEUTICHE NEL FUTURO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

La nazione è ad un punto di svolta fondamentale, pandemia e guerra hanno cambiato profondamente il mondo; aprendo però anche nuovi orizzonti e cambiando l'ordine dei valori personali: la salute è oggi il valore principale da preservare e proteggere nel corso della vita.

Adesso gli stakeholders hanno quindi la responsabilità condivisa di gettare le basi e costruire la sanità di domani e - nello stesso tempo - ripensare l'organizzazione del servizio sanitario nazionale.

Le imprese farmaceutiche vogliono continuare a fare la loro parte: innovare, offrire un contributo prezioso alla crescita economica del sistema Paese, attraverso la ricerca, produzione e distribuzione di tutti i farmaci e vaccini, incluse le terapie innovative (ATPM) e i medicinali per la cura delle malattie rare.

Creando così occupazione altamente qualificata, sempre più giovane, +13% di under 35 negli ultimi 5 anni, e "rosa", le donne sono il 43% del totale. Le aziende sono un patrimonio per l'Italia, come dimostrano i numeri: oltre 34 miliardi di euro di produzione nel 2021, per più dell'85% destinata all'estero, e investimenti di 3,1 miliardi.

Ecco perché è importante considerare, come avvenuto durante la pandemia, comparto essenziale l'industria farmaceutica e l'intera filiera. Intervenendo anche sull'aumento dei costi, che registrano un +600% rispetto a un anno fa, reso ancora più insostenibile dall'inflazione all'8,4%, da prezzi al consumo dei farmaci con prescrizione scesi dell'1% e dalla svalutazione dell'euro rispetto al dollaro, valuta con la quale si pagano i principi attivi che provengono per l'80% da Cina e India.

Misure da accompagnare a riforme di prospettiva, con una visione chiara. Sono cambiate le reali esigenze dei cittadini e ancor più cambieranno nel futuro.

Occorre adeguare la governance ai nuovi bisogni, abbandonando vecchi schemi ideologici che considerano la salute solo come un costo



È quindi più che mai necessaria una riforma che semplifichi anche i processi e riduca i tempi ancora troppo lunghi di accesso ai medicinali con il superamento delle differenze e delle iniquità regionali, la valorizzazione appropriata dei farmaci e dell'innovazione e con regole snelle e nuovi paradigmi, per offrire la salute migliore possibile ai cittadini. Solo così il settore potrà essere ancora più competitivo a livello internazionale.



VELOCITÀ DELL'INNOVAZIONE E LENTEZZA NELL'AGGIORNAMENTO DEI LEA

La definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza e delle relative tariffe è un percorso molto lungo e complesso poco coerente con l'evoluzione rapida e dirompente delle tecnologie e delle conoscenze della medicina.

Inoltre l'applicazione dei LEA continua a presentare diseguaglianze nella applicazione tra le diverse Regioni Italiane, come puntualmente ed annualmente verificato dal ministero della salute.

Nel contesto globalizzato dell'assistenza sanitaria è altresì necessario un benchmarking con analoghe definizioni di altri Paesi, in special modo con i Paesi dell'Unione Europea.

La Pandemia Covid ha indotto una maggiore unità di intenti tra i vari Paesi dell'unione e questa maggiore adesione dovrebbe essere applicata anche per ciò che concerne i livelli assistenziali di base per arrivare a una possibile definizione in futuro di LEA europei.

Sarebbe utile un confronto ad ampio raggio con le Società Scientifiche, le Commissioni parlamentari, i rappresentanti dei cittadini e le istituzioni regionali per arrivare a una sintesi della conoscenza e dei bisogni, il tutto cementato da un puntuale lavoro di Health Technology Assessment, sia per quanto riguarda l'assistenza socio sanitaria sia per quanto riguarda la remunerazione e le conseguenti tariffe.



Definizione dei lea: un percorso complesso

La definizione dei LEA e delle relative tariffe è un percorso molto lungo e complesso, poco coerente con l'evoluzione dirompente delle tecnologie e delle conoscenze della medicina.

L'applicazione dei LEA continua a presentare diseguaglianze nella applicazione tra le diverse Regioni Italiane, come puntualmente ed annualmente verificato dal Ministero della Salute.

Nel contesto globalizzato dell'assistenza sanitaria è altresì necessario un benchmarking con analoghe definizioni di altri Paesi, in special modo con i Paesi dell'Unione Europea.

La Pandemia Covid ha indotto una maggiore unità di intenti tra i Paesi dell'unione, che dovrebbe essere applicata anche per i livelli assistenziali di base in modo tale da arrivare ad una possibile definizione, in futuro, di LEA europei.

La necessità di operare un confronto

Sarebbe utile operare un confronto con le Società Scientifiche, le Commissioni parlamentari, i rappresentanti dei cittadini e le Istituzioni regionali per arrivare a una sintesi dei bisogni.

Il tutto andrebbe poi consolidato da un puntuale lavoro di Health Technology Assessment, sia per quanto riguarda l'assistenza socio sanitaria che per la remunerazione e le tariffe.



GRANDI SFIDE DELLE CRONICITÀ: DALL'ANALISI AL COME

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

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

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

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

Per verificare lo stato di attuazione reale e non formale del PNC, gli uffici della programmazione del MinSal hanno attivato un monitoraggio tecnico che deve mappare una serie di indicatori trasmessi dalle singole regioni: il livello di stratificazione della popolazione, il livello di integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale e il livello di adozione e di attuazione dei percorsi diagnostico-terapeutici.

Il PNC ha previsto inoltre la creazione di una cabina di regia che, partendo dall'analisi di questi indicatori, costruisca una fotografia iniziale (as is) e possa poi decidere le azioni successive (to be).



Se l'obiettivo del piano nasce dall'esigenza di armonizzare a livello nazionale tutte le attività in questo campo, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali, la realizzazione e attuazione del piano in tutte le Regioni deve rappresentare lo strumento per rendere omogeneo l'accesso alle cure da parte dei cittadini, garantendo gli stessi livelli essenziali di assistenza e rendendo sostenibile il SSN.

L'innovazione organizzativa necessaria a tutto ciò è una responsabilità di ogni singola regione e si dovrà realizzare attraverso ben costruiti condivisi e monitorati PDTA. La recente pandemia sembra aver convinto tutti nello spingere sull'acceleratore del cambiamento, oramai non più auspicabile ma necessario ed indifferibile.

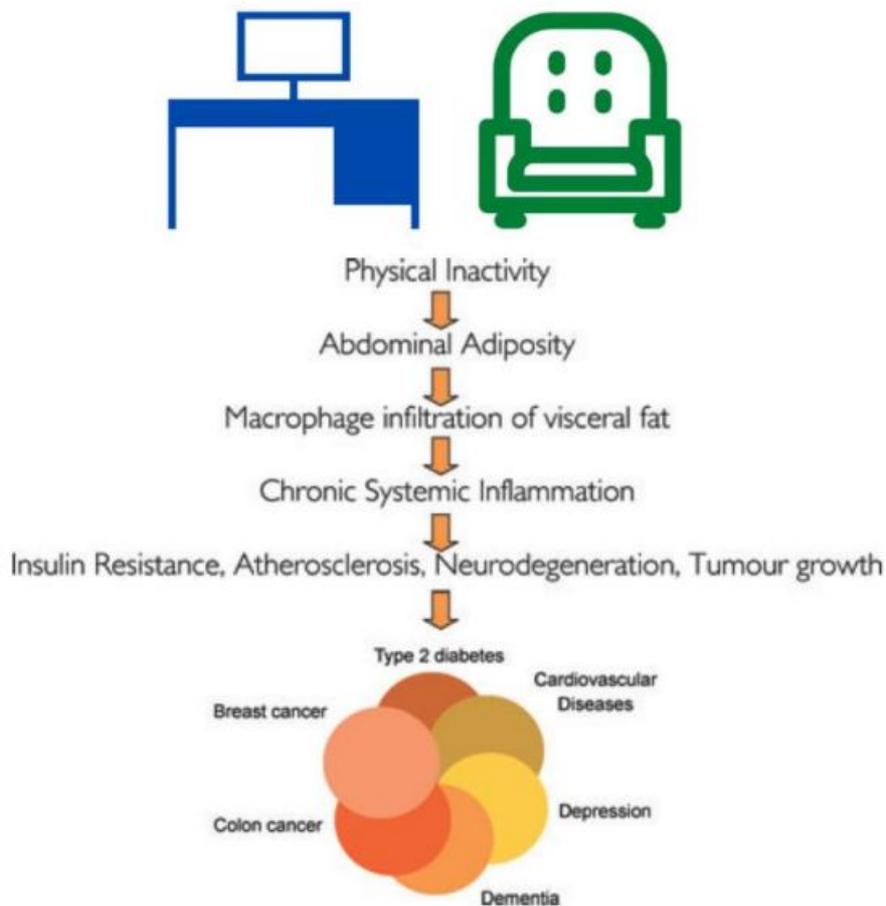


EXERCISE IS MEDICINE & EXERCISE IN MEDICINE

L'esercizio fisico è stato dimostrato essere un fattore fondamentale di salute negli ambiti di: prevenzione, cura e riabilitazione. Nonostante il suo ruolo così importante per la salute ancora l'esercizio fisico non è entrato a pieno ruolo negli ambiti del SSN.

Exercise is Medicine i benefici:

- Livello di attività fisica, capacità funzionale e sedentarietà sono forti predittori indipendenti di mortalità cardiovascolare e da qualsiasi causa.
- Dimostrata efficacia dell'esercizio nella prevenzione primaria, secondaria e terziaria di patologie croniche e delle condizioni a loro associate, come limitazioni funzionali, sarcopenia, disabilità, ...





Perché inserire l'esercizio fisico all'interno della sanità

- Forti evidenze scientifiche di efficacia dell'esercizio fisico nella prevenzione I, II e III di un'ampia gamma di patologie croniche.
- Evidenze di potenziali significativi risparmi per il sistema sanitario e le famiglie.
- Presenza di:
 - competenze sanitarie e non;
 - base legislativa che riconosce le "palestre della salute" e figure professionali;
- Possibile integrazione sinergica con percorsi riabilitativi.

I limiti all'interno del SSN

- Mancanza di PDTA nel SSN che includano l'esercizio fisico tra gli interventi terapeutici, sia intra – che extra ospedalieri.
- Da migliorare la consapevolezza dei medici e della popolazione relative alla reale efficacia dell'esercizio fisico.
- Aderenza delle persone ad una pratica regolare di esercizio fisico: necessità di counselling e personalizzazione.
- Aspetti economici:
 - Costo relativamente elevato per soggetti a basso reddito.
 - Attività non sanitaria (IVA).
 - Inadeguati incentivi fiscali (di recente credito d'imposta, legge di Bilancio 2022 - n. 234/2021).



Proposte avanzate

- Attivazione ambulatori di prescrizione di esercizio fisico (prestazione sanitaria).
- Favorire la creazione di percorsi assistenziali intra- ed extra-ospedalieri.
- Ampliare incentivi fiscali (es. credito d'imposta).
- Combattere la vera pandemia che ci attende (sedentarietà ed inattività fisica) con piano nazionale. Vedi Action plan WHO.



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

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

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

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

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

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



MALATTIE RARE

Le malattie rare (MR) sono state individuate come un'area di interesse prioritario in sanità pubblica già dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. Successivamente è stato emanato il Decreto Ministeriale 279/2001 'Regolamento di istituzione della rete nazionale Malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie'.

Questo Decreto istituiva la Rete nazionale delle malattie rare per la prevenzione, diagnosi e trattamento, costituita da Presidi sanitari appositamente individuati dalle autorità sanitarie regionali.

Negli anni tutte le Regioni hanno definito la loro rete delle MR, istituito registri regionali per la raccolta di dati, confluenti, come indicato nel Decreto sopracitato, nel Registro nazionale malattie rare (RNMR). L'attività epidemiologica è lo strumento per migliorare, le capacità assistenziali della rete ponendosi come elemento cardine a tutti i livelli, nazionale, regionale e locale, per la tutela delle persone con malattia rara e le loro famiglie.

La legislazione sulle malattie rare però non è ferma, infatti lo scorso 26 maggio, alla Camera dei deputati, è stato approvato il Testo Unico Malattie Rare e Farmaci Orfani.

Tutte le misure inserite contribuiscono a migliorare non solo gli aspetti sanitari della presa in carico dei pazienti rari, ma anche la qualità della loro vita sociale e lavorativa.

Infatti questa è una legge quadro che ha l'obiettivo di rendere uniforme il trattamento delle malattie rare su tutto il territorio nazionale, attraverso il piano diagnostico terapeutico personalizzato che consente di accedere a tutti i servizi sanitari, compresi i trattamenti riabilitativi, ai servizi socio sanitari e consente di ottenere dispositivi medici personalizzati; di consolidare le buone pratiche sviluppate in questi anni; di favorire l'inserimento scolastico e lavorativo dei malati rari e dare un forte impulso alla ricerca. Ora però la legge deve essere approvata anche dal Senato per poter diventare effettiva.



Fattori chiave di successo nella gestione delle malattie rare

La migliore gestione delle Malattie Rare consiste nella combinazione di tre strategie: diagnosi precoce, sviluppo di cure ottimali per la prevenzione dei sintomi che si manifestano in seguito alla cronicizzazione della malattia e disponibilità di farmaci e trattamenti.

La prevenzione è utile perché le malattie rare sono per la maggior parte genetiche e quindi rischiano di essere tramandate per diverse generazioni.

Oggi è possibile diagnosticare tempestivamente la presenza di una malattia rara grazie alla conoscenza acquisita dei meccanismi di azione, sottesi alla sua manifestazione clinica e alla disponibilità di sistemi diagnostici sempre più sensibili. La direzione presa dalle Associazioni è di rafforzare le strategie di intervento preventivo, rendere più sensibili i sistemi diagnostici, creare linee guida per medici e operatori sanitari e sociosanitari impegnati nella cura delle malattie rare.

Bisogni e necessità per queste patologie:

- Indispensabile garantire la diagnosi precoce delle MR, ma al momento la loro conoscenza è a carico di Centri di eccellenza e non è diffusa sul territorio, in questo modo si sottostimano i sintomi, determinando un ritardo di invio dei pazienti al Centro specializzato.
- Bisogna garantire un approccio multidisciplinare tra i vari attori del SSN, indispensabili per la diagnosi corretta della malattia. Ascolto dei pazienti con inserimenti nei team multidisciplinari.
- Garantire tempi brevi per l'iter diagnostico e successiva presa in carico del paziente.
- Garantire il follow-up, mantenendo l'accesso facilitato al Centro Hub. Ma anche creare un flusso di comunicazione facilitato, tra i referenti della catena assistenziale.



- Uniformare a livello regionale i PDTA, evitando così ricoveri e terapie inappropriate.
- Accesso semplificato alla dispensazione del farmaco.

Il valore delle associazioni pazienti nei tavoli decisionali

Alcune Regioni hanno da tempo sviluppato innumerevoli modalità e strumenti di partecipazione dei cittadini, adottando anche una legge dedicata alla democrazia deliberativa.

La partecipazione dei cittadini, infatti, non è soltanto uno strumento di crescita della democrazia, ma è anche un mezzo per ridurre la conflittualità tra organizzazione e cittadini. Ciò vale anche per le malattie rare: gli strumenti per costruire modalità di partecipazione ci sono, basterà adattarli alla complessità e diversità che caratterizza il mondo delle malattie rare.

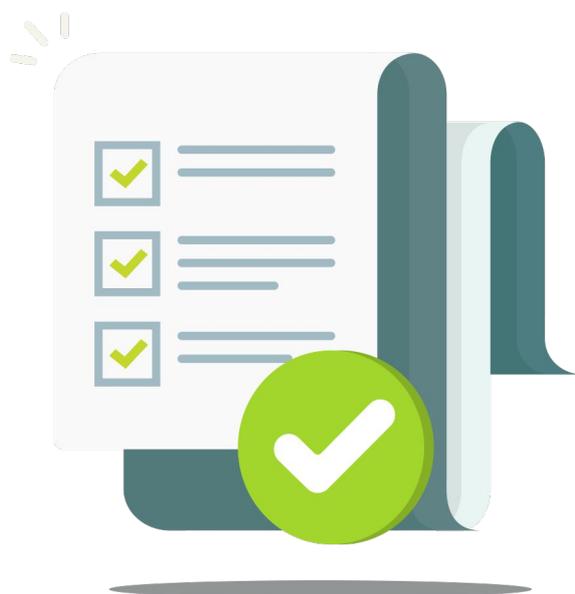
Nel 2021 sono stati raggiunti obiettivi importanti dalla e per la comunità delle persone con malattia rara: ora è necessario compiere l'ultimo miglio per fare in modo che la voce delle persone con malattia rara possa continuare a trovare ascolto e spazio all'interno delle politiche che verranno realizzate nella prossima legislatura.



CONCLUSIONI

La nostra Sanità si basa sempre più sull'evidenza organizzativa, sull'evidenza strutturativa e dei percorsi. Forse mai come ora il Servizio sanitario nazionale, e le sue declinazioni regionali, sono stati al centro di trasformazioni tanto epocali, a causa di quanto appreso con la pandemia ma non solo, e nella necessità di rafforzare quanto più possibile la cura, ma soprattutto la prevenzione e la riabilitazione.

E tutto questo non può che avvenire nel segno dell'innovazione, con modelli gestionali e strutturali nuovi. Per quanto riguarda l'innovazione gestionale, il perno del cambiamento gravita intorno ad una nuova organizzazione della medicina territoriale: il Governo da poco eletto dovrà farsi carico di riuscire a dare una spinta forte a tutte le dinamiche di trasformazione sia a livello centrale che a livello regionale.





PANELIST

Claudio Zanon, Direttore Scientifico Motore Sanità

Eva Colombo, Direttore Generale ASL Vercelli

Giulia Gioda, Presidente Motore Sanità

Walter Locatelli, Presidente “Io Raro”

Amedeo Bianco, già Senatore XVII Legislatura Senato della Repubblica

Teresa Calandra, Presidente Federazione nazionale degli Ordini TSRM ZANETTI

Marco Cossolo, Presidente Federfarma Nazionale

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

Tiziana Frittelli, Presidente Federsanità Anci

Francesco Locati, Direttore Generale ASST Bergamo Est

Andrea Mandelli, Presidente Federazione Ordine Farmacisti Italiani BOLDI

Barbara Mangiacavalli, Presidente FNOPI Nazionale MOTORE SANITA’

Giovanni Migliore, Direttore Generale AOU Policlinico Bari Ospedale “Giovanni XXIII”, Presidente FIASO

Paolo Petralia, Vice Presidente Fiaso

Giuseppe Milanese, Presidente Confcooperative Sanità

Alessandro Miani, Presidente SIMA

Fiorenzo Corti, Vicepresidente nazionale FIMMG

Roberta Zanetti, Dirigente Professioni Sanitarie Azienda Ligure Sanitaria A.Li.Sa

Annamaria Parente, già Presidente 12a Commissione permanente (Igiene e sanità) Senato della Repubblica

Rosanna D’Antona, Presidente Europa Donna Italia



Walter Locatelli, Presidente “Io Raro”

Francesco Schittulli, Presidente nazionale LILT

Moderà Rosanna Boldi, già Vice Presidente XII Commissione (Affari Sociali)
Camera dei Deputati

Mario Alberto Battaglia, Presidente nazionale Fism

Ivan Gardini, Presidente EPAC

Anna Lisa Mandorino, Segretario Generale Cittadinanzattiva

Paola Pisanti, Coordinatore Commissione Cronicità del Ministero della Salute

Marco Mario Trabucchi, Presidente Associazione italiana di Psicogeriatría
BOLOGNA

Fabiola Bologna, già Segretario XII Commissione (Affari Sociali), Camera
dei Deputati

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

Americo Cicchetti, Professore Ordinario di Organizzazione Aziendale Facoltà di
Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma Direttore Alta Scuola di
economia e Management dei Sistemi Sanitari (ALTEMS)

Claudio Cricelli, Presidente Nazionale SIMG

Antonio D’Avino, Presidente nazionale FIMP

Annalisa Scopinaro, Presidente UNIAMO

Silvia Tonolo, Presidente ANMAR BOLDI

Antonella Vezzani, Presidente nazionale Associazione italiana Donne
Medico Bologna



MOTORE
SANITÀ

panacea

f **ORGANIZZAZIONE e SEGRETERIA**

t

Francesca Romanin - 328 8257693

@

Elisa Spataro - 350 1626379

v

in

f.romanin@panaceascs.com



www.motoresanita.it