



f x @ y in p
www.motoresanita.it



**SUMMER
SCHOOL**
V E N E Z I A

XII EDIZIONE

In collaborazione con



The Future of Life Sciences

Progressi in Medicina

ACCESSO ALL'INNOVAZIONE IN SANITÀ | COME FAR PROGREDIRE IL NUOVO WELFARE

VENEZIA

Ospedale Ss. Giovanni e Paolo - Sala San Domenico | Campo Santi Giovanni e Paolo, 6777

8, 9 e 10 SETTEMBRE 2025



**SUMMER
SCHOOL**
VENEZIA
XII EDIZIONE



The Future of Life Sciences

Progressi in Medicina

ACCESSO ALL'INNOVAZIONE IN SANITÀ | COME FAR PROGREDIRE IL NUOVO WELFARE

VENEZIA

Ospedale Ss. Giovanni e Paolo - Sala San Domenico | Campo Santi Giovanni e Paolo, 6777

8, 9 e 10 SETTEMBRE 2025

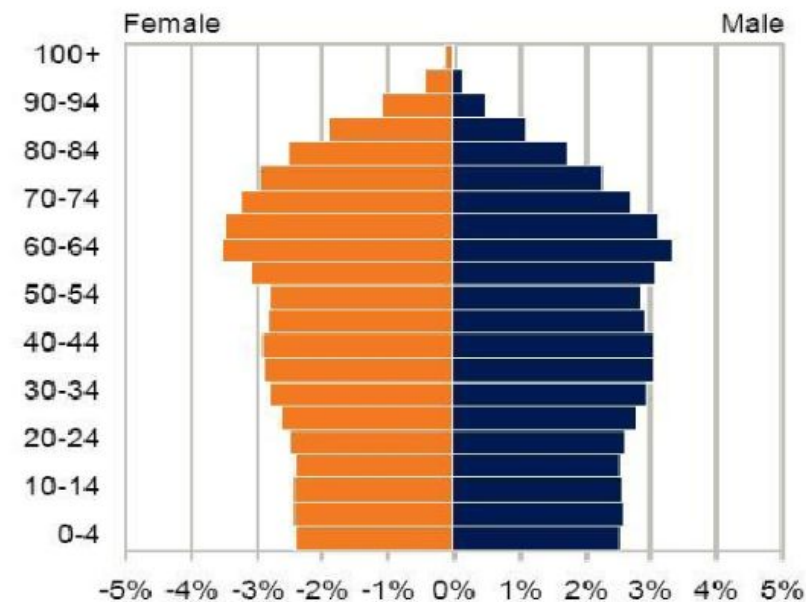
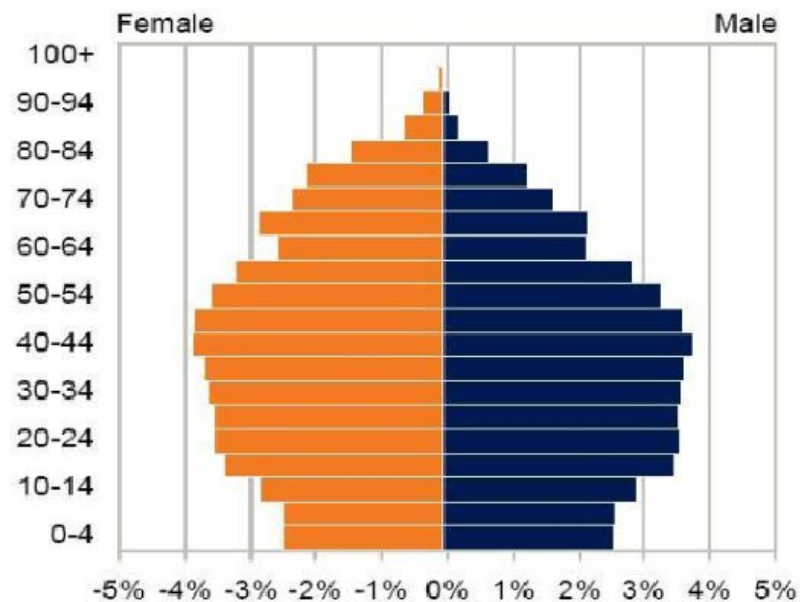
**COME GARANTIRE A 25 MILIONI DI ITALIANI CON MALATTIE CRONICHE DI
VIVERE AL MEGLIO GRAZIE ALLA INTEGRAZIONE TRA MEDICINA DI
FAMIGLIA/CURE PRIMARIE E MEDICINA SPECIALISTICA**

*Maurizio Cancian, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie
Giunta Esecutiva Nazionale*



Figure 1: Population pyramids for Europe
(a) 2005, total population 729.4m

(b) 2050, total population 691m



Source: UN World Population Prospects, 2008 Revision.



ENTRO IL 2050 1/3 DELLA POPOLAZIONE DELL'UE AVRA' UN'ETA' MAGGIORE DI 50 ANNI

Quante persone fragili nel Veneto e in Sicilia nella popolazione ≥ 65 aa. ?



Journal of Drug Assessment



ISSN: (Print) 2155-6660 (Online) Journal homepage: <https://www.tandfonline.com/loi/ijda20>

Prevalence of frailty in older people in Veneto (Italy)*

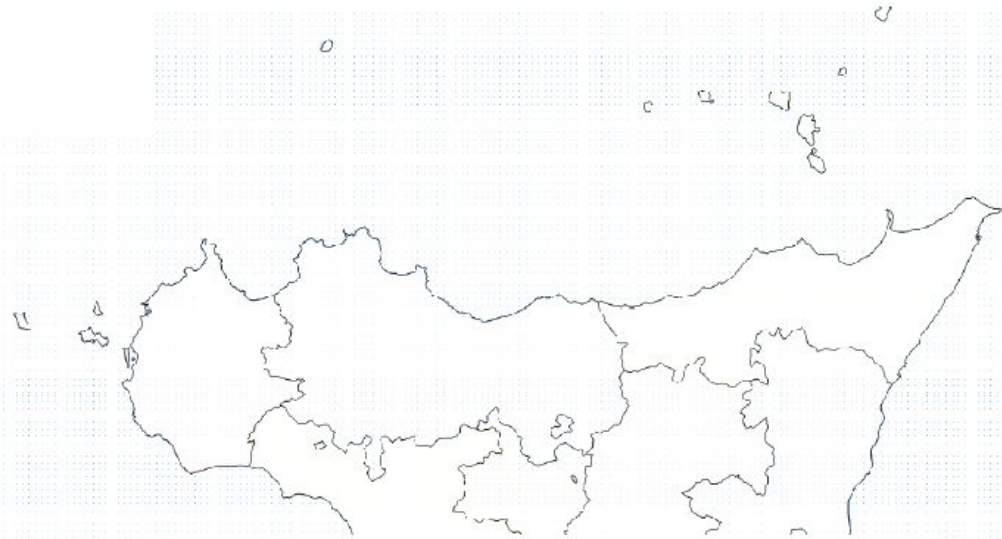
Alessandro Battaggia, Andrea Scalisi, Bruno Franco Novelletto, Massimo Fusello, Raffaella Michieli & Maurizio Cancian

Ricerca promossa da S.I.M.G. nel Veneto e in Sicilia e realizzata da 116 MMG osservando un campione rappresentativo per sesso ed età di 4.531 persone di età > 65 aa.

Standard population: il campione – standardizzazione per sesso ed età'



22.3% (20.9%-23.6%)



28.7% (27.0%-30.4%)



FRAGILITA'

MULTIMORBIDITA'

Charlson Comorbidity Index



Conditions	Weight
Congestive heart failure	1
Myocardial infarction	1
Peripheral vascular disease	1
Cerebrovascular disease	1
Dementia	1
Chronic pulmonary disease	1
Connective tissue disease	1
Ulcer disease	1
Mild liver disease	1
Diabetes	1
Depression	1
Use of warfarin	1
Hypertension	1
Hemiplegia	2
Moderate or severe renal disease	2
Diabetes with end organ damage	2
Any tumor	2
Leukemia	2
Lymphoma	2
Skin ulcers/cellulitis	2
Moderate or severe liver disease	3
Metastatic cancer	6
AIDS	6

SCORE ≥ 4

Multimorbid people

Charlson ME -J Clin Epidemiol 2008 61(12):1234

Il 40% delle persone con diagnosi di Diabete tipo 2 presenta un grado elevato di multimorbidità, valutata utilizzando il Charlson Comorbidity Index (C.I.>=4)

CHARLSON Comorbidity Index	Numero	%
Charlson 1	1.201	11,9 %
Charlson 2	2.589	25,6 %
Charlson 3	2.229	22,0 %
Charlson 4	4.096	40,5 %
Totale	10.115	100,0 %

La cronicità: un fenomeno in crescita

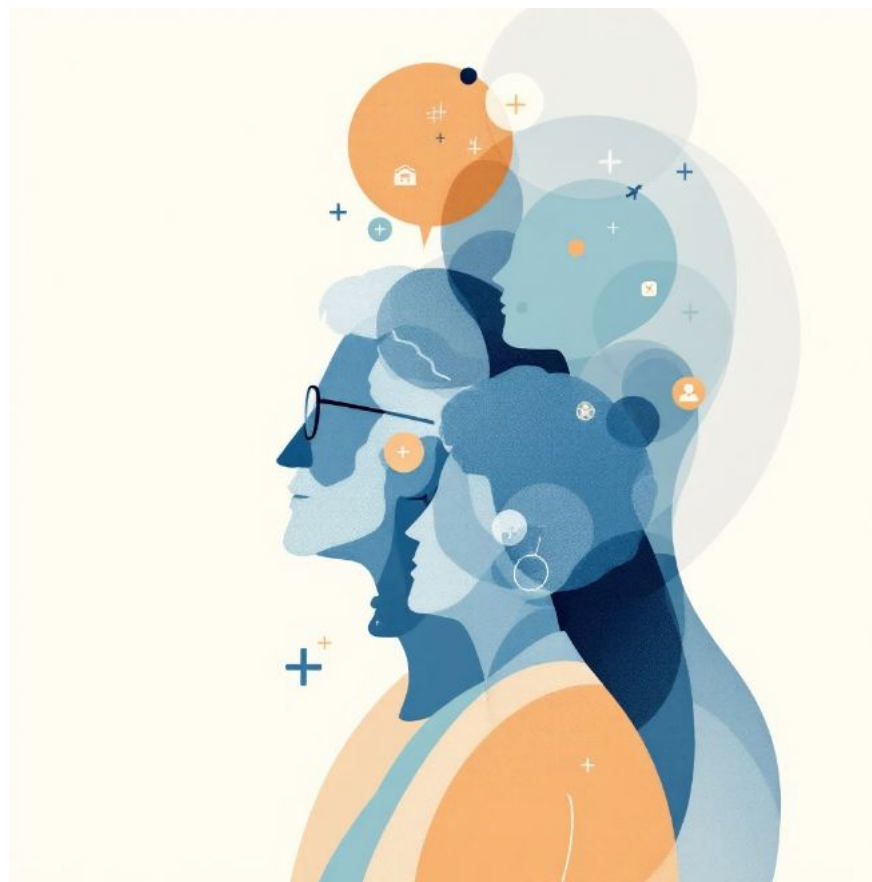
Per cronicità si intende l'irreversibilità di una malattia, caratterizzata da un lento e progressivo declino delle normali funzioni fisiologiche e che presenta sintomi persistenti nel tempo. Le condizioni croniche affliggono circa 25 milioni di persone

in Italia, interessando tutte le fasi della vita, ma colpendo principalmente gli anziani.

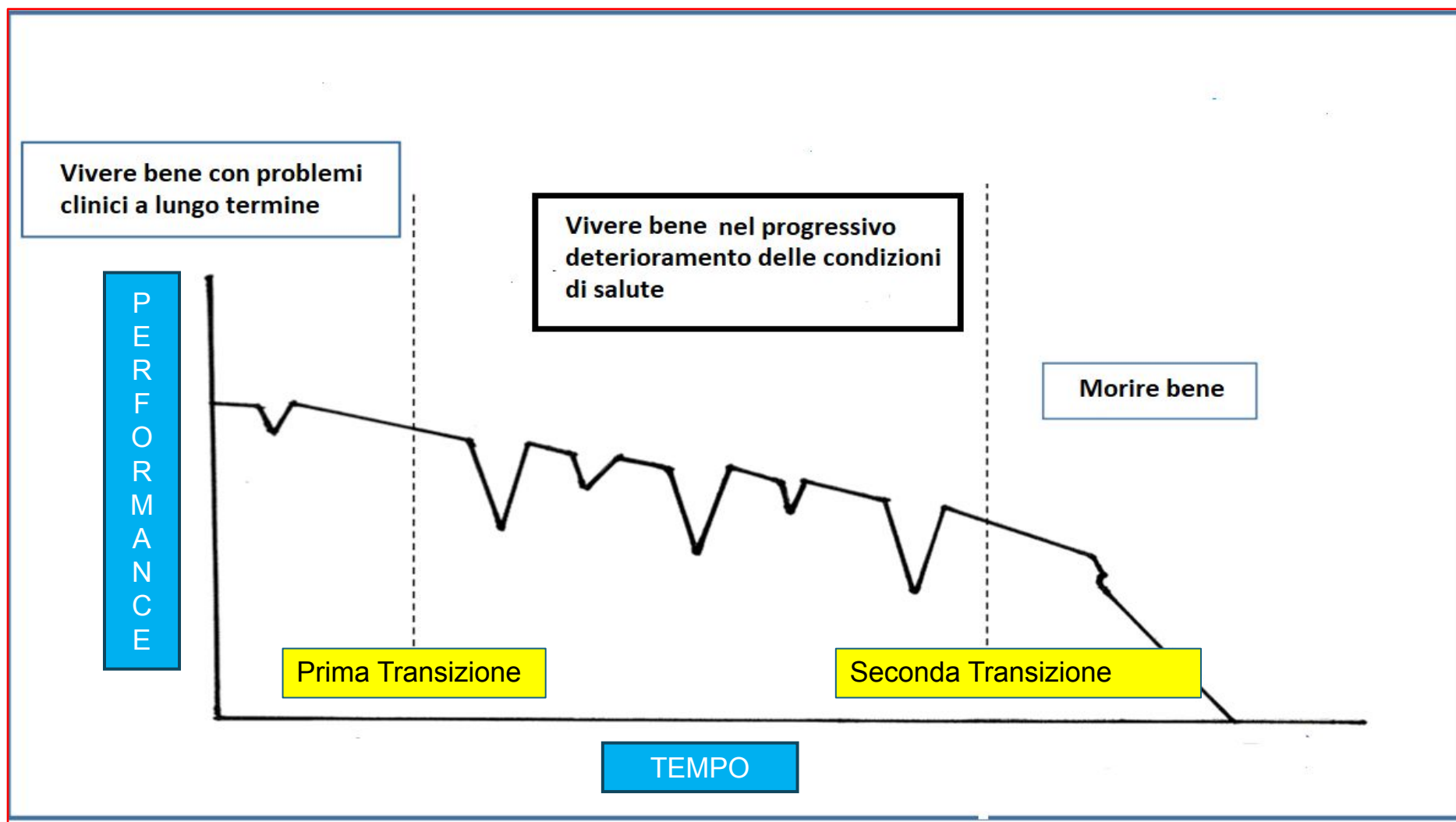
In Italia oltre il 48% della popolazione adulta vive con almeno una

malattia in guaribile ma curabile, il 35% almeno 2, il 23% più di 2.

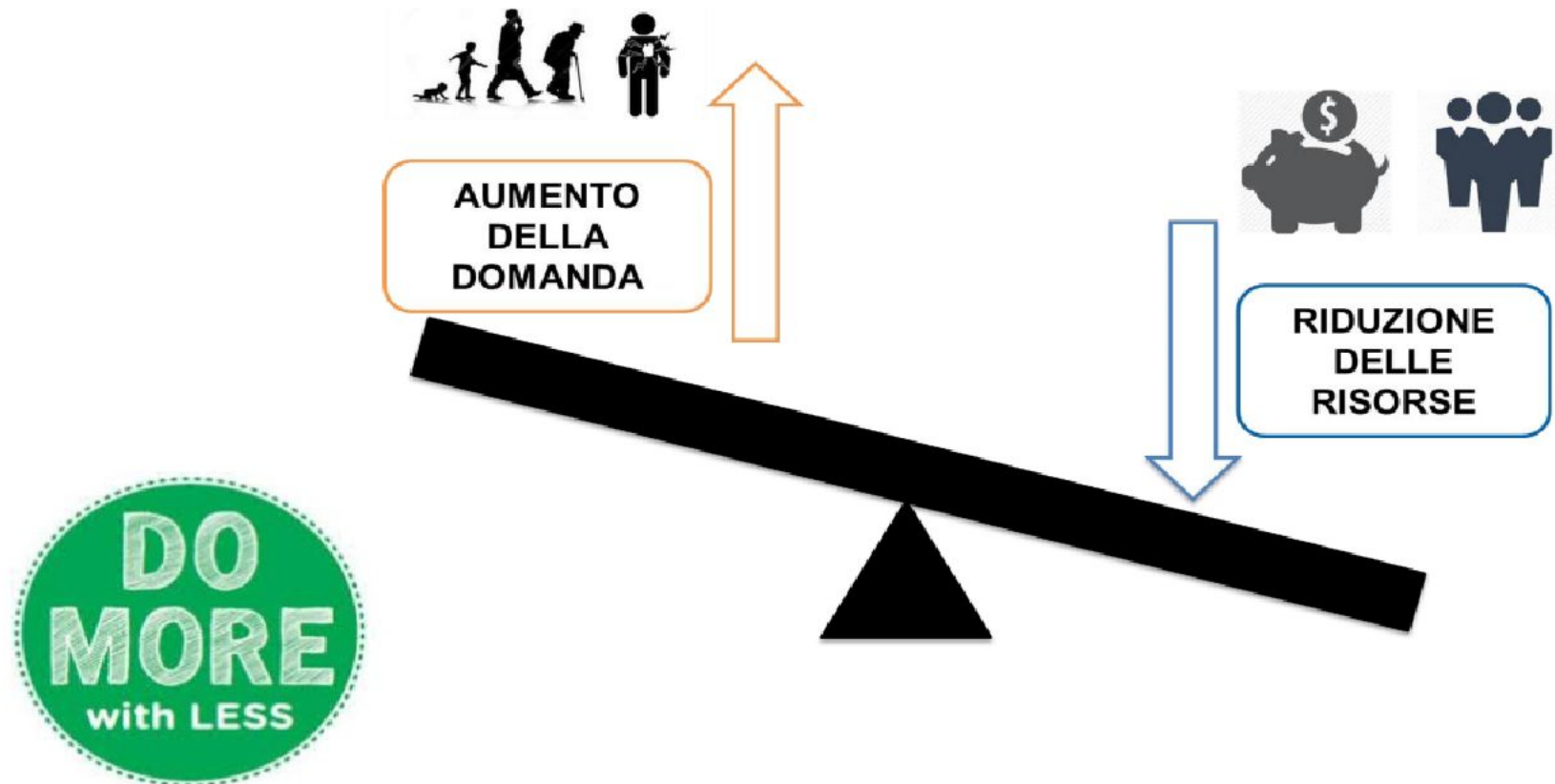
Gli obiettivi di cura nei pazienti cronici sono orientati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione delle complicanze e al miglioramento della qualità di vita. La diagnosi precoce, un piano di assistenza personalizzato, l'educazione del paziente rappresentano gli elementi cardine per ridurre mortalità e guadagnare anni di vita in salute.



ANTICIPARE LA PIANIFICAZIONE DELLE CURE NELLE FRAGILITA'



Le sfide attuali per la sanità



Il cambio di paradigma nell'assistenza sanitaria

L'impegno sanitario consiste nel modificare la prospettiva per la presa in carico dei pazienti, passando da un approccio reattivo a uno proattivo. Questa profonda riorganizzazione dei servizi sul territorio è ispirata al Chronic Care Model e seguita dalla larga maggioranza dei Servizi Sanitari dei Paesi occidentali.



Ospedali

Concentrazione delle competenze su emergenza/urgenza ed alta specializzazione



Territorio

Cura delle malattie croniche e attività di prevenzione primaria e secondaria



Medicina d'attesa

Intervento prevalentemente orientato alla gestione dell'evento acuto o della complicanza.



Medicina d'iniziativa

Approccio proattivo nella gestione delle patologie croniche e nella prevenzione.

Il Chronic Care Model

- Modello di assistenza sanitaria rivolto ai pazienti affetti da malattie croniche messo a punto dal professor Wagner e dai suoi colleghi del McColl Institute for Healthcare Innovation, in California.
- Propone una serie di cambiamenti utili a favorire il miglioramento della condizione dei malati cronici
- Suggerisce un approccio "proattivo" tra il personale sanitario e i pazienti stessi, i quali diventano parte integrante del processo assistenziale.
- Grande diffusione nei Servizi Sanitari dei Paesi occidentali, **documentando l'efficacia in termini di riduzione di mortalità e morbidità, riduzione degli accessi non programmati ai Servizi Sanitari, migliore qualità della vita e soddisfazione dei pazienti e dei professionisti.**



Di seguito, in sintesi, vengono descritti i 10 elementi caratterizzanti i modelli assistenziali dei Paesi occidentali per la gestione della cronicità:



1. Le Cure Primarie come fulcro dei processi assistenziali

Le Cure Primarie rappresentano il fulcro dei modelli assistenziali occidentali per la gestione della cronicità.

Grazie alla loro capillarità, costituiscono il primo punto di contatto tra cittadini e sistema sanitario, fornendo un accesso facilitato e coerente con i bisogni del paziente.

Un sistema efficace di Cure Primarie può significativamente ridurre gli accessi non pianificati ai servizi specialistici, ai dipartimenti di emergenza e ai reparti ospedalieri, ottimizzando l'intero sistema sanitario.

Essenziale la stretta collaborazione tra MMG e Medici Specialisti nella prospettiva della continuità di assistenza facilitando attività di teleconsulto.

2. Assistenza focalizzata sui bisogni di ogni individuo, nel proprio contesto sociale

Fattori come status socio ed economico, istruzione e ambiente influenzano significativamente la salute, rendendo **ogni paziente unico**.

Un approccio standardizzato, focalizzato principalmente sulla malattia, non può considerare queste specificità individuali.



Personalizzazione

Migliora l'aderenza terapeutica e l'efficacia del trattamento



Qualità della vita

Risponde ai bisogni specifici nel contesto quotidiano



Equità

Riduce le disparità di salute tra diversi gruppi di popolazione

3. Team multiprofessionale come erogatore dei processi di cura

Le malattie croniche richiedono un approccio multidimensionale che solo un team con competenze diverse può offrire, affrontando i vari aspetti della cura del paziente e garantendo un supporto continuo.

Il **team multiprofessionale**, che collabora per garantire un'assistenza completa e coordinata, è composto da:

- MMG
- Infermiere
- Assistente di studio
- **In stretta integrazione con Dipartimenti di Prevenzione, Ospedali, Emergenza, Servizi Specialistici,**

Cure Palliative Divisione dei **compiti**

Riduce il carico di lavoro di ciascun professionista e migliora l'efficienza del sistema assistenziale

Comunicazione efficace

Garantisce una migliore coordinazione tra i diversi professionisti coinvolti nel processo di cura

Miglioramento continuo

Lo scambio di conoscenze favorisce la formazione continua e l'introduzione di pratiche innovative

4. Stratificazione della popolazione per livelli di rischio

La stratificazione della popolazione per livelli di rischio consente di identificare precocemente i pazienti a rischio di complicanze e di definire strategie di intervento coerenti con la complessità assistenziale di ciascuno.

La stratificazione della popolazione per livelli di rischio consente di:

-  identificare precocemente i pazienti a rischio di complicanze.
 -  definire strategie di intervento coerenti con la complessità assistenziale di ciascuno.
 -  indirizzare le risorse in modo più efficiente, riducendo i costi associati a trattamenti non necessari.
-

L'utilizzo dell'Intelligenza Artificiale:

- Consente di stratificare la popolazione con maggiore accuratezza, facilitando l'adozione dei programmi di assistenza individuali.
- Aggiornamento automatico e in tempo reale dei profili di rischio, che consente un adattamento tempestivo del programma di cura.

5. Medicina di iniziativa per l'identificazione precoce

La Medicina di iniziativa rappresenta un **approccio proattivo alla cura della salute**, focalizzato sulla prevenzione e sulla gestione precoce dei fattori di rischio, mediante interventi mirati e personalizzati.

Questo modello supera l'approccio reattivo tradizionale, intervenendo prima che i sintomi si manifestino, attraverso la modifica dei fattori di rischio, la sorveglianza periodica e l'intervento tempestivo.



6. Partecipazione attiva dei pazienti ai programmi di cura

I pazienti che partecipano attivamente alle decisioni di cura tendono ad avere migliori esiti di salute.

Nelle malattie croniche, il paziente vive con la sua condizione per molti anni e, se adeguatamente coinvolto e informato, può diventare protagonista attivo dei processi assistenziali, gestendo autonomamente aspetti come dieta, esercizio fisico, uso dei farmaci e monitoraggio di parametri vitali.



Comprensione

Maggiore consapevolezza delle opzioni
terapeutiche



Coinvolgimento

Partecipazione alle decisioni di
cura



Auto-gestione

Acquisizione di abilità per la gestione
quotidiana



7. Collegamenti strutturati con le risorse della comunità

Servizi e attività di volontariato, funzionali agli obiettivi di salute dei pazienti.

Studi clinici dimostrano che questa integrazione può migliorare significativamente la gestione delle malattie croniche, ridurre gli accessi non programmati ai servizi sanitari e il rischio di ricoveri ospedalieri.

Prevenzione e promozione

Programmi di attività fisica

- Educazione alimentare
- Supporto psicologico

Integrazione coordinata

Eventi e raccomandazioni

- Favorire continuità assistenziale
- Coordinare servizi diversi

Equità e giustizia sociale

Supporto a gruppi vulnerabili

- Riduzione disparità di salute
- Accesso equo alle cure

8. Sistemi informativi e strumenti digitali evoluti

Fondamentali per rendere accessibili i dati clinici, supportare i processi decisionali e fornire elaborazioni utili alle attività di audit e valutazione.

Nei pazienti con malattie croniche, l'accesso immediato ai dati clinici è cruciale per gli operatori sanitari per monitorare e gestire il piano di assistenza a lungo termine, migliorando la continuità delle cure e riducendo gli errori.



Cartelle cliniche elettroniche

Visione completa della storia clinica



Condivisione informazioni

Comunicazione efficace tra professionisti



Supporto decisionale

Strumenti basati su linee guida e IA



Analisi dei dati

Valutazione dell'efficacia dei programmi

9. Linee Guida per la gestione della comorbidità

Numerosi studi hanno dimostrato che l'implementazione di linee guida per la gestione della comorbidità porta a migliori esiti di salute, riducendo le ricadute ospedaliere e migliorando la gestione delle condizioni croniche.



Linee guida NICE

Approccio multidimensionale per anziani con comorbidità



Linee guida ISS

Strumenti validati per la valutazione multidimensionale



Collaborazione

multiprofessionale
Assistenza integrata e coordinata per pazienti complessi



Approccio

multidimensionale
Personalizzazione delle cure attraverso l'adattamento dei trattamenti alle esigenze individuali

10. Il MMG come valore aggiunto al processo assistenziale

Il MMG, per prossimità, accessibilità, continuità e relazione di cura, aggiunge valore al processo assistenziale, sia per gli obiettivi di salute della popolazione che per l'equilibrio generale del sistema.

La relazione di cura, caratterizzata da un rapporto di fiducia tra medico e paziente, favorisce una comunicazione aperta e migliora l'aderenza alle terapie, rappresentando uno strumento originale della Medicina Generale riconosciuto tra le competenze costitutive del MMG (WONCA).



Prossimità geografica

Riduce le barriere fisiche all'assistenza sanitaria



Accessibilità

Riduce il ricorso non necessario ai servizi di emergenza



Continuità assistenziale

Cruciale per la gestione a lungo termine delle malattie croniche



Coordinamento delle cure

Facilita la comunicazione tra i vari specialisti coinvolti

«I Medici di famiglia usano un metodo incrementale.

Essi seguono la salute del paziente nel corso del tempo, anche dell'intera vita. Tutte le decisioni sono provvisorie e soggette a continui aggiustamenti. Affrontano un problema specifico di un paziente senza perdere di vista la sua vita personale, la sua storia familiare, la sua dieta, i suoi livelli di stress, e l'intrecciarsi di tutte queste cose.

Questo significa che nella medicina di oggi il successo è determinato da una serie di passaggi graduali che producono progressi duraturi».



Atul Gawande, The New Yorker, 2018*

Le 4 mosse per sviluppare Salute

- Riconoscere la **Disciplina “Medicina Generale”** introducendo l’insegnamento nel corso di Laurea, indirizzando la Formazione Specifica post laurea verso la Specializzazione, istituendo i Dipartimenti Accademici per la Formazione, la Ricerca
- Aggiornare le **competenze** dei MMG anche attraverso i percorsi di certificazione già previsti dal Ministero
- Prevedere **standard organizzativi** (lavoro in team, diagnostica point of care, digitale) coerenti con le competenze, ed attivare i **Dipartimenti aziendali di Medicina Generale** ove coinvolgere coordinatori di AFT e UCCP nella progettazione e nella implementazione nella pratica clinica dei processi di cura, compresa la formazione continua
- Sviluppare una **Governance** del territorio con **indicatori di processo e di esito** utili a promuovere la cultura del **miglioramento continuo**

Gestire il cambiamento nei Sistemi Complessi



The Managing Complex Change model was created by Dr. Mary Lippitt (1987).

@addyosmani

GRAZIE PER L'ATTENZIONE!



— Non mi interessa se lei è medico da
quindici anni! Io sono paziente da trenta!