

MOTORE
SANITÀ

DOCUMENTO DI SINTESI



www.motoresanita.it

2023

SUMMER SCHOOL

"NON C'È ECONOMIA SOSTENIBILE SENZA SALUTE"



20, 21 e 22
Settembre 2023

GALLIO
Sala Consiliare Comunale

Con il patrocinio di



REGIONE DEL VENETO



CONFERENZA DELLE REGIONI
E DELLE PROVINCE AUTONOME



Comune di Gallio



Con il patrocinio di



RAZIONALE SCIENTIFICO

Nonostante sia davvero breve il tempo trascorso dai momenti drammatici vissuti in tutto il mondo durante la recente pandemia, poco sembra rimasto, oltre la fase di analisi, in termini di comportamenti da attuare per rendere più efficiente, meno burocratizzata e macchinosa la risposta assistenziale.

In quei momenti era emersa chiara da parte di tutti gli attori di sistema una necessità imprescindibile: quella di unire le forze, di collaborare, di ascoltarsi. Il supporto di tutte le competenze, le tecnologie, le forze economiche, le forze lavorative aveva abbattuto le abituali barriere, gli interessi delle singole categorie. Ognuno doveva fare la sua parte per semplificare, portare al tavolo, mettere a fattor comune le esperienze, le conoscenze, le buone pratiche consolidate.

Ricordare le lezioni della recente, attuale pandemia è un dovere da parte di tutti. Prima ancora di chi deve decidere e programmare le risorse necessarie agli investimenti da compiere. Ma vorremmo che questo venisse fatto partendo dai bisogni, dall'ascolto dei bisogni dei cittadini prima di ogni altro aspetto.

Le innovazioni tecnologiche, farmaceutiche, terapeutiche, organizzative a supporto di questo sono innumerevoli e viaggiano oggi a ritmi sostenuti ma imprevedibili, vedendo protagonisti interi comparti produttivi trasversali al sistema. Al momento non sempre i servizi sanitari, i criteri di remunerazione, le norme del bilancio dello Stato, le burocrazie regionali e statali, dimostrano di essere al passo dei tempi che viviamo per poter accogliere e gestire questa innovazione. Allo stesso modo stenta a decollare una vera "politica industriale della filiera della salute", ancor più evidenziatasi come necessaria, strategica ed improrogabile.

Riteniamo che unitamente a questo il confronto tra tutti gli attori di sistema sia l'unica via per co creare valore e fornire strumenti adeguati alle istituzioni, nel loro processo decisionale da tradurre poi in azioni programmatiche concrete.

Motore sanità in parallelo con le attività dell'Osservatorio Innovazione da questi punti fermi, vorrebbe raccogliere proposte per porre le basi di una nuova politica industriale della buona salute. Cambiando l'ottica con cui normalmente affrontiamo queste tematiche troppo spesso relegate a questioni "tecniche" o di contenzioso tra Stato e Regioni o di interessi di parte, ponendosi come obiettivo unico la salute dei nostri concittadini e delle comunità.



SINTESI

Giorno 1

PUNTO 1 - La Carenza di Posti Letto e le Sfide del Sistema Sanitario Italiano: Il Caso della Degenza Cronica

Il SSN italiano mai dato priorità esclusiva agli ospedali, poiché se si tiene conto del numero di letti disponibili per i pazienti acuti e quelli destinati alla degenza cronica, l'Italia emerge come la nazione con il minor numero di posti letto nell'intero mondo occidentale. Questo è stato causato anche dalla creazione delle strutture territoriali che non hanno nella realtà aumentato i posti letto disponibili ma li hanno solo diversificati, riducendo per esempio quelli per acuti e al contempo aumentando quelli per lungodegenza.

Questo si è tradotto con le problematiche attuali con la difficoltà da parte degli ospedali di riuscire spesso volte a dimettere gli anziani e le altre persone ricoverate in ospedale e di assorbire quelli provenienti dai pronto soccorso; RSA e fisioterapie territoriali, nate anche per supplire a questa necessità, ci riescono a risolvere il problema solo in maniera marginale. Il sistema attuale è quindi bloccato in questo loop comportando l'intasamento dei reparti e al conseguenziale aumento dei tempi nelle liste d'attesa.

È imperativo agire con urgenza per aumentare il numero di posti letto dedicati alla lungodegenza. Un'opzione da considerare è l'incorporazione di questi posti nei reparti ospedalieri acuti esistenti o in strutture adiacenti. Questo approccio consentirebbe di beneficiare dell'economia di scala e di sfruttare le competenze delle professioni sanitarie autonome presenti all'interno degli ospedali, migliorando così la gestione dei pazienti e riducendo il congestionamento nel sistema sanitario.

Giorno 2

PUNTO 2 - Riconsiderare l'Innovazione nel Settore della Salute: Da Spesa a Investimento per una Sanità Avanzata

È cruciale comprendere il motivo per cui l'innovazione nel settore della salute è spesso guardata con sospetto anziché riconosciuta come una forza trainante per la crescita del sistema.



In realtà, l'innovazione svolge un ruolo fondamentale nell'assicurare la crescita del sistema sanitario, apportando benefici sia per coloro che lavorano in esso che per i pazienti. Questi vantaggi si manifestano attraverso nuove terapie e strumenti diagnostici avanzati, oltre a tutto il campo della sanità digitale.

L'innovazione è ampiamente accettata come un motore di progresso in molte industrie, come l'automotive e l'energia. Tuttavia, nel settore della salute, viene spesso considerata unicamente come una fonte di spesa. Questa percezione errata limita il potenziale di miglioramento della nostra assistenza sanitaria e ostacola la sua evoluzione.

L'innovazione non dovrebbe essere vista come una spesa, ma piuttosto come un investimento nell'efficienza e nell'efficacia del sistema sanitario. Le nuove terapie e strumenti diagnostici consentono di migliorare le cure, rendendo possibile il trattamento di malattie precedentemente incurabili o il loro rilevamento in fasi più precoci, aumentando le possibilità di guarigione.

Inoltre, la sanità digitale sta rivoluzionando la gestione delle informazioni sanitarie, rendendo più accessibili i dati dei pazienti, migliorando la coordinazione tra i fornitori di assistenza sanitaria e riducendo gli errori medici. Questi progressi hanno il potenziale per aumentare notevolmente l'efficienza del sistema sanitario nel suo complesso.

PUNTO 3 - Riformare il Sistema Sanitario Italiano: Trovare un Equilibrio tra Pubblico e Privato per Affrontare le Sfide del Futuro

È importante sottolineare che l'Italia non sta svendendo, come spesso si sente dire, il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) ai privati. In realtà, nel nostro paese stiamo seguendo un percorso simile a quello adottato dalla maggior parte dei paesi europei, che mira a stabilire un sistema più equilibrato tra il modello assicurativo e quello basato sulla fiscalità diretta.

La questione principale che affrontiamo è che altri paesi europei stanno gestendo questo cambiamento in modo efficace, mentre l'Italia sembra essere indietro. È importante sottolineare che il nostro obiettivo non è privatizzare la sanità, ma piuttosto trovare un equilibrio sostenibile tra finanziamento pubblico e soluzioni private, al fine di migliorare l'efficienza e l'accesso ai servizi sanitari per tutti i cittadini.



In molti paesi europei, si è optato per una combinazione di finanziamento pubblico e assicurativo, che ha dimostrato di poter garantire una migliore copertura e una gestione più efficiente delle risorse sanitarie. Questo non significa che dovremmo abbandonare il nostro impegno per un SSN accessibile a tutti, ma piuttosto adattarlo alle sfide e alle opportunità che il mondo moderno ci presenta.

Tuttavia, dobbiamo affrontare il fatto che il nostro sistema di sanità sta affrontando sfide crescenti, tra cui il crescente invecchiamento della popolazione e l'innovazione tecnologica continua. Non possiamo permetterci di rimanere fermi mentre altri paesi europei stanno adottando misure per affrontare queste sfide in modo più efficiente ed efficace.

Pertanto, è imperativo che l'Italia prenda in considerazione un approccio più equilibrato, seguendo il modello europeo e sfruttando le migliori pratiche internazionali. In questo modo, possiamo garantire un SSN sostenibile, accessibile e di alta qualità per tutti i cittadini italiani, senza compromettere il nostro impegno per la salute pubblica. È il momento di agire, di adattarci ai tempi e di garantire un futuro migliore per il nostro sistema sanitario.

Giorno 3

PUNTO 4 - La Gestione delle Risorse Umane nel SSN: Una Crisi Emergente nell'Attrazione e nel Mantenimento del Personale Sanitario

Il ruolo cruciale delle risorse umane all'interno del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) non può essere sottovalutato. È ormai evidente che gli operatori sanitari affrontano condizioni di lavoro spesso sottopagate, caratterizzate da un alto livello di stress e con insufficienti tutele dal punto di vista legale.

Questa situazione sta generando una fuga crescente di professionisti dal SSN e una preoccupante diminuzione delle nuove vocazioni nel settore sanitario.

Attualmente, il sistema Italia si trova di fronte a una vera e propria emergenza, dove la mancanza di personale qualificato minaccia la capacità del SSN di fornire assistenza di alta qualità a tutti i cittadini.



Il cosiddetto 'calo delle vocazioni' rappresenta un ulteriore sintomo di questa crisi, con sempre meno giovani italiani che scelgono di intraprendere carriere nel campo della sanità.

Per garantire un futuro sostenibile per il nostro SSN, è essenziale affrontare queste sfide in modo completo e immediato. La risoluzione di queste problematiche richiede un impegno congiunto da parte delle istituzioni sanitarie, dei professionisti del settore e della società nel suo complesso.

Solo attraverso azioni mirate, come l'aggiornamento delle retribuzioni, il miglioramento delle condizioni di lavoro e l'implementazione di misure per attrarre e formare nuovi talenti, potremo preservare e rafforzare il nostro Sistema Sanitario Nazionale, garantendo al contempo una salute di alta qualità per tutti i cittadini italiani

PUNTO 5 - La Necessità di un Maggiore Finanziamento per la Salute Mentale in Italia: Risorse Adeguare alle Opportunità Emergenti

La salute mentale è un settore della sanità che richiede un incremento significativo dei finanziamenti, con una stima minima di almeno due miliardi di euro l'anno. Queste risorse sono indispensabili non solo per assicurare il rispetto della legge Orsini-Basaglia, che sancisce il diritto alla salute mentale, ma anche per adeguarsi alle crescenti esigenze e opportunità che si sono presentate dal momento dell'emanazione di questa legge.

La gestione della salute mentale si sta evolvendo in modo sempre più interdisciplinare e trasversale all'interno del sistema sanitario, riconoscendo l'importanza della salute bio-psico-sociale dei cittadini italiani.

Questa prospettiva più ampia richiede investimenti adeguati per affrontare le sfide complesse legate alla salute mentale e per garantire una cura completa e di alta qualità.

Il finanziamento aggiuntivo è fondamentale per sviluppare servizi e programmi che possano soddisfare le esigenze di una società in continua evoluzione. Questi fondi possono essere destinati a migliorare l'accesso alle cure, promuovere la prevenzione, sostenere la ricerca e l'innovazione nel settore della salute mentale, oltre a formare e supportare gli operatori sanitari che lavorano in questo campo.



Inoltre, è essenziale riconoscere che il benessere mentale è un aspetto cruciale per la salute complessiva della popolazione, e quindi, investire in questo settore non solo migliora la qualità della vita dei cittadini, ma contribuisce anche a ridurre il carico di malattie e i costi associati alla salute mentale non trattata.

PUNTO 6 - La Sfida dell'Antimicrobicoresistenza e la Lotta contro la Sepsis nel SSN Italiano: Comunicazione e Utilizzo Efficace delle Risorse

La sepsi rappresenta una delle sfide più impegnative che il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) italiano si trova ad affrontare in tempi recenti. Nel nostro Paese, l'antimicrobicoresistenza è in costante aumento, con un costo umano devastante che si traduce in circa 20.000 vite perse ogni anno. Questo fenomeno preoccupante è in gran parte alimentato dall'uso non conforme ed eccessivo degli antibiotici.

L'abuso degli antibiotici è una delle principali ragioni per cui l'antimicrobicoresistenza sta crescendo in Italia. È essenziale rafforzare la comunicazione e l'informazione su questo tema a tutti i livelli, affinché sia il personale medico che i pazienti comprendano l'importanza dell'uso responsabile degli antibiotici.

Per affrontare l'antimicrobicoresistenza in modo efficace, è necessario un approccio coordinato su base regionale. Ogni regione dovrebbe adottare strategie specifiche per monitorare e ridurre l'uso improprio degli antibiotici, promuovendo una prescrizione appropriata e garantendo un accesso responsabile a questi farmaci.

Il governo italiano ha già stanziato 60 milioni di euro per contrastare l'antimicrobicoresistenza, ma è fondamentale garantire che queste risorse siano utilizzate in modo razionale ed efficace.

Ciò richiederà un controllo attivo e una valutazione continua dei programmi e delle iniziative messe in atto per ridurre la resistenza agli antibiotici.



PUNTO 7 - La Cruciale Importanza dei Vaccini in Tutte le Fasi della Vita: Una Sfida Culturale per il SSN Italiano

I vaccini rappresentano un elemento fondamentale per il benessere dell'essere umano, svolgendo un ruolo critico non solo nell'infanzia e nell'adolescenza, ma lungo tutto l'arco della vita.

Per garantire una vera prevenzione e un accesso più agevole ai servizi di pronto soccorso e ospedalieri, è essenziale promuovere la vaccinazione a livello di tutta la popolazione. Ciò richiede un cambiamento culturale e strutturale all'interno del Sistema Sanitario Nazionale (SSN).

Una delle prime azioni da intraprendere è l'estensione della possibilità di vaccinazione a tutto il territorio, in modo da renderla accessibile a tutte le fasce della popolazione. Questo potrebbe includere la creazione di punti di vaccinazione nelle farmacie, facilitando l'accesso alle vaccinazioni per le persone in varie aree geografiche.

Inoltre, è cruciale sviluppare campagne di vaccinazione su larga scala, prendendo spunto dall'efficacia dimostrata durante la pandemia di COVID-19. Queste campagne dovrebbero mirare in particolare a proteggere i pazienti fragili, come gli anziani e coloro con condizioni mediche preesistenti, che sono particolarmente vulnerabili alle malattie prevenibili tramite vaccinazione.

Un approccio completo alla promozione della vaccinazione richiederà la collaborazione tra autorità sanitarie, professionisti medici, farmacie, e la società nel suo complesso. Solo attraverso un impegno congiunto possiamo garantire una diffusa consapevolezza sull'importanza dei vaccini e un accesso equo a questi strumenti vitali di prevenzione della salute.

La promozione della vaccinazione è un investimento nella salute pubblica e nella prevenzione delle malattie che ha il potenziale per migliorare significativamente la qualità della vita di tutti i cittadini italiani.



PROGRAMMA 1° GIORNATA

SESSIONE PLENARIA

Saluti istituzionali

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

"Questa è la decima edizione della Summer School, un appuntamento tradizionale nel Veneto e a Gallio. È un momento molto atteso poiché rappresenta un'opportunità per il dialogo, il confronto e la discussione su come affrontare l'evoluzione degli scenari nel sistema sanitario".

"In questi dieci anni, abbiamo assunto un ruolo importante nel campo sanitario, promuovendo la discussione e l'aggregazione di diverse realtà. Abbiamo condiviso strategie che potrebbero influenzare i legislatori e coloro che pianificano e regolamentano il settore sanitario".

"Il tema di quest'anno, "Economia Sostenibile e Salute", sottolinea l'importanza dell'investimento nella salute per lo sviluppo e il progresso economico. Durante la pandemia, abbiamo visto quanto sia essenziale un sistema sanitario forte per il nostro benessere e il nostro progresso economico".

"Oggi ci troviamo di fronte a sfide senza precedenti per il nostro sistema sanitario universale. La forte crescita demografica, l'invecchiamento della popolazione e la crisi delle professioni sanitarie mettono alla prova la sua sostenibilità economica. È imperativo che riflettiamo su questi problemi e cerchiamo soluzioni".

"Abbiamo la fortuna di avere tecnologie avanzate e sistemi informatizzati, ma dobbiamo considerare tutti gli aspetti della situazione. Questi giorni saranno dedicati a discutere su quale direzione vogliamo prendere per garantire una salute per tutti e migliorare il sistema sanitario".

"Una delle sfide è il potenziamento del territorio e l'innovazione digitale. Questo può essere realizzato con una visione a lungo termine, investimenti continui e una crescita completa del sistema".

"In questi tre giorni a Gallio, ci concentreremo su questi temi, evidenziando apertamente le sfide e cercando soluzioni."



Emanuele Munari, Sindaco di Gallio

"In qualità di sindaco, a volte ci siamo trovati ad affrontare sfide complesse, ma oggi vorrei concentrarmi sull'importante connessione tra salute ed economia, due elementi che devono necessariamente avanzare insieme.

La salute dipende dall'economia, e viceversa, quindi spero che coloro che operano nel settore sanitario possano essere al nostro fianco come amministratori umili, osservando da vicino l'evoluzione della sanità pubblica e privata".

"Noi sindaci siamo guardiani del nostro territorio e cerchiamo di proteggerlo in ogni modo possibile. Mi auguro che anche voi, professionisti del settore sanitario, possiate condividere la nostra dedizione e guardare oltre, contribuendo a garantire la salute della comunità. Spesso ci rendiamo conto dell'importanza della sanità solo quando ne abbiamo bisogno, e a volte può essere troppo tardi".

"Vorrei immaginare la salute ed l'economia come due binari che devono procedere insieme verso un obiettivo comune, evitando personalismi e interessi di posizione. Ricordiamoci del nostro giuramento etico e morale quando intraprendiamo una professione, poiché mantenere l'etica, la moralità e la professionalità al centro del nostro lavoro potrebbe aiutarci a superare le sfide legate ai tagli di bilancio nella sanità".

"Siamo chiamati a proteggere i più vulnerabili, gli anziani, i malati mentali e a investire nella prevenzione. La velocità nell'erogare prestazioni sanitarie e visite specialistiche preventive può evitare costi ulteriori in futuro.

Auguro che voi siate collaboratori attivi del benessere della comunità, affinché la sanità possa rimanere accessibile e di qualità nonostante le sfide che affrontiamo".

"In questi dieci anni, spero che possiamo contrastare le tendenze negative e gli impatti della crisi, proteggendo e migliorando il nostro sistema sanitario".



Emergenza e sfide globali in sanità

Walter Ricciardi, Professore Ordinario di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Presidente del Mission Board for Cancer, Commissione Europea

"Ormai da tre anni, a livello internazionale, abbiamo condotto un'analisi approfondita su un mondo in tumulto. Abbiamo affrontato questioni come la pandemia da COVID-19, le elezioni, l'andamento economico, i cambiamenti climatici e la biodiversità. Iniziamo con il coronavirus, che ha messo in risalto le lezioni fondamentali sulla fragilità della nostra esistenza, la condizione umana e l'incertezza delle nostre vite, ma purtroppo, molte di queste lezioni sembrano essere state dimenticate".

"Questo evento ha portato non solo a conseguenze economiche, come la recessione che alcuni paesi europei, come la Germania, stanno già vivendo, ma anche a collisioni inevitabili tra le realtà finanziarie, gli aumenti dei costi e le crisi geopolitiche internazionali.

Come evidenziato dai dati, l'Italia ha un divario significativo nei finanziamenti sanitari rispetto a paesi come gli Stati Uniti e la Germania. Questo divario sta aumentando non solo rispetto a queste grandi economie ma anche nei confronti di molti paesi dell'OCSE. Questo divario è sintomo di una crisi strutturale che deve essere affrontata per garantire la sostenibilità del nostro sistema sanitario".

"Oltre all'aspetto economico, ci sono due dimensioni che non sono state affrontate ma che avranno un profondo impatto sulla salute e sui bisogni futuri: il cambiamento climatico e la biodiversità.

Il cambiamento climatico è sempre più evidente, con temperature che superano gli accordi di Parigi, che avevano stabilito un limite accettabile di 1,5 gradi Celsius. Quest'anno abbiamo visto un aumento delle temperature molto al di sopra di questo limite, il che rende urgente mitigare gli effetti di questa crisi climatica".

"Questi sviluppi richiedono una riflessione profonda sulle sfide future per il sistema sanitario e i bisogni della popolazione. Dobbiamo considerare come affrontare le conseguenze del cambiamento climatico e della perdita di biodiversità e assicurarci che il nostro sistema sanitario sia pronto a far fronte a queste sfide. Il nostro impegno per colmare il divario economico e affrontare questi problemi globali è essenziale per garantire la salute e il benessere delle persone".



La parola al cittadino: quali bisogni, quali proposte

Felice Bombaci, Vice Presidente AIL Torino

"Purtroppo, questi continui tagli e riforme insensate al sistema sanitario stanno mettendo a dura prova l'accesso ai pronto soccorso territoriali. Non intendo nominare la regione per rispetto, ma devo dire che mi sono trovato in una situazione in cui, a causa di una colica addominale a un'ora insolita della notte, non c'era personale in grado di effettuare una diagnosi presso il pronto soccorso locale".

"Di conseguenza, ho dovuto recarmi nella città principale della regione, dove in un'ora e mezza sono stato sedato e sottoposto a una diagnosi.

Sono stato poi ricoverato la mattina successiva alle 8:15. In altre parole, ho dovuto accedere a un pronto soccorso di secondo livello, poiché quello locale non aveva un medico in grado di eseguire un'ecografia, un ECG o fornire una diagnosi appropriata alla mia situazione. Questo è un problema grave e purtroppo, i cittadini si trovano spesso ad affrontare queste difficoltà".

"Inoltre, quando hai bisogno di un certificato INPS per motivi di lavoro, gli ospedali spesso non lo rilasciano. Devi poi contattare il medico di famiglia nella tua regione di residenza d'origine per gestire queste formalità.

Questo solleva dubbi sulla digitalizzazione, sull'innovazione e sugli investimenti nel settore sanitario, quando le fondamenta stesse del sistema sembrano crollare."

Fabiano Marra, Vice Presidente di Diabete Italia e Presidente di AGDI

"Un punto importante che voglio evidenziare è che ogni innovazione in sanità spesso viene guardata con sospetto, poiché può generare incertezza riguardo agli investimenti futuri. Tuttavia, vorrei sottolineare che, per quanto riguarda il diabete in Italia, circa il 60% della spesa è destinato alle ospedalizzazioni.

Questo significa che gran parte delle spese sono legate allo sviluppo di complicanze, che a loro volta sono causate da una cattiva aderenza alla terapia. Solo una piccola percentuale della spesa è destinata a investimenti in nuovi farmaci o tecnologie che potrebbero ridurre il problema delle complicanze".



“Un aspetto positivo che è stato menzionato in precedenza è che, invece di considerare la sanità come una spesa, dovremmo considerarla un investimento maggiore nella ricerca e nell'innovazione sanitaria. Questo potrebbe contribuire a ridurre i costi elevati, in particolare quelli legati alle ospedalizzazioni dovute a complicanze”.

“Nel mondo della sanità, le associazioni giocano un ruolo fondamentale perché rappresentano le legittime istanze dei pazienti e le problematiche del territorio. Assumono il ruolo di portavoce presso le istituzioni, ma è essenziale che le istanze siano realistiche e sostenibili affinché le istituzioni possano elaborarle in modo efficace.

La consapevolezza e il dialogo con le istituzioni, insieme a una maggiore comprensione dei processi decisionali, possono fare sì che le associazioni siano un vero strumento di aiuto e stimolo nella formulazione di norme applicabili e soluzioni concrete.”

Lorenzo Mattia Signori, Segretario Cittadinanzattiva Veneto

“I cittadini propongono diverse soluzioni per migliorare il sistema sanitario. Oltre alle liste d'attesa, che sono un problema ben noto, è importante reinvestire le risorse finanziarie nel settore sanitario.

Questo è un concetto già ascoltato, ma è cruciale per affrontare la carenza di personale causata da anni di tagli. Molte volte, per colmare questa mancanza, si è dovuto ricorrere a personale esterno, con costi aggiuntivi”.

“Abbiamo sentito parlare del piano per la sanità territoriale, dell'importanza della medicina di iniziativa e degli infermieri di famiglia o di comunità. La telemedicina e la completa informatizzazione regionale sono obiettivi importanti, ma un problema fondamentale è che spesso i vari sistemi informatici non dialogano tra loro. Questa è una lacuna che dobbiamo superare, visto che da anni si lavora a livello regionale per avere un linguaggio unificato, ma è ancora una sfida”.

“Il terzo settore dovrebbe essere visto non come un sostituto dei servizi pubblici, ma come un supporto per integrarli. La prevenzione è un elemento essenziale, come evidenziato dal Professor Ricciardi, che ha illustrato il concetto delle dimissioni protette. La continuità terapeutica è cruciale per evitare ritorni frequenti in ospedale, riducendo così le liste d'attesa”.



“Inoltre, vorrei aggiungere un undicesimo punto. Spesso trascuriamo le figure dei caregiver, che svolgono un ruolo fondamentale e vengono troppo spesso ignorati. Il loro impegno è notevole, e per affrontare la non autosufficienza, è stato calcolato che servano circa 1,4 miliardi di euro”.

Silvia Tonolo, Presidente dell'Associazione nazionale malati reumatici ANMAR

“Non credo sia necessario criticare quanto fatto fino ad oggi. Ritengo che i tavoli di discussione che abbiamo avuto, compreso il Motor Sanità nel 2023, con la partecipazione di tutti gli stakeholder, siano stati utili per esaminare come poter sfruttare al meglio gli strumenti a disposizione delle associazioni dei pazienti, come quella che rappresento io, al fine di riorganizzare il sistema sanitario e renderlo un servizio efficace per i cittadini”.

“Tuttavia, ho l'impressione che qualcosa si sia bloccato di recente. Le associazioni dei pazienti, almeno a livello centrale, sembrano coinvolte molto poco nelle decisioni a livello regionale, anche se ci sono stati cambiamenti a livello di assessorato o di consiglieri regionali nelle regioni, come nel caso della regione Veneto, dove vivo. Certo, abbiamo avuto un contatto con il nuovo direttore generale della Sanità Veneta, ma questo deve essere solo l'inizio”.

“Mi auguro che gli onorevoli senatori, quando tornano nei loro territori, continuino ad ascoltare le associazioni dei pazienti, anche quelli di nuova nomina. Il lavoro che abbiamo fatto finora, come la mozione a cui l'onorevole Boldi ha contribuito, contiene punti fondamentali per la riorganizzazione del sistema sanitario. Non vogliamo soltanto tavoli di discussione, ma anche azioni concrete. Non ha senso discutere se nessuno ascolta e non si prendono decisioni”.

“L'interazione continua con tutti gli attori del settore è essenziale. Abbiamo presentato una mozione in Veneto, approvata grazie all'impegno della consigliera Maino, che contiene tre punti cruciali. Tuttavia, da febbraio 2023, quando è stata approvata, non siamo riusciti ancora a mettere in pratica queste proposte. Il tempo passa, e le liste d'attesa aumentano, specialmente con l'implementazione della Missione 6 del PNRR, che riguarda le case di comunità. Dobbiamo agire rapidamente per riorganizzare il sistema e migliorare la situazione.”



Rita Treglia, Segretario Nazionale UNIAMO Federazione italiana Malattie Rare, Presidente Associazione Nazionale Angioma Cavernoso Cerebrale ANACC

"In Italia, abbiamo due milioni di persone che vivono con malattie rare. Uno dei problemi fondamentali che dobbiamo affrontare è la disomogeneità regionale che esiste nel nostro sistema sanitario.

Ma, al momento, voglio iniziare con qualche nota positiva. Stiamo vivendo un momento rivoluzionario grazie alla recente approvazione della legge 175, che riguarda le malattie rare e il riordino delle reti di assistenza".

"Voglio guardare al bicchiere mezzo pieno: per l'anno in corso, abbiamo stanziato 25 milioni di euro per affrontare questa sfida, e per l'anno prossimo abbiamo obiettivi chiari. Uno di questi è abbassare l'età media alla quale viene effettuata una diagnosi certa, attualmente attestata intorno ai 4 anni e mezzo. Siamo abili nella diagnosi prenatale, ma dobbiamo migliorare nella diagnosi delle complicanze".

"La legge è un passo avanti, ma dobbiamo farla viaggiare insieme alle opportunità che abbiamo a disposizione. La tecnologia, come il Fascicolo Sanitario Elettronico, può aiutare, ma dobbiamo implementarla in modo efficace. A gennaio, avremo l'opportunità di dialogare costantemente con le istituzioni attraverso il comitato nazionale per le malattie rare".

"Questo dialogo è fondamentale e ci aiuta a comprendere meglio le esigenze delle associazioni. Non si tratta solo di malattie rare, ma di una collaborazione trasversale che coinvolge altre patologie come il cancro. Le associazioni non sono più isolate, ma diventano parte attiva nella formulazione di suggerimenti da implementare nei centri di riferimento".

Innovazione tecnologica: corretto utilizzo delle tecnologie e risorse

Francesco Locati, Direttore Generale ASST Bergamo EST

"Nel contesto dell'evoluzione della sanità, l'innovazione tecnologica rappresenta uno dei principali driver del cambiamento. Vorrei iniziare con un progetto che si è concretizzato durante la pandemia del 2020.



Ci siamo trovati di fronte a una malattia emergente completamente nuova, il COVID-19, per la quale non c'erano trattamenti o vaccini disponibili. La gestione dei casi richiedeva l'isolamento o la quarantena, e per identificare i casi positivi era fondamentale effettuare tamponi in quantità significative.

La peculiarità del virus SARS-CoV-2 è che molte persone possono essere asintomatiche o presintomatiche, il che rende necessaria una strategia di testaggio tempestivo.

Questo concetto è stato sottolineato dal dottor Rubini in un recente editoriale del Giornale Italiano di Microbiologia. A differenza della SARS originale, che si manifestava con sintomi evidenti, il COVID-19 richiedeva un approccio diverso.

Nel 2020, durante la prima ondata che ha colpito pesantemente la Lombardia, è nata l'idea di creare un sistema di processazione aperto per i tamponi molecolari. A quel tempo, i sistemi esistenti erano chiusi e potevano processare al massimo 300-400 tamponi al giorno, ma la richiesta era molto più elevata.

Abbiamo pensato di utilizzare macchine e robot progettati per altri scopi, come il laboratorio di Stanford negli Stati Uniti, e collegarli per eseguire test molecolari ad alta velocità.

Questa esperienza ha portato allo sviluppo di un modello organizzativo flessibile e ottimizzato, che ha permesso di ridurre i tempi di processazione dei tamponi e aumentare notevolmente le capacità di test. Il sistema automatizzato aperto ha migliorato anche la sicurezza degli operatori.

Successivamente, il laboratorio si è sviluppato ulteriormente con l'acquisizione di tecnologie di sequenziamento degli acidi nucleici (NGS) per la ricerca di varianti, lo studio del microbioma e l'approccio alla medicina di precisione. Questi settori hanno un impatto significativo sulla diagnosi e il trattamento delle malattie, compresi i tumori.

In sintesi, la nostra esperienza ha dimostrato quanto sia fondamentale l'innovazione tecnologica nel settore sanitario. La pandemia ha accelerato il cambiamento, e siamo riusciti a sviluppare soluzioni creative per rispondere alle sfide emergenti."



Emergenza pre-ospedaliera ed ospedaliera ed integrazione con l'assistenza territoriale

Alberto Zoli, Direttore Generale AREU Lombardia

"Oggi voglio parlare di un problema critico nel nostro sistema sanitario: l'iper afflusso nei Pronto Soccorso (PS) e come questo fenomeno sia correlato all'emergenza preospedaliera. È importante considerare l'integrazione tra questi due aspetti e come possiamo affrontare questa sfida nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN)."

Problema dell'iper afflusso:

"Negli ultimi anni, in particolare dal periodo post-covid, si è verificato un aumento significativo dell'iper afflusso nei Pronto Soccorso. Questo fenomeno è dovuto a una serie di fattori, tra cui la mancanza di posti letto ospedalieri."

La situazione è diventata critica, e non sto parlando solo di letti di terapia intensiva, ma anche di letti per i ricoveri urgenti. Regioni come la Lombardia hanno perso migliaia di posti letto in questo periodo, il che ha peggiorato la situazione."

Il ruolo del 118 e la criticità:

"Per gestire l'emergenza preospedaliera e l'iper afflusso, il servizio del 118 svolge un ruolo chiave. In una regione come la Lombardia, con una popolazione di 10 milioni di abitanti, il 118 gestisce un'enorme quantità di chiamate ogni anno. Questo sistema funziona bene perché permette un doppio passaggio, riducendo i tempi tra la chiamata del cittadino e l'invio del soccorso."

Tendenza di crescita dei pazienti al Pronto Soccorso:

"Un dato significativo è l'incremento costante dei pazienti che si rivolgono ai Pronto Soccorso negli ultimi 10 anni, con un aumento medio annuo del 3%. Questo significa che ci sono 620.000 trasporti in ambulanza verso il Pronto Soccorso ogni anno in Lombardia, generati da una popolazione di 10 milioni di abitanti. Questa tendenza è simile in tutta Italia."

Analisi dei codici:

"È importante notare che il flusso di pazienti al Pronto Soccorso è composto da trasportati (21%) e auto presentati (79%). Per affrontare l'iper afflusso, dobbiamo agire non solo sul miglioramento delle performance del 118 ma anche sull'educazione della popolazione sull'uso appropriato dei servizi sanitari. In breve, dobbiamo fare miracoli sia sul 21% che sul 79% per evitare sovraffollamento nei Pronto Soccorso."



Riorganizzazione interna:

"Oltre all'azione esterna, è cruciale organizzare e riorganizzare i flussi interni dal Pronto Soccorso all'ospedale. La collaborazione e l'integrazione tra queste due realtà sono fondamentali per gestire l'afflusso e migliorare il servizio."

Una nuova politica industriale della salute: per non dimenticare le "lezioni della pandemia"

Andrea Bellon, Presidente Federfarma Veneto

"Il farmacista delle farmacie territoriali ha sempre instaurato un rapporto speciale con l'utenza, in particolare con i pazienti cronici che mantengono uno stato di salute pulito e ben idratato. Questi pazienti sono coloro che frequentano regolarmente le nostre farmacie, consentendo così lo sviluppo di un rapporto che va oltre il semplice aspetto professionale, spesso trasformandosi in una relazione di confidenza e talvolta di amicizia".

"Questo aspetto unico del nostro lavoro è reso possibile dalle farmacie, che rappresentano una parte fondamentale del sistema sanitario regionale. Le farmacie offrono un orario di apertura molto ampio, con almeno 40 ore settimanali distribuite su sei giorni, e in realtà, il servizio è garantito 24 ore su 24, sette giorni su sette, grazie alla rete di farmacie di turno.

Questa disponibilità è altamente apprezzata dai cittadini, poiché trovano nei farmacisti dei professionisti sanitari disposti a fornire consulenze gratuite nel limite delle loro competenze. Queste consulenze avvengono senza bisogno di appuntamenti o filtri".

"Questa caratteristica è diventata ancora più evidente durante la pandemia da COVID-19, quando l'accesso a molti servizi sanitari è stato limitato dalle restrizioni. Le farmacie, al contrario, sono rimaste aperte ogni giorno, consentendo ai farmacisti di svolgere un ruolo che si è evoluto e acquisito una nuova rilevanza.

Oltre al ruolo tradizionale di dispensatori di farmaci, il farmacista è stato riconosciuto come un punto di riferimento per consulenze e servizi che vanno oltre la semplice erogazione di medicinali".

"Questo nuovo ruolo, che va al di là del tradizionale legame tra farmaco e farmacista, è legato ai servizi offerti dalle farmacie e sta prendendo forma negli ultimi anni.



Oltre a quanto abbiamo fatto per la comunità durante la pandemia, stiamo ora lavorando per consolidare e sviluppare ulteriormente questi servizi, noti come "farmacia dei servizi". Questi servizi hanno faticato a decollare sin dal 2009, quando sono stati delineati dai margini di legge, ma ora le farmacie stanno contribuendo attivamente a farli crescere e a renderli accessibili alla popolazione."

Marco Cossolo, Presidente Federfarma

"La risposta del sistema sanitario ospedaliero durante la pandemia è stata eccezionale. Abbiamo visto gli eroi tra medici, infermieri e il personale sanitario che ha lavorato instancabilmente negli ospedali. Tuttavia, il sistema è stato messo sotto pressione a causa della mancanza di una risposta territoriale adeguata al problema."

Ruolo delle farmacie durante la pandemia:

"Le farmacie hanno svolto un ruolo cruciale durante la pandemia. Hanno garantito un'operazione massiccia di contact tracing e di distribuzione delle mascherine. Abbiamo affrontato sfide come la disponibilità limitata delle mascherine e abbiamo mantenuto i prezzi stabili, assorbendo gli aumenti."

Distribuzione dei farmaci e il problema del payback:

"La distribuzione dei farmaci presenta sfide, tra cui il problema del payback e l'uso inefficiente dei canali di distribuzione. È stato proposto di spostare alcuni farmaci dalla distribuzione diretta a quella convenzionata, riducendo i costi per le aziende farmaceutiche. Abbiamo anche suggerito un cambiamento nella remunerazione delle farmacie per incentivare gli atti professionali."

Riflessioni sulla territorializzazione della sanità:

"Dalla pandemia, abbiamo appreso l'importanza della prossimità nella sanità. Dobbiamo ripensare all'utilizzo delle case di comunità e generare collegamenti territoriali tra medici di medicina generale, farmacie e infermieri. La telemedicina può svolgere un ruolo fondamentale. Inoltre, dobbiamo utilizzare i presidi territoriali per la prevenzione."



Paolo Petralia, Vice Presidente Vicario FIASO e Direttore Generale Asl 4 Regione Liguria

"In qualità di direttori delle aziende pubbliche, ci troviamo spesso a interagire con una vasta gamma di attori, dalla classe politica ai cittadini, passando per varie categorie professionali del settore sanitario. Il nostro ruolo principale è quello di rispondere alle richieste, spesso molto diverse, per portare avanti il lavoro di tutti. La pandemia ci ha fatto capire che coinvolge tutti e ha messo in luce la necessità di una risposta globale."

Ruolo dei direttori durante la pandemia:

"Durante la pandemia, i direttori delle aziende pubbliche hanno svolto un ruolo cruciale, pur operando nell'ombra. Abbiamo visto eroi tra i virologi, igienisti e molti altri professionisti che hanno contribuito a superare questa crisi. La sintesi delle competenze è ciò che ha permesso di valorizzare il contributo di tutti."

Cambiamento necessario nel sistema sanitario:

"Stiamo affrontando una situazione grave e il rischio è che diventi insostenibile se non cambiamo rotta. La situazione è chiara e non possiamo più permetterci il lusso di ignorarla. La tenuta motivazionale è uno dei principali problemi, con la difficoltà di reclutare nuovi operatori e trattenere quelli già presenti."

Pierluigi Petrone, Componente del Comitato di Presidenza Farmindustria, Presidente Assoram

"Il COVID-19 ha messo in luce le sfide e le opportunità nel settore industriale e logistico. In qualità di vicepresidente di diverse organizzazioni, come Farmindustria, Assoram, e nella distribuzione farmaceutica, ho osservato come questa pandemia abbia accelerato la digitalizzazione del settore industriale e logistico."

Successo del settore farmaceutico italiano:

"Italia è leader in Europa per la produzione farmaceutica, con una crescita notevole negli ultimi tre anni, passando da 39 a 49 miliardi di euro, di cui il 90% destinato all'esportazione. Questo successo dimostra la capacità del settore di valorizzare le competenze e creare un'elevata domanda di prodotti farmaceutici."



Dipendenza dalle forniture estere:

"Tuttavia, l'Italia è ancora troppo dipendente da paesi come India e Cina per quanto riguarda i principi attivi dei farmaci. Questa dipendenza costituisce una sfida importante per l'industria farmaceutica italiana e il governo sta cercando di affrontarla attraverso il reshoring e la reindustrializzazione."

Ruolo di collegamento logistico:

"L'Italia potrebbe svolgere un ruolo chiave come hub logistico farmaceutico nel Mediterraneo, collegando l'Europa, il Nord Africa, il Medio Oriente e gli Stati Uniti. Questo richiederebbe investimenti e strategie per attirare le sperimentazioni cliniche e creare un ambiente fa".

Adriano Pietrosanto, Direttore Area Tecnico-Scientifica, Produzione Industriale e Qualità di Eguale

"Ho avuto la fortuna, perché sono convinto che sia stata una fortuna, di essere in prima linea durante il 2020. In quel periodo, si è attivata una rete operativa molto interessante tra associazioni rappresentanti dell'industria farmaceutica, l'Agenzia del Farmaco (AIFA), e le regioni. Questo network è stato cruciale per fornire medicinali in un momento drammatico."

Collaborazione tra regioni, AIFA e INPS Farmaco:

"La situazione ci ha spinto a collaborare attivamente con riunioni quasi quotidiane tra le regioni, l'AIFA e INPS Farmaco. Questo sforzo congiunto ci ha permesso di fornire medicinali a chi ne aveva bisogno, creando una rete di supporto che ha funzionato bene durante quel periodo critico."

Difficoltà post-pandemia:

"Dopo la pandemia, abbiamo affrontato altre sfide, come la guerra in Ucraina, l'aumento dei costi energetici e delle materie prime, la difficoltà nell'ottenere prodotti e l'incremento dei costi di energia. Inoltre, la dipendenza dalle produzioni di farmaci dall'Asia, Cina e India ha rappresentato un problema che ha reso evidente la necessità di riconsiderare la produzione farmaceutica in Europa."



Le proposte per il futuro:

"In quest'ottica, occorre incentivare una politica di sviluppo produttivo industriale, compreso il settore farmaceutico. Gli incentivi sono essenziali per stimolare la produzione nazionale e ridurre la dipendenza dall'estero. Questo è il momento di agire in modo proattivo per garantire una maggiore sicurezza in futuro."

Lorenzo Terranova, Direttore Area Rapporti istituzionali, Confindustria Dispositivi Medici

"Nel nostro paese, la politica industriale per il settore dei dispositivi medici è stata assente e purtroppo continua a esserlo. Un esempio evidente è emerso durante la pandemia, in cui abbiamo notato la mancanza di dispositivi essenziali come i respiratori e le mascherine."

Al contrario, in altri paesi, una politica industriale efficace è stata applicata al settore medico, consentendo loro di rispondere in modo efficiente alle emergenze."

Strategia industriale mancante in Italia:

"In Italia, la mancanza di una politica industriale per il settore dei dispositivi medici è evidente. Questo ha portato a problemi durante la pandemia, come la dipendenza da altri paesi per la fornitura di dispositivi vitali come le mascherine. Al contrario, altri paesi hanno sviluppato strategie industriali robuste che hanno permesso loro di reagire prontamente alle emergenze."

Strumenti di politica industriale:

"La politica industriale può utilizzare una serie di strumenti, sia attivi che passivi, per sostenere il settore medico. Tuttavia, in Italia, le politiche adottate hanno creato incertezza e alterazioni del mercato. Questo ha reso difficile per le imprese pianificare investimenti a lungo termine."

Necessità di consapevolezza e capacità:

"L'efficacia degli strumenti di politica industriale dipende dalla consapevolezza e dalla capacità di utilizzarli correttamente. È importante che le decisioni politiche siano basate su dati e valutazioni appropriate per evitare effetti negativi sul mercato."



Limitazioni delle politiche regionali:

"Le politiche regionali hanno contribuito alle limitazioni dell'industria medica in Italia. Alcune regioni hanno avuto più peso nell'offerta pubblica rispetto ad altre, creando disuguaglianze e limitando lo sviluppo dell'industria medica."

Richiesta di riconoscimento dell'interesse nazionale:

"È essenziale riconoscere l'industria medica come un interesse nazionale e fornire protezioni adeguate. Questo settore richiede investimenti significativi e deve essere sostenuto dalla politica industriale per garantire l'indipendenza e la sicurezza del nostro paese."

PROGRAMMA 1° GIORNATA

SESSIONE PLENARIA

Saluti istituzionali

La Lettera del Ministro della Salute, Orazio Schillaci. Letta da: Roberta Toffanin, Esperto in materia di relazioni istituzionali, delegata dal Ministro dell'Ambiente

Buongiorno a tutti. Saluto tutte le autorità presenti e ringrazio l'associazione Motore Sanità per questo invito, che giunge in un momento di particolare interesse, considerando i mutamenti e le trasformazioni in atto e le scelte che si rendono necessarie.

Mi scuso per non poter essere qui con voi di persona, ma desidero condividere alcune riflessioni su un tema che riguarda il nostro futuro, in particolare la nostra salute, con conseguenze anche sul contesto sociale ed economico del paese. Abbiamo purtroppo sperimentato direttamente la rilevanza di risorse adeguate e di un'azione di programmazione ben congegnata durante la recente pandemia.

Solo un'ampia azione di programmazione, in cui la scienza e la ricerca sono protagonisti, potrà garantire un sistema sanitario efficiente ed efficace. Tecnologia e innovazione saranno i motori delle nostre azioni in tutti i settori. Siamo chiamati ad affrontare le sfide del futuro attraverso la scienza e il buon senso. Dovremo indirizzare il progresso scientifico e tecnologico verso obiettivi che assicurino un pianeta sostenibile per le future generazioni.



La sostenibilità va considerata in tre direzioni: ambientale, sociale ed economica. Il nuovo modello di sviluppo non è universale ma deve tener conto di diverse variabili e aspetti difficili da conciliare. Il nostro impegno è centrare il target di riduzione delle emissioni di CO2 previsto dal Fit for 55 entro il 2030, senza compromettere la sostenibilità economica e sociale dei territori.

Oggi ci troviamo in Veneto, una regione con un buon sistema sanitario, ma è importante garantire condizioni ambientali paritarie in tutto il paese. Questo include efficaci processi di smaltimento dei rifiuti, sistemi idrici integrati e trasporti pubblici a basse emissioni, per garantire un ambiente sano e la prevenzione delle malattie.

La questione ambientale e la transizione verso l'energia rinnovabile richiedono uno dei più grandi impegni del nostro paese e dell'intera Comunità Europea.

Sono a vostra disposizione per continuare un confronto costruttivo sulle tematiche che affrontiamo per il bene del nostro futuro. Grazie e buon lavoro a tutti.

INNOVAZIONE (QUALI NUOVI INDICATORI PER I NUOVI LEA): DAI BISOGNI EMERSI AGLI INVESTIMENTI APPROPRIATI IN SALUTE

- Organizzativa (l'es° di AIFA, i nuovi modelli di cure territoriali)
- Tecnologica (procedure e strumentazioni diagnostiche, chirurgiche, informatiche, IA, di monitoraggio)
- Farmacologica (es° Car T, anticorpi coniugati, nuovi antibiotici).
- Accesso all'Innovazione: come tradurre l'Uguaglianza in Equità
- Dal payback a quali nuovi modelli a garanzia della sostenibilità?

Maria Luisa De Rimini, Presidente Associazione Italiana di Medicina Nucleare e Imaging Molecolare (AIMN)

“Vorrei parlare dell'importanza dell'imaging medico, della tecnologia e delle incredibili innovazioni che si sono sviluppate negli ultimi anni, portando benefici alle strutture di sanità pubblica.



Questo è un momento cruciale sia per la salute che per l'analisi delle criticità e delle procedure necessarie per garantire il benessere dei pazienti”.

“In Italia, abbiamo la fortuna di avere un sistema sanitario solido, ma è essenziale programmare le risorse in modo adeguato. Non è solo una questione economica, ma anche di organizzazione, comprensiva di aspetti come la necessità del paziente, l'economia e le infrastrutture”.

“Abbiamo ancora un alto tasso di inappropriata nelle procedure diagnostiche, che dobbiamo ridurre. La diagnostica per immagini dispone oggi di tecnologie avanzate che riducono l'esposizione alle radiazioni e permettono una diagnosi più precisa e veloce”.

Massimo Appiotti, Director of the Board & Partner Oxygy

“L'innovazione significa l'inclusione, ovvero la capacità di curare persone in luoghi remoti come aree montane o navi, spesso con costi inferiori”.

“Inoltre, l'innovazione comporta anche la riduzione dei costi per il sistema sanitario. Se lo facciamo correttamente, possiamo ottenere risparmi significativi rispetto all'adozione di nuove invenzioni senza pianificazione”.

“La mia società è coinvolta al 50% in un importante studio legale specializzato in GDPR e privacy. La protezione dei dati è fondamentale, ma è possibile utilizzare dati condivisi in modo etico per migliorare la cura dei pazienti senza violare il GDPR”.

“È essenziale ricordare che il futuro è già qui, ma è distribuito in modo disuguale. Innovare significa collegare i punti e mettere in pratica nuove idee in modo efficace”.

“Il Change Management è fondamentale per abbracciare il cambiamento. È importante essere pronti a modificare lo status quo, anche se questo può essere inizialmente scomodo”.

Fabrizio Clemente, Consiglio Nazionale delle Ricerche Università di Roma Tor Vergata

“Qual è l'innovazione che potrebbe introdurre un indicatore LEA per monitorare le tre visite previste? L'uso di un indicatore LEA potrebbe essere fondamentale per stimolare il confronto territoriale di cui abbiamo parlato.



La professoressa menzionata in precedenza ha affrontato la questione organizzativa rispetto a quella tecnologica. A Padova, si è discusso dell'imaging medico, che ha subito notevoli sviluppi dal mio dottorato negli anni '80".

"Attualmente, stiamo cercando di promuovere l'innovazione da un approccio 'dal basso', coinvolgendo direttamente le persone coinvolte. Non possiamo aspettarci che l'innovazione provenga solo da enti centrali come Agenas o il Ministero.

La recente direttiva europea 745 (dal 4/5/2017) ha stabilito norme tecniche gestite da organismi indipendenti, che possono adattarsi più velocemente rispetto allo Stato".

"La gestione dell'innovazione può richiedere un approccio flessibile, come dimostrato dall'appalto per la piattaforma nazionale per la medicina. Stiamo assistendo all'adozione di queste tecnologie da parte delle regioni, anche se il processo non è uniforme in tutto il paese.

Ho avuto un'esperienza significativa con progetti pilota in Liguria, dimostrando che è possibile introdurre tecnologie in percorsi clinici".

"Le collaborazioni tra medici e ingegneri possono superare le sfide e migliorare la responsabilità sanitaria. L'innovazione può essere guidata da leader che comprendono il potenziale delle tecnologie per migliorare i processi aziendali e promuovere la collaborazione interdisciplinare."



Edgardo Contato, Direttore Generale ULSS 3 Serenissima

“Nel contesto di Venezia, con una popolazione di 650.000 abitanti che richiede assistenza sanitaria, servizi sanitari e ambientali, oltre a una componente di sicurezza sociale, si pone una sfida unica data anche la presenza giornaliera di circa 100.000 turisti. Fornire assistenza sanitaria a Venezia può sembrare un sogno irrealizzabile, ma è una sfida intrigante, considerando la complessità del territorio, che comprende l'acqua e la terra di Venezia, la Riviera del Brenta e Mestre con le sue varie problematiche”.

“L'innovazione è un processo continuo che genera ricchezza. La pandemia da COVID-19 ci ha insegnato a utilizzare pratiche esistenti in modo innovativo per migliorare la vita. A Venezia, è stato sviluppato il concetto di "vaporetto vaccinale" per vaccinare le isole in modo efficiente, dimostrando ancora una volta la capacità di innovare”.

“Tuttavia, l'innovazione comporta anche rischi. Ad esempio, l'introduzione di nuove tecnologie mediche come le risonanze magnetiche ha comportato notevoli costi. È essenziale rendere conto di tali investimenti e valutare se comportino un aumento della spesa sanitaria”.

“L'innovazione organizzativa è un'altra sfida, specialmente quando si tratta di modernizzare la medicina di base. Le regole e i modelli organizzativi attuali risalgono agli anni '70, ma è necessario innovare anche a questo livello per adattarsi alle esigenze odierne”.

Francesco Gabbrielli, Direttore Centro Nazionale per la Telemedicina e le nuove Tecnologie assistenziali, ISS

“L'innovazione riguarda qualcosa di nuovo, spesso una nuova tecnologia o una scoperta scientifica, che apre nuove prospettive. La vera innovazione è quella che apre una via nuova, qualcosa che prima non era possibile”.

Due Aspetti dell'Innovazione:

“Ci sono due aspetti principali dell'innovazione nelle tecnologie digitali e nella sanità. Uno riguarda il cambiamento nella realtà e nei processi di lavoro. L'altro riguarda la collaborazione tra professionisti di diverse estrazioni professionali”.



Sincronizzazione tra Tecnologia e Processi:

“Spesso, la tecnologia e i processi evolvono contemporaneamente ma non sempre sono sincronizzati. Questo può creare problemi, come il costante inseguire l'ultima innovazione senza ottimizzare le risorse disponibili”.

Collaborazione tra Professionisti:

“Le tecnologie digitali richiedono la collaborazione tra professionisti di diverse discipline, ma questa non è spesso insegnata nelle università. La comunicazione tra professionisti e politici è fondamentale per guidare l'uso efficace delle tecnologie”.

L'Intelligenza Artificiale:

“L'intelligenza artificiale sta cambiando la sanità, ma la sperimentazione clinica è ancora in fase iniziale. Tuttavia, l'uso dell'intelligenza artificiale cambierà il sistema sanitario”.

Miniaturizzazione della Sensoristica:

“La miniaturizzazione dei sensori sta avanzando, consentendo sensori sempre più autonomi e compatti. Questa tendenza sta rivoluzionando il settore della sanità”.

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

“Si è enfatizzata la necessità di tornare a una programmazione sanitaria come prerequisito fondamentale per definire correttamente i LEA. Purtroppo, dal 2006, non abbiamo un Piano Sanitario Nazionale e continuiamo a basarci sul Patto per la Salute, che reagisce alle emergenze anno dopo anno senza una programmazione adeguata.

Questo ostacola la comprensione delle prestazioni necessarie per i cittadini, l'organizzazione gestionale e il monitoraggio per risolvere rapidamente eventuali problemi”.

Privacy e Accesso ai Dati

“La privacy è un tema cruciale, ma le restrizioni introdotte dal Garante della Privacy per l'accesso ai dati complicano la situazione. Anche le strutture di ricerca, le università e gli studi clinici stanno incontrando problemi nella condivisione delle informazioni.



Addirittura, all'interno del Ministero, ci sono difficoltà a passare dati tra diverse direzioni generali a causa della sensibilità dei dati. Questo ostacola la programmazione sanitaria e la gestione dei dati”.

Definizione dei LEA e Approccio Multidimensionale

“Per definire correttamente i LEA, è essenziale l'accesso ai dati. Si è menzionato che l'approccio multidisciplinare, multidimensionale e multi-dominio è fondamentale, simile all'Health Technology Assessment (HTA).

Gli strumenti operativi adeguati e l'applicabilità a tutti i livelli decisionali sono importanti. Inoltre, l'HTA può contribuire alla definizione delle preferenze e dei valori associati alle prestazioni, aiutando a stabilire criteri di inclusione ed esclusione nelle prestazioni”.

Identificazione dei LEA: Approcci e Pro e Contro

“L'oratore ha esaminato tre modi di identificare i LEA: in base all'offerta, alle procedure o ai risultati. Ognuno ha vantaggi e svantaggi. L'identificazione basata sull'offerta è più facile da implementare ma non garantisce una correlazione diretta tra risorse e risultati.

L'identificazione basata sulle procedure o sui PDTA è correlata alla salute ma richiede una raccolta di dati complessa. L'identificazione basata sui risultati è impegnativa ma potrebbe migliorare l'attenzione alla salute e all'outcome”.

Paolo Petralia, Vicepresidente Vicario FIASO e Direttore Generale Asl 4 Regione Liguria

“Per il futuro, non possiamo permetterci di rimanere indietro. L'innovazione deve essere anticipata, non solo attesa. L'innovazione è un obiettivo, ma anche una sfida quotidiana che le aziende devono affrontare, dove le regole possono essere sia vincoli che opportunità”.

“Come rappresentante di oltre 160 aziende sanitarie in Italia, vediamo costantemente la sfida dell'innovazione al centro delle nostre discussioni e della crescita delle direzioni aziendali. L'innovazione è una necessità e uno strumento che ci obbliga a metterci in discussione e combattere la resistenza al cambiamento”.



“L'innovazione non riguarda solo la digitalizzazione del sistema sanitario, ma anche l'innovazione nei processi e nei percorsi. È un'innovazione complessiva che non deve dimenticare l'importanza dell'essere umano insieme agli strumenti”.

“L'idea di "salute di prossimità" è centrale. La prossimità non è solo una questione di vicinanza fisica, ma implica una visione più ampia e culturale che guida la trasformazione e l'innovazione in tutti i settori sanitari”.

“In sintesi, l'innovazione è una sfida quotidiana che ci spinge a evolvere, sia tecnologicamente che organizzativamente, ponendo l'essere umano al centro del cambiamento e abbracciando l'idea di "salute di prossimità”.

Roberto Toniolo, Direttore Generale Azienda Zero

“Chi indica, individua o decide come misurare il Lea. In questo caso, per le innovazioni, puoi farlo in questo modo, perché chiaramente questo tipo di valutazione delle tecnologie può anche causare alcuni problemi. Secondo me, l'efficacia è un aspetto importante da considerare, oltre all'efficienza organizzativa, quando si valuta l'impatto dell'informatica e della digitalizzazione sulla clinica. Ad esempio, la telemedicina può migliorare l'efficacia se segui persone con certe patologie con una certa frequenza.

Nel Veneto, abbiamo fatto una scelta condivisa per uniformare praticamente tutto nei dipartimenti di radiologia, laboratorio e anatomia patologica. Questo ci consente di avere un unico archivio di tutte le immagini del Veneto, il che è particolarmente utile in situazioni non di emergenza ma di urgenza, quando un medico da qualsiasi ospedale può accedere a tutte le immagini. Questo ha notevoli vantaggi dal punto di vista organizzativo”.

“Tuttavia, ciò che mi sembra più difficile, soprattutto per me che non sono un medico, è capire come l'informatica possa contribuire in modo efficace. Ho discusso con un gruppo di medici che hanno contribuito alla Regione e all'azienda Zero, e mi dicono che dovremmo probabilmente puntare verso una diagnostica integrata.

Poiché la multiprofessionalità è la norma, potremmo cercare modi di aggregare i dati in modo da agevolare l'equipe multiprofessionale nel consultare gli esami, ad esempio quelli di radiologia e di medicina nucleare, per migliorare la diagnosi e il trattamento in situazioni in cui c'è un coinvolgimento di più professionisti”.



Ugo Trama, Responsabile Farmaceutica e Protesica della Regione Campania

“Volevo condividere la mia analisi sull'importanza del nuovo sistema di garanzia, poiché l'approccio è completamente cambiato. Le regioni si siedono al tavolo e condividono ambiti di applicazione per garantire una sanità equa sul territorio. A volte, tuttavia, poniamo requisiti troppo elevati, superando le capacità di molte regioni di soddisfarli.

Questo sistema qualitativo dovrebbe spingere tutti a dare il massimo nella propria regione, ma è anche importante considerare l'aspetto nazionale. Non possiamo abbassare troppo l'asticella, ma dobbiamo anche pianificare”.

“Come Regione Campania, partecipo al tavolo nazionale e contribuisco alla stesura e alla condivisione degli obiettivi annui all'interno della griglia. Questi obiettivi devono essere raggiunti con risorse economiche adeguate. Tuttavia, spesso siamo noi stessi, i partecipanti, a leggere le criticità e le difficoltà nel raggiungerli.

Forse dovremmo impegnarci affinché alcune cose diventino applicabili entro un determinato periodo, garantendo risorse economiche per raggiungere gli obiettivi”.

“In Italia, il tema dei farmaci traccianti è molto importante, soprattutto per gli antibiotici in ambito territoriale. Questo tema è nato a causa dell'uso eccessivo degli antibiotici a livello nazionale e internazionale, che ha portato a un'ampia inappropriatazza e alla resistenza agli antibiotici

È fondamentale che questi indicatori siano supportati da investimenti economici e formazione per promuovere l'appropriatezza. Dovrebbe essere una priorità nelle politiche sanitarie”.

“Infine, è essenziale creare un filo rosso tra azioni richieste e finanziamenti disponibili. Questo è particolarmente importante per obiettivi come la garanzia di una buona prestazione farmaceutica e l'uso appropriato degli antibiotici.

Solo in questo modo possiamo garantire la coerenza e il successo delle politiche sanitarie a livello regionale e nazionale”.



PROGRAMMA 2° GIORNATA: Pomeriggio

SESSIONE PLENARIA

Gli esempi di alcune aree ad alto impatto su cui lavorare: "focus on" cronicità cardiovascolari ed oncologia

- Area CV, l'esempio delle dislipidemie e dello scompenso cardiaco
- Quale evoluzione epidemiologica, quali nuove evidenze scientifiche, quale presa in carico, quale nuovo modello organizzativo
- Anticipare la diagnosi e l'inizio della terapia, implementare la presa in carico appropriata, il monitoraggio e l'aderenza
- Impatto di salute ed organizzativo dell'innovazione
- Area Oncologica
- Innovazione in area oncologica ed impatto di salute: come cambia l'aspettativa di vita?
- Come sostenere la cronicizzazione di malattia: Innovazione costo o investimento?
- Gestire l'innovazione in un'ottica di Horizon Scanning, anche attraverso l'utilizzo di fondi ad Hoc.
- L'esempio della teragnostica: le attuali strutture sono adeguate e sufficienti a garantire l'accesso ai trattamenti?
- Proposte possibili?
- Ripartire dalla medicina di popolazione nei pazienti a rischio cv
- Ripartire dalla corretta programmazione delle risorse in oncologia
- Condivisione del rischio e modelli semplificati di partenariato pubblico-privato
- Un esempio di best practice: dall'innovazione dei radioligandi al gruppo di studio sui radiofarmaci di Regione Veneto, criticità e punti di forza attuali



Gianni Amunni, Coordinatore Scientifico ISPRO

“La nostra scelta è di garantire in ogni Area Vasta un centro per la terapia con radiogallio, il che significa che abbiamo tre aree vaste e quindi almeno tre strutture di riferimento. Queste ce le abbiamo. La mia percezione è che con l'allargarsi delle indicazioni, forse dovremo ripensare anche l'organizzazione.

Il tema principale non è tanto garantire queste strutture, quanto rendere lineare e fattibile l'accesso, il triage delle indicazioni, la condivisione da parte dei professionisti periferici e l'accoglienza nelle strutture di riferimento. Anche qui, il dialogo tra le strutture periferiche e le strutture centrali è assolutamente rilevante.

Non credo che l'oncologia abbia molto bisogno di insegnarvi cosa significa il gioco di squadra. Ecco perché l'abbiamo imparato da poco, ma lo stiamo facendo con grande impegno.

Più andremo verso la logica dei network, più sarà importante il tema della flessibilità e della mobilità del personale. Dividendo i pazienti per livelli di complessità, organizzeremo professionisti per livelli di competenza. La radiogallio è un esempio di questa logica.

Partnership pubblico privato: l'approccio di siemens healthineers al value based healthcare

Patrizia Palazzi, Strategic Sales Expert Siemens Healthineers

Le relazioni tradizionali tra fornitore ed acquirente stanno cambiando. Si parla sempre di più di partnership tra il mondo della sanità e l'industria, basate su fiducia, obiettivi condivisi, rischi e benefici reciproci. Queste partnership possono essere personalizzate in base alle esigenze e alle soluzioni desiderate, con l'inserimento di moduli specifici.

Gli ambiti di partnership possono includere il Technology Management, che gestisce il rinnovamento delle tecnologie nel tempo, la consulenza operativa per ottimizzare processi, la condivisione delle Best practice e il design planning per la riorganizzazione di reparti e strutture. Si tratta di supportare la trasformazione organizzativa e l'ottimizzazione dei percorsi.



Tra gli strumenti e le soluzioni utilizzati ci sono i simulatori digitali per ottimizzare i flussi all'interno delle strutture sanitarie, la gestione del Parco Tecnologico per adattare le tecnologie alle necessità, l'analisi dei dati per monitorare le performance e la formazione blended che combina formazione sul campo e formazione virtuale.

Inoltre, esistono modelli finanziari alternativi ai tradizionali appalti di beni e servizi, come il pay-per-use, il performance sharing e il risk sharing, basati su obiettivi comuni e riconoscimenti in caso di successo.

Innovazione è vita

Prevenzione e trattamento

- *Importanza screening (HPV & Breast) e ruolo virtuoso delle regioni nella presa in carico del paziente;*
- *Vaccinazioni e presa in carico precoce;*
- *Virtuosità dell'accesso immediato: il caso HPV nell'eliminazione dei tumori da cervice uterina;*
- *Nuovi paradigmi di cura nell'early treatment.*

Mario Airoidi, Direttore SC Oncologia Medica 2 AOU Città della Salute e della Scienza di Torino e Coordinatore Area Ospedaliera Rete Oncologica Piemonte

“Sicuramente sull'innovazione dei farmaci innovativi, direi che per fortuna sono sotto il cappello del finanziamento legato al PIL della sanità, e quindi fino ad ora tutto è stato garantito.

Tuttavia, va fatta un'osservazione relativa al fatto che molti dei farmaci innovativi poi hanno estensioni nelle indicazioni, e il loro valore nelle ulteriori indicazioni non è uguale. Qui forse si può riaprire un discorso sul pay-for-result, cioè andare a identificare quali sono i responder e pagare per quelli che sono una quota minima rispetto alla registrazione del farmaco in un contesto particolare.



Ricerca Profit e Non Profit:

Un altro aspetto riguarda la ricerca in campo oncologico. Negli ultimi anni, abbiamo assistito a un aumento pesante e fruttuoso della ricerca profit, mentre la ricerca non profit in Italia è andata in crisi. Tuttavia, non bisogna arrendersi.

Nell'ambito della medicina di precisione, la ricerca non profit può esplorare mutazioni nella popolazione oncologica e poi magari, attraverso un patto trasparente, far utilizzare a questi pazienti dei farmaci delle aziende farmaceutiche. Questo sarebbe un percorso virtuoso che sicuramente è complesso, ma che è un'occasione su cui riflettere.

Vaccinazione HPV e Educare al Cambiamento:

In ultimo, un tema importante è l'HPV e la bassa copertura vaccinale in Piemonte, con solo il 40% per le donne e il 36% per i maschi che hanno completato l'iter vaccinale.

Dobbiamo trovare una soluzione per migliorare questo dato. Una delle soluzioni potrebbe essere immettere degli endpoint per misurare il successo dei centri di prevenzione. Inoltre, è fondamentale un'azione educativa per sensibilizzare la popolazione alla vaccinazione.

Inoltre, le popolazioni a rischio, spesso immigrati o fasce di sofferenza economica, sono quelle che non fanno né lo screening né la vaccinazione. Bisogna sensibilizzare queste popolazioni e lavorare per includerle nei programmi di prevenzione.

Gianni Amunni, Coordinatore Scientifico ISPRO

"Io credo che non si possa fare a meno di affrontare il tema della prevenzione, sia per quanto riguarda i riferimenti internazionali che nazionali. Se osserviamo il piano europeo per l'oncologia, due terzi sono legati alla prevenzione. Lo stesso vale per il piano oncologico nazionale. La domanda che dobbiamo porci è come trasformare l'idea generale di "è meglio prevenire il cancro" in azioni concrete. La prevenzione deve essere misurabile e sistematica per ottenere il giusto valore.

Un aspetto fondamentale è il rapporto costi-benefici. La prevenzione primaria e secondaria sono estremamente efficaci in questo senso. Secondo il WHO, tra il 35% e il 40% dei tumori potrebbe essere evitato attraverso comportamenti sani.



Tutti noi, come cittadini e membri della società, abbiamo la responsabilità di affrontare questa pandemia che riguarda il 30% dei tumori diagnosticati. Anche un piccolo cambiamento nell'approccio alla prevenzione può avere un impatto significativo.

Parlando di prevenzione, gli screening rivestono un ruolo fondamentale. La dimensione del tumore è ancora il principale fattore di prognosi. È fondamentale aumentare l'adesione agli screening per eliminare le differenze di mortalità tra regioni. Dovremmo considerare l'adesione agli screening come un dovere civico, proprio come il pagamento del bollo dell'auto.

L'intelligenza artificiale potrebbe essere di grande aiuto negli screening. Insegnare alle macchine a leggere e interpretare le immagini degli screening potrebbe migliorare l'efficacia del processo. Ci sono già studi che dimostrano i benefici dell'IA nella riduzione degli errori di lettura.”

Danilo Cereda, Dirigente Unità Organizzativa Prevenzione Direzione Generale Welfare Regione Lombardia

Nell'ambito della prevenzione oncologica, la Regione Lombardia ha sempre lavorato in modo significativo su due fronti principali: lo screening del tumore al seno e il test del sangue occulto per il tumore del colon retto.

Dagli anni 2000, la Regione ha attivato con successo entrambi gli screening, diventando la regione che produce più prestazioni di screening oncologici rispetto alle altre regioni italiane. Questo ci ha permesso di avere una capacità di analisi più rapida dei fenomeni legati agli screening.

Innovazione negli Screening Oncologici:

L'innovazione è una parte essenziale degli screening oncologici. Ad esempio, durante il periodo del sangue occulto nel sangue, abbiamo dovuto affrontare cambiamenti tecnologici e riflettere sui corretti "cutoff". L'innovazione ci ha costretto a rivedere i nostri schemi e coinvolgere epidemiologi e società scientifiche per determinare i nuovi standard.



Screening del Tumore del collo dell'utero:

Lo screening per il tumore del collo dell'utero (HPV) è partito in modo disomogeneo nella Regione Lombardia. In alcune province, come Pavia, Lodi, Mantova, Cremona e Brescia, è stato attivato con successo, ma in altre aree ha incontrato difficoltà.

Negli ultimi anni, la Regione ha lavorato per riattivare e ampliare il programma di screening HPV su tutta la regione, coinvolgendo tutte le ASL locali con l'obiettivo di coprire l'intera fascia di età dai 30 ai 64 anni.

Vaccinazione HPV:

La vaccinazione HPV è iniziata nel 1997, principalmente per le ragazze. Nel tempo, le percentuali di adesione sono cresciute dal 50-60% al 70-80%. Durante la pandemia di COVID-19, la vaccinazione ha subito un rallentamento ma è stata ripresa.

La Regione Lombardia è stata la prima a offrire la vaccinazione HPV alle donne con lesioni 5+ e ha anche tolto limiti di età superiori. Il vaccinatore ora decide sull'opportunità della vaccinazione in base agli scenari individuali.

Percorsi di Innovazione Futuri:

La Regione sta attualmente lavorando su diverse iniziative di innovazione. Queste includono l'analisi dei dati incrociati delle vaccinate rispetto alle patologie HPV correlate, studi sulle corti vaccinate per comprendere i benefici della vaccinazione, e la creazione di software per semplificare l'accesso dei cittadini alla vaccinazione.

In particolare, la piattaforma PR Nota Salute è stata utilizzata per prenotare la vaccinazione contro il morbillo e la parotite, e si sta lavorando per estendere questa funzionalità ad altri vaccini. La vaccinazione HPV è presidiata da professionisti, come gli assistenti sanitari e i medici, per garantire la qualità dell'offerta.

Livio Blasi

Sensibilizzazione alla Vaccinazione:

Per sensibilizzare alla vaccinazione, non basta limitarsi a una sola campagna nelle scuole medie. Dovremmo considerare l'idea di effettuare sensibilizzazioni annuali, magari all'inizio e alla fine dell'anno scolastico, per ottenere una maggiore consapevolezza.



Dovremmo anche estendere la sensibilizzazione alle scuole superiori, ma dovremmo fare attenzione alla dispersione scolastica, in modo da non perdere l'accesso a un gruppo di ragazzi che potrebbero non frequentare più la scuola.

Differenze Regionali nella Vaccinazione HPV:

Le percentuali di vaccinazione HPV variano significativamente da regione a regione, e questo è evidente. Anche se le percentuali sono intorno al 40-50%, c'è chiaramente spazio per il miglioramento.

Le sfumature nella vaccinazione HPV possono essere diverse rispetto alla prevenzione primaria, e potremmo dover lavorare in modo continuativo e su larga scala per affrontare questo problema.

Influenza del COVID-19 sui Dati HPV:

L'effetto del COVID-19 sui dati HPV è stato sia positivo che negativo. Tuttavia, questi dati erano un problema già prima della pandemia. Il COVID-19 ci ha fatto riflettere sul motivo per cui abbiamo abbassato le percentuali di vaccinazione. Nonostante il COVID-19, abbiamo gli strumenti per ridurre notevolmente il rischio HPV, ed è un peccato non utilizzarli appieno.

TAVOLO DI LAVORO 2

Digitalizzazione

- Indicatori monitoraggio accesso alle prestazioni di telemedicina in tutte le Regioni e verifica utilizzo fondi assegnati MINSAL;
- Indicatori monitoraggio utilizzo FSE (cittadini, sanitari e ASL/H);
- Inserimento dati nei registri nazionali (tumori, malattie rare, etc);
- Tempo dedicato alla formazione degli operatori sanitari su digitalizzazione (telemedicina, app dedicate, FSE, etc).



Discussant

Marco Ali, Responsabile Operativo della Ricerca, CDI Centro Diagnostico Italiano

“Sono responsabile dei processi gestionali della ricerca per un'azienda sanitaria chiamata CD C, acronimo di Centro Unico Italiano. Questa struttura sanitaria privata ha registrato circa un milione di accessi nell'ultimo anno, erogando servizi sanitari convenzionati, inclusi quelli del sistema sanitario nazionale”.

Innovazione e Intelligenza Artificiale:

All'interno dell'azienda, faccio parte di un'area dedicata all'innovazione, con un particolare focus sull'intelligenza artificiale, argomento centrale di questa discussione. Siamo attualmente implementando sistemi di telemedicina, un tema di ampio respiro, per monitorare e seguire i pazienti, specialmente quelli cronici o con mobilità ridotta”.

Esperienza in Sanità e Fascicolo Sanitario:

“La mia esperienza in sanità si è svolta principalmente nella provincia autonoma del Trentino, la prima in Italia a implementare il fascicolo sanitario per tutti gli abitanti. Siamo riconosciuti come un'azienda pionieristica nella condivisione dei dati, con benefici e sfide, che magari affronteremo in dettaglio in un'altra occasione”.

Transizione dall'Ente Pubblico a Nuova Iniziativa:

“La mia carriera è iniziata nell'azienda sanitaria pubblica, ma negli ultimi dieci anni ho assunto ruoli vari sui progetti di sviluppo dell'organizzazione e dei sistemi. Sono stato responsabile del dipartimento tecnologie prima di decidere, l'anno scorso, di intraprendere una nuova fase della mia vita professionale, unendomi a un'azienda appena costituita all'interno del gruppo dcala, un gruppo consolidato con oltre 2000 persone, focalizzato su tecnologie e consulenze ad alta intensità di dati, inclusa una pratica importante in intelligenza artificiale”.

Antonio Cerqua, Chef Innovation Officer Almayave

“L'offerta di intelligenza artificiale nel contesto sanitario sta crescendo costantemente, esplorando diverse declinazioni.



È importante sottolineare che l'intelligenza artificiale non è un prodotto, ma una tecnologia che abilita lo sviluppo di casi d'uso di business attualmente non realizzati”.

Applicazioni Pratiche:

“Il gruppo ha già realizzato una serie di algoritmi ed esperienze, in particolare nei campi della nefrologia, dello scompenso clinico e della diabetologia. Tecnologie come i modelli predittivi per le patologie croniche sono parte integrante dell'approccio”.

Intelligenza Artificiale Generativa:

“L'intelligenza artificiale generativa facilita l'accesso ai dati, consentendo l'estrazione del loro valore intrinseco. Un esempio tangibile è l'applicazione di algoritmi verticalizzati nella cura dei pazienti, offrendo informazioni che possono essere utilizzate anche in altre componenti ospedaliere, ad esempio nella logistica delle sale specifiche per una determinata patologia”.

Prospettive Future:

“Questo movimento a tutto tondo si svilupperà ulteriormente nel corso degli anni. È fondamentale seguirlo sia dal punto di vista tecnologico che normativo”.

Aspetti Critici e Abilitazione dell'Intelligenza Artificiale:

“Affronteremo in seguito gli aspetti critici legati a queste nuove tecnologie e discuteremo di cosa è necessario fare per abilitare pienamente l'intelligenza artificiale. Questo include l'adozione completa del Fascicolo Sanitario e la disponibilità delle informazioni all'interno del fascicolo. Sarà un argomento di discussione in seguito, e mi metterò in contatto con te per approfondire questi temi”.

Alessandro Stecco, Presidente IV Commissione Sanità, assistenza; servizi sociali, politiche degli anziani Regione Piemonte

“Il Piemonte è stato uno dei primi a formalizzare i concetti e valorizzare molte prestazioni in materia di telemedicina, ancor prima dell'emanazione delle linee guida nazionali. Questo slancio è stato accelerato notevolmente, soprattutto durante il periodo del COVID-19 nel 2020.



Durante quest'anno, molte deliberazioni sono state pubblicate, e da allora, la regione ha collaborato attivamente con gli organi nazionali per lo sviluppo continuo del tema”.

Coinvolgimento Clinico e Sfide Strutturali:

“Il dichiarante è anche un professionista del settore clinico, evidenziando che il passaggio cruciale oggi riguarda la strutturazione di questi concetti. La sfida consiste nel renderli strutturali, un aspetto che verrà sicuramente approfondito in domande successive o conversazioni”.

Introduzione dell'Intelligenza Artificiale:

“Il Piemonte ha anche adottato soluzioni di intelligenza artificiale, di cui fornirà dettagli più approfonditi a ottobre, spiegando in modo più esteso le applicazioni specifiche. Tra le innovazioni più rilevanti, si menziona l'implementazione di intelligenza artificiale nelle reti temporali dipendenti, rappresentando un passo significativo nel processo decisionale dei pazienti.

Dettagli più approfonditi su queste verticalità verranno resi noti in ottobre, offrendo una visione più chiara di come queste innovazioni siano nate dalle esigenze specifiche delle reti patologiche altamente coordinate presenti nella regione”.

Andrea Belardinelli, Responsabile Settore Sanità Digitale e Innovazione, Regione Toscana

“In Toscana, insieme ai sindacati pensionati, stiamo portando avanti un'importante iniziativa da ben 3 anni. La regione ha ricevuto riconoscimenti, tra cui il premio Repubblica Digitale del Ministero, per la digitalizzazione di settori spesso trascurati. Quest'esperienza è degna di nota, e vi invito a consultarne i dettagli tramite i link forniti”.

Popolazione, Norme e Velocità del Progresso:

“L'Europarlamentare presente, Paolo Ghidoni, potrebbe concludere fornendo riflessioni sulla volontà della popolazione di adottare soluzioni digitali e sull'opportunità di accelerare le normative per adattarsi al rapido cambiamento del mondo. La parola è ora a Paolo Ghidoni, a meno che preferisca le conclusioni”.



Impatto del PNRR e Sfide nell'Implementazione:

“Il PNRR è arrivato come una grande opportunità, con un finanziamento significativo di 280 milioni di euro da utilizzare in 2 anni. Questo impone una pianificazione attenta per garantire che i fondi vengano impiegati in modo efficace. Si affrontano diverse sfide, come l'integrazione del Fascicolo Sanitario Elettronico con FS20. Un esempio toscano evidenzia l'importanza della formazione, con 17,9 milioni di euro destinati all'addestramento del personale per adeguarsi alle nuove tecnologie”.

Prospettiva CD: Sanità Integrata e Privacy:

“L'operatore privato CD si trova in una posizione unica, lavorando sia come sistema accreditato per il pubblico che come operatore economico. Tuttavia, si scontra con limitazioni normative, specialmente riguardo alla privacy. L'obiettivo è muoversi verso una sanità integrata, affrontando le sfide normative per garantire che pazienti e professionisti possano accedere e condividere dati in modo sicuro ed efficace”.

Prossime Direzioni e Sfide:

“La direzione futura è quella di sviluppare una sanità integrata che favorisca l'accesso e lo scambio di dati tra sistemi. Si sottolinea l'importanza di affrontare le sfide normative per consentire la trasparenza e la condivisione dei dati. Un focus particolare è posto sulla telemedicina e sull'intelligenza artificiale come settori cruciali per l'innovazione e la qualità dell'assistenza sanitaria”.

Ettore Turra, Partner Healthcare Jakala Civitas

“Personalmente, ritengo che le aziende, almeno dal mio punto di vista, dovrebbero concentrarsi sull'acquisto di più servizi rispetto alla tecnologia. Le aziende private, non sanitarie, possono offrire un servizio di supporto vicino al settore sanitario. Questo significa non solo parlare di informatici, ma di data analyst e data scientist, che dovrebbero diventare parte integrante del servizio”.

Telemedicina e Sfide nell'Implementazione:

“La telemedicina è cruciale per portare competenze specialistiche da remoto in luoghi difficili da raggiungere e per evitare accessi rischiosi o difficili. Tuttavia, non dovrebbe sostituire completamente le visite in presenza.



È fondamentale introdurre nuove capacità organizzative e tecnologiche per trasformare i processi e i percorsi dell'assistenza sanitaria. Sperimentazioni passate indicano che l'adozione di nuove tecnologie richiede un cambiamento nelle capability organizzative”.

Integrazione delle Tecnologie nei Processi Clinici:

“Acquistare solo tecnologie di telemedicina ben funzionanti senza integrarle nei processi esistenti può portare a inefficienze. È essenziale introdurre nuove capacità organizzative e tecnologiche, come la creazione di centri servizi per la telemedicina. Questi centri non solo facilitano l'utilizzo da parte dei clinici, ma anche la formazione e l'esperienza dei pazienti”.

Approccio End-to-End di Jacala nel Settore Sanitario:

“Jacala sta entrando nel settore sanitario con l'obiettivo di portare esperienze end-to-end già sviluppate in altri settori. L'approccio è quello di fornire servizi completi, non solo l'installazione di tecnologie. Questo comprende garantire che la tecnologia sia utilizzata efficacemente, utilizzando dati per migliorare l'engagement dei consumatori e dei clienti”.

Prontezza dei Fornitori nel Settore Sanitario:

“I grandi fornitori sono pronti ad affrontare le sfide del settore sanitario. Aziende italiane come Eni sono già impegnate nell'uso di soluzioni simili per garantire sicurezza sanitaria a dipendenti su piattaforme petrolifere. L'esperienza di Jacala in altri settori indica che gli approcci end-to-end possono essere estesi anche alla sanità, con considerazione delle specificità del settore”.

Approccio di Jacala per la Sanità:

“Jacala mira a portare approcci end-to-end nel settore sanitario, mirando a offrire non solo la tecnologia ma a garantire che questa sia utilizzata efficacemente. Gli obiettivi includono migliorare l'engagement dei consumatori e dei clinici, applicando le lezioni apprese in altri settori al contesto sanitario”.



Il ruolo dell'europa nella sanità italiana

Paola Ghidoni, Europarlamentare

“La salute è un tema che interessa anche tutta la popolazione. Quindi, tutti noi cittadini, per quel che riguarda dall'Europa. Beh, intanto porto volentieri i saluti dell'Europarlamento che qui mi sento di rappresentare in quanto eurodeputata. Tenete presente che a livello europeo, i temi sanitari vengono trattati veramente per grandi linee, cioè per linee generali.

Nel senso che in Europa parliamo di 27 Paesi diversi e una popolazione di poco meno di 500 milioni di abitanti. Per cui, un tema come la sanità, che è di competenza dei singoli stati e, in parte, demandata alle regioni in Italia, è evidente che a livello europeo i temi trattati sono generali, e poi sta ai singoli stati riuscire a cogliere le opportunità e i suggerimenti che arrivano dall'Europa”.

“Con la pandemia del 2020-2021, c'è da dire che l'Europa ha sicuramente cambiato atteggiamento. Ha una maggiore consapevolezza del ruolo dei servizi sanitari nazionali e anche noi ce ne siamo resi conto. Con la pandemia, l'Europa ha istituito il programma "You for Health" nel 2021 in risposta alla pandemia.

Questo programma mira a rendere permanenti le procedure che sono state messe in atto in emergenza, per affrontare minacce sanitarie transfrontaliere, rafforzare la strategia farmaceutica comune, e sostenere la ricerca, in particolare nella lotta contro il cancro”.

“Il bilancio previsto per questo programma è di 5,3 miliardi di euro nel periodo dal 2021 al 2027, rappresentando un sostegno finanziario senza precedenti nel settore sanitario da parte dell'Unione Europea.

Questo programma si concentra su tre priorità principali: rafforzare la risposta ai rischi sanitari transfrontalieri, sviluppare una strategia farmaceutica comune e sostenere la ricerca, specialmente nella lotta contro il cancro”.

“Inoltre, c'è una particolare attenzione alla digitalizzazione dei sistemi sanitari per consentire uno scambio di informazioni veloce ed efficiente. Anche la riduzione del numero di infezioni resistenti agli antimicrobici e l'aumento dei tassi di vaccinazione sono obiettivi importanti. L'Europa dedica una parte significativa delle risorse anche alla ricerca sulle malattie rare, un aspetto spesso trascurato che richiede attenzione speciale”.



“In ambito farmaceutico, sappiamo che la ricerca è in gran parte lasciata alle aziende farmaceutiche, ma per le malattie rare, questa ricerca è spesso trascurata. L'Unione Europea ha voluto dedicare risorse a questo tipo di ricerca per fornire supporto in situazioni di grande disagio che spesso vengono trascurate dai sistemi sanitari nazionali e dalla parte privata”.

PROGRAMMA 2° GIORNATA: Mattina **SESSIONE PARALLELA**

Salute mentale al centro dell'agenda di governo

Discussant

Giuseppe Ducci, Direttore DSM ASL Roma 1

“In un contesto di carenza di risorse, è fondamentale sviluppare strumenti di rete e comprendere che questi strumenti non si basano solo sui servizi sanitari ma richiedono anche un focus sulla formazione.

Tuttavia, alcune figure cruciali, come il medico scolastico e il medico condotto, sono state eliminate con le riforme. Oggi vediamo la scomparsa di "luoghi" fisici e la comparsa di "non luoghi" virtuali, rendendo necessario presidiare entrambi, compresi i social media e il metaverso, che diventeranno sempre più rilevanti per gli adolescenti”.

Le Sfide Legate alla Scuola e la Risposta del Dipartimento di Salute Mentale

“La riforma del Titolo Quinto e la regionalizzazione estrema dei servizi sanitari, insieme all'autonomia delle aziende sanitarie, hanno portato a sfide nel contesto scolastico.

Tuttavia, nel dipartimento che dirigo, composto da 170.000 abitanti e 25.000 pazienti in carico, abbiamo creato un'unità operativa dedicata all'adolescenza e stiamo lavorando in modo capillare nelle scuole medie e superiori. Questo coinvolge uno sportello di ascolto, peer education e incontri formativi con insegnanti e genitori per riconoscere situazioni di disagio e disturbi”.



Importanza della Prevenzione e Intervento Precoce

“L'approccio alla salute mentale dovrebbe includere sia il sostegno alle situazioni di maggiori difficoltà che la promozione di interventi per una diagnosi precoce e il trattamento dei disturbi specifici dell'apprendimento. Questo approccio richiede una maggiore collaborazione tra servizi medici generali e specialistici”.

L'Impatto del COVID-19 sulla Salute Mentale

“Il COVID-19 ha avuto un impatto significativo sulla salute mentale, con un aumento di disturbi esternalizzati e internalizzati tra i giovani. Questo problema non è stato affrontato adeguatamente dalle risorse sanitarie e richiede un investimento adeguato. La pandemia ha evidenziato la necessità di una plasticità organizzativa per adattarsi ai nuovi bisogni, abbandonando l'ortodossia tradizionale e garantendo risorse umane sufficienti”.

Risorse Umane e Relazioni Centrali in Salute Mentale

“Le risorse umane sono fondamentali in salute mentale, poiché le relazioni tra le persone sono al cuore della cura. Gli interventi basati sull'intelligenza artificiale non possono sostituire il contatto umano. È necessario essere pragmatici e disporre di risorse adeguate per affrontare le sfide epidemiologiche e i bisogni reali della popolazione”.

La Necessità di un Approccio Flessibile e Adattativo

“Per affrontare le sfide in evoluzione in campo di salute mentale, è essenziale adottare un approccio flessibile e adattativo, abbandonando l'ortodossia tradizionale e garantendo risorse adeguate per soddisfare i bisogni reali della popolazione”.

Michele Sanza, Direttore DSM DP Forlì-Cesena AUSL della Romagna

“Il tema che ho scelto riguarda l'integrazione tra i servizi per le dipendenze e i servizi di salute mentale. Le parole del dottor Ducci hanno già sottolineato l'importanza di affrontare questa problematica.

I problemi correlati all'abuso e alla dipendenza da sostanze rappresentano una delle principali cause di malattia mentale. Pertanto, il concetto di "doppia diagnosi" deve essere rivisto in modo più profondo”.



“Non possiamo più considerare l'integrazione come un'eccezione, ma come una regola, soprattutto per i giovani, dove l'uso di sostanze può accelerare le patologie psichiche. È necessario integrare i servizi che sono stati storicamente separati.

La creazione dei dipartimenti integrati di salute mentale e dipendenze, come in Emilia-Romagna dal 2009, è una scelta vincente, ma non sufficiente. Dobbiamo affrontare i cambiamenti nel quadro epidemiologico e implementare strategie di integrazione più approfondite”.

“L'organizzazione dei dipartimenti deve diventare meno gerarchica e distribuire le competenze in modo equo tra i professionisti. Questo richiede una crescita e uno sviluppo professionali all'interno del dipartimento di salute mentale. Il modello dei dipartimenti di psichiatria del 1994 non è più adeguato e deve essere superato in favore di un'organizzazione più trasversale e piatta”.

“La psichiatria generalista non è più sufficiente. Abbiamo bisogno di specializzare gli interventi in settori specifici. Gli psicologi dovrebbero essere integrati nei dipartimenti di salute mentale, non separati, per favorire una migliore collaborazione”.

“Infine, l'approccio deve spostarsi dai protocolli di interazione verso i percorsi di cura, che coinvolgono diverse unità operative in modo organico e flessibile. La psichiatria deve evolvere e affrontare i cambiamenti epidemiologici e organizzativi per garantire una migliore assistenza ai pazienti”.

“La valutazione delle riforme del secolo scorso in Italia riguardo all'intervento a favore della malattia psichica è complessa. Se da un lato il nostro Paese ha fatto progressi significativi nella promozione dell'inserimento sociale e nell'abbattimento del numero di ospedalizzazioni, dall'altro rimangono sfide importanti legate alle risorse finanziarie e alle difficoltà pratiche nell'attuazione dell'integrazione tra servizi sanitari e sociali. Inoltre, il finanziamento limitato è un ostacolo alla fornitura di servizi di alta qualità”.

“Nonostante queste sfide, l'Italia ha ottenuto risultati positivi in termini di riduzione dell'ospedalizzazione e del numero di suicidi. Tuttavia, la situazione richiede un aumento delle risorse e uno sforzo continuo per migliorare l'integrazione tra servizi e l'accesso alle cure. La cultura, lo stile di vita e altri determinanti sociali giocano un ruolo fondamentale nella salute mentale e richiedono un approccio globale”.



Enrico Zanalda, Direttore DSM ASL Torino 3 e AOU San Luigi Gonzaga

“C'è stata una grossa resistenza da parte del servizio delle dipendenze ad entrare nei dipartimenti di salute mentale. Forse proprio perché il dipartimento di salute mentale (che il collega Senza definiva come dipartimento di psichiatria prima) era un dipartimento forte.

Gli altri dipartimenti rimanevano un po' in soggezione, si sentivano come colonizzati invece che partecipare a un unico dipartimento. Anche perché, quando si era cominciato a integrarci, molti dei direttori di dipartimento integrato provenivano dalle dipendenze.

Quindi le motivazioni non sembrano così importanti in questa resistenza, soprattutto oggi che l'uso delle sostanze è così diffuso, ed è difficile trovare una persona all'esordio di una malattia psichiatrica che non usi anche sostanze. O viceversa, pazienti che usano sostanze che poi hanno dei disturbi psichici. Quindi, questa integrazione credo che sia sicuramente auspicabile e necessaria per poter dare una risposta integrata alle persone che soffrono.

Perché sappiamo che esistono le malattie, esistono i servizi, ma soprattutto esistono i malati. Dobbiamo andare incontro alle loro esigenze, non alle esigenze degli operatori o dell'organizzazione. Quindi, spero che si riesca ad arrivare anche nella nostra regione a un'integrazione maggiore, anche con la psicologia. Perché da noi, anche le strutture complesse di psicologia sono al di fuori della salute mentale. Anche la neuropsichiatria infantile fa parte del dipartimento materno infantile.

Ora, la neuropsichiatria ha la caratteristica di avere una parte prettamente neurologica sui piccoli bambini, cioè fino alla prima infanzia, e poi una parte sugli adolescenti che non può non essere in stretta connessione sia con le dipendenze, sia con la psichiatria. Quindi, il dipartimento inclusivo è una risposta sicuramente più avanzata che un'organizzazione sanitaria seria dovrebbe dare.

E per tornare alla sua domanda sulle case di comunità, io credo che se la rete è indispensabile, in questo caso lo è ancora di più. Avere pensato a queste case di comunità senza aver pensato come integrarle coi servizi esistenti è un errore fondamentale. Cioè, bisognava partire dall'esistente e dare forza a quello che c'era, integrando bene che i medici di medicina generale si ritrovino e facciano queste case di comunità.

Ma che devono essere un primo momento per fare i percorsi poi in tutta la rete. Quindi, salute mentale, dipendenze e tutto. Quindi, una specie di primo accesso per un servizio più grande che deve essere integrato.



Allora, se la casa di comunità diventa un luogo di incontro in cui si possono fare dei progetti comuni tra i servizi che anche non ne fanno parte, ma che hanno comunque un momento di integrazione, ha un senso. Ma fatto al di fuori di questo è veramente qualcosa che non iniziale. È quello di aver concepito un altro luogo rispetto a tutta la rete."

Aumento delle Misure di Sicurezza non Detentive:

"Negli ultimi 20 anni c'è stato un incremento notevolissimo delle sentenze detentive. Ma questo incremento è dovuto alle misure di sicurezza non detentive, che è la linea rossa, mentre vedete che le misure di sicurezza detentive decrescono fino a diventare circa il 10% di quelle che sono le misure di sicurezza totali.

Cosa vuol dire? Che in questi 20 anni c'è stato un incremento notevole. Ma questo incremento è dovuto alle misure di sicurezza non detentive. Cosa che è diventata sempre più diffusa, proprio perché c'è un'attenzione crescente alla necessità di trattare anziché incarcerare."

Nuovi approcci allo screening precoce per una diagnosi appropriata ed un miglioramento degli esiti: il caso della sepsi

Introduzione di scenario

Sepsi, una condizione clinica più frequente di quanto non si pensi, di complessa gestione e tempo-dipendente

Carlo Tomassini, Direzione Scientifica di Motore Sanità

"La sepsi è indubbiamente una delle patologie più aggressive all'interno del nostro sistema sanitario. I dati di incidenza sono elevati, come evidenziato in questa diapositiva, e come precedentemente menzionato dalla collega, è una delle principali cause di mortalità intraospedaliera.

Questa situazione sta purtroppo evidenziando un trend in aumento, il quale è associato a molteplici fattori, tra cui quelli di natura demografica, come l'invecchiamento della popolazione, oltre a situazioni di immunodepressione, i carichi di pazienti in trattamento, soprattutto pazienti oncologici, bambini e donne in gravidanza, che sono tutti fattori di rischio ben conosciuti. Tuttavia, per alcune di queste categorie, il trend è in costante crescita, il che dovrebbe farci riflettere".



"Il Secondo tema riguarda l'ambito ospedaliero, un contesto a rischio dove procedure diagnostiche e terapeutiche invasive, nonché l'uso di dispositivi medici, aumentano il rischio di sviluppare questa patologia.

Tuttavia, dobbiamo prestare attenzione sia all'interno che all'esterno dell'ospedale. Secondo le statistiche, il 70-80% dei casi di sepsi ha origine al di fuori dell'ambiente ospedaliero, mentre il 20-30% si sviluppa all'interno.

È interessante notare che il 80% dei pazienti che giungono da fuori passa attraverso il pronto soccorso. Questo fatto solleva importanti considerazioni, poiché l'80% dei pazienti seppur gravi transita attraverso il pronto soccorso. È cruciale riconoscere che la sepsi è una patologia tempo-dipendente, e ciò significa che intervenire precocemente può ridurre la mortalità.

Tuttavia, la diagnosi di sepsi è spesso sfumata e associata a momenti di incertezza, come vedremo successivamente. Immaginate di visualizzare un pronto soccorso con 100.000 accessi all'anno, che è frequente piuttosto che raro. In un contesto di sovraffollamento e con i posti letto occupati, con il personale medico spesso insufficiente, il rischio di diagnosticare tardi questa patologia è elevato.

Ecco perché è essenziale una diagnosi tempestiva, ma purtroppo, non sempre esiste una percezione chiara di questo fatto. La sepsi non è ancora percepita come l'ictus, l'infarto o il trauma, tutte patologie in cui il fattore tempo è determinante. Pertanto, qualsiasi intervento che possa migliorare la diagnosi precoce e ridurre il tempo di diagnosi all'interno del pronto soccorso è fondamentale e atteso."

"La diagnosi precoce della sepsi è una sfida complessa, poiché la patologia è causata da fattori legati all'ospite e all'agente patogeno. La chiave qui è la rilevanza del fattore tempo, che richiede un riconoscimento rapido e l'avvio tempestivo delle terapie antibiotiche.

Il problema principale è la difficoltà nella diagnosi precoce e la sfumatezza dei sintomi, che a volte può portare a ritardi nella diagnosi. Anche se oggi ci sono nuovi test che aiutano nella diagnosi, come ad esempio il conteggio dei monociti (MDWV), vi è la necessità di avere chiarezza su molteplici indicatori, inclusi esami del sangue e indicatori clinici, per garantire un'identificazione precoce e una terapia tempestiva".



“Le sfide e le criticità riguardanti la sepsi sono legate al fatto che la diagnosi può essere incerta e difficile da identificare in modo chiaro. È importante riconoscere che la patologia è tempo-dipendente, e ogni strumento che contribuisce a un riconoscimento precoce è fondamentale.

Le evidenze scientifiche attuali convergono sull'efficacia dell'approccio focalizzato per accelerare il riconoscimento e avviare tempestivamente le terapie antibiotiche. Le sfumature e le incertezze legate a questa patologia richiedono approcci diagnostici mirati e strategie di trattamento tempestive”.

“Le sfide principali coinvolgono la complessità nella diagnosi, l'interpretazione dei risultati dei test, la gestione delle culture e l'introduzione di nuovi parametri diagnostici, come il conteggio dei monociti, che si affiancano ad altri indicatori clinici e biologici.

Allo stesso tempo, il problema dell'implementazione di questi nuovi biomarcatori richiede l'impegno e la competenza di un'organizzazione sanitaria per garantire una diagnosi tempestiva.”

Saluti

Annamaria Minicucci, Docente scuola di specializzazione d'Igiene, Università di Bari, Probiviro Fiaso

“Conosciamo tutti la gravità e la complessità delle patologie acute a rapida evoluzione, le cosiddette patologie dipendenti dal tempo. Un esempio di ciò è la sepsi, caratterizzata da un'altissima mortalità, con 270 casi ogni 100.000 abitanti a livello mondiale, totalizzando oltre 2 milioni di casi all'anno in tutto il mondo, con una mortalità che varia dal 20% al 40%.

Purtroppo, l'Italia presenta livelli elevati di mortalità, come indicato da un documento di consenso della Società Italiana di Medicina di Emergenza-Urgenza (SIMEU) del 2021. Anche la Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) nel 2020 ha fornito linee guida al riguardo”.

“Incredibilmente, molti pazienti affetti da sepsi non vengono trattati nei reparti di terapia intensiva, ma nei pronto soccorsi, dove è essenziale una diagnosi tempestiva e un trattamento urgente.



È noto che, se si riesce a diagnosticare la sepsi entro un'ora e ad avviare un trattamento antibiotico precoce, si può notevolmente aumentare la sopravvivenza dei pazienti”.

“Una sfida significativa in questa patologia è il riconoscimento precoce e la certezza della diagnosi. Nonostante l'uso di strumenti diagnostici come il SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) o il SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome) e altri, la sensibilità e la specificità di tali test spesso non garantiscono una diagnosi certa di questa malattia”.

“È fondamentale che la ricerca scientifica continui a contribuire a migliorare la diagnosi precoce della sepsi. Durante questa sessione della Summer School di Motore Sanità, avremo l'opportunità di discutere le ultime novità in merito alla diagnosi precoce con esperti del settore.

Riconoscendo che molti pazienti vengono trattati nei pronto soccorso, la diagnosi precoce diventa il nostro punto focale, e pertanto, è urgente garantire una diagnosi affidabile per questa grave patologia.”

Nel riconoscimento precoce e la diagnosi precoce:

“Dunque, la necessità urgente di poter garantire una diagnosi certa di questa malattia, visto che molti pazienti vengono trattati nei pronto soccorso, diventa il fulcro del problema.

È essenziale che la ricerca scientifica ci fornisca i mezzi per migliorare la diagnosi precoce e la certezza della diagnosi, poiché, nonostante gli strumenti attualmente in uso come il SOFA, il SIRS e altri, non riescono a garantire in modo certo una diagnosi accurata della malattia. Pertanto, questa sessione della Summer School di Motore Sanità rappresenta un'importante opportunità per scoprire le ultime innovazioni in merito alla diagnosi precoce.”

L'impatto sociale ed economico della sepsi

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

“Introdurre il concetto di come contrastarle dal punto di vista dei modelli organizzativi e gestionali è importante. Bisogna fare chiarezza sulla situazione attuale, il background e l'impatto sociale, organizzativo ed economico.



Le infezioni sono un problema fondamentale, rappresentando l'80% di tutte le infezioni osservate in tre principali distretti anatomici: urinario, apparato respiratorio e torrente circolatorio, in particolare le sepsi e le batteriemie”.

Impatto Sociale ed Economico delle Infezioni Correlate all'Assistenza

“A livello europeo, l'impatto sociale ed economico complessivo è superiore a un miliardo e mezzo di euro all'anno. In Italia, purtroppo, l'impatto economico è ancora maggiore, superando i 3,5 miliardi di euro. Questo si riflette anche sui dati di disabilità, con l'Italia che detiene il primato negativo in termini di "Disability-Adjusted Life Years" (DALYs) causati dalle infezioni, stimati a 490 per 100.000 abitanti all'anno”.

Analisi dei Costi in Italia L'analisi dei costi è stata effettuata utilizzando i dati delle schede di missione ospedaliera fino al 2021.

“Per il sistema sanitario nazionale, sono stati selezionati tutti i ricoveri con diagnosi di infezione dal 2010 al 2021. I costi sociali e sanitari associati alle infezioni correlate all'assistenza ammontano a quasi 800 milioni di euro. Questo è solo un dato iniziale basato sui dati delle schede di missione e non tiene conto di molte altre voci di costo aggiuntive”.

“Proporzione di Ricoveri con Infezione In Italia, la proporzione di ricoveri con infezione è in costante aumento, passando da 34 a 56 ricoveri con infezione ogni 1000 ricoveri per acuti in regime ordinario tra il 2010 e il 2021”.

Distribuzione per Classe di Età

“Le infezioni non colpiscono solo le persone anziane; una parte significativa si verifica anche tra le persone in età lavorativa (18-64 anni), il che comporta costi aggiuntivi legati alla perdita di produttività”.

Valorizzazione dei Costi

“La valorizzazione dei costi è stata effettuata considerando un valore di €25 per giornata di degenza. Questo valore può essere una sottovalutazione, ma è stato scelto come riferimento. Il differenziale tra le giornate di degenza con e senza infezione è significativo e ha un impatto sia sui costi sia sul modello organizzativo e gestionale”.



Azioni di Contrasto e Soluzioni

“Le principali azioni per contrastare le infezioni correlate all'assistenza includono l'antimicrobial stewardship, la promozione dell'uso responsabile degli antibiotici, l'ottimizzazione della terapia individuale e la riduzione della diffusione della resistenza.

È importante accelerare l'accesso alle nuove innovazioni ai pazienti e implementare soluzioni alternative tecnologiche per ridurre il tempo necessario al lancio dei nuovi antibiotici”.

Nuovi approcci allo screening precoce per una diagnosi appropriata ed un miglioramento degli esiti: il caso della sepsi

Francesco Curcio, Direttore del Dipartimento di Medicina di Laboratorio dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine

“Il tema dell'impatto della tecnologia riguarda tutte le attività che svolgiamo, inclusa la diagnostica medica. In particolare, siamo qui per discutere le 'omiche' in varie declinazioni. Parliamo di genomica, metabolomica, trascrittomica e altre varianti.

Questo argomento è diventato di grande rilevanza, soprattutto negli ultimi tempi, considerando l'impiego delle tecnologie in risposta alla pandemia di COVID-19.

Tuttavia, è essenziale comprendere che quando parliamo di 'omiche', non ci riferiamo solo alla genomica. Il termine 'genetica' è spesso usato intenzionalmente, ma la genomica si estende ben oltre il sequenziamento di pochi geni.

La genomica rappresenta il nostro intero genoma, e il punto cruciale è che non sono due organismi diversi o simili tra loro; sono lo stesso organismo, con lo stesso genoma.

Ciò implica che la stessa informazione genetica può essere letta in modi diversi, e ciò che ci interessa di più è il fenotipo, ossia il risultato della lettura dell'informazione contenuta nella sequenza del DNA.

Ma ricordate, l'informazione non si trova solo nella sequenza, ma anche nelle modifiche biochimiche del DNA, come la metilazione e altri fattori.



Inoltre, ci sono molte sfumature legate all'espressione genica, inclusi i livelli di alleli e la struttura dell'organizzazione genetica. Oltre a ciò, dobbiamo considerare il concetto di 'meta-omiche', che si riferisce al rapporto tra genomi, proteomi, metabolomi e altri aspetti di individui diversi che coesistono, come la relazione tra il nostro corpo e i microorganismi. Ecco perché è un campo complesso e cruciale."

Ruolo delle omiche nella gestione dei pazienti:

"Ora, quando parliamo di sepsi, dobbiamo riconoscere che il risultato finale di un'azione infettiva non è solamente il risultato dell'azione del microorganismo, ma è determinato anche dalla risposta dell'organismo ospite.

Pertanto, la gestione della sepsi non può trascurare la risposta dell'ospite, poiché essa può influenzare in modo significativo l'esito dell'infezione. Questo tema richiede una collaborazione profonda tra i clinici, che hanno la responsabilità diretta del paziente, e i laboratori, che possono fornire informazioni cruciali per la gestione ottimale dei pazienti".

"Un altro aspetto da considerare è il 'Total Cost of Ownership', il costo complessivo della gestione di un paziente. La giusta gestione non riguarda solo il numero di esami, ma la scelta degli esami giusti al momento giusto, cioè quelli che possono determinare l'esito del paziente.

È fondamentale considerare i costi nel contesto dell'approccio alla sepsi. Oltre al costo economico, dobbiamo essere consapevoli dell'impatto della gestione sulla creazione di ceppi di batteri resistenti agli antibiotici".

"Infine, l'infezione non è solo il microorganismo stesso, ma anche la risposta infiammatoria dell'ospite. Questa risposta non è semplicemente una controazione al microorganismo, ma coinvolge anche molecole generate dalle cellule danneggiate, che possono influenzare l'infiammazione.

La comprensione della risposta dell'ospite è fondamentale per affrontare efficacemente la sepsi. La tecnologia e l'innovazione nelle 'omiche' ci permettono di ottenere dati cruciali per la gestione di questa patologia complessa, ma è importante integrare questi dati con la competenza clinica per prendere decisioni accurate e tempestive."



TAVOLA ROTONDA

- Quali nuovi parametri utili per l'implementazione di una diagnosi rapida ed appropriata delle sepsi?
- Impatto delle emocolture false positive nella pratica clinico/diagnostica dei quadri settici?
- Valore della valutazione di MDW nella pratica clinica e sua possibile e corretta estensione nella attuale rete ospedaliera?
- Attuali esperienze regionali: l'es° dell'Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale
- Importanza di un utilizzo corretto/appropriato/rapido delle terapie nella sepsi

Discussant

Antonio Cascio, Professore Ordinario di Malattie Infettive Università di Palermo, Tesoriere SIMIT

"L'unico messaggio che voglio trasmettere in questo webinar è l'importanza cruciale del ruolo del medico, sia nel Pronto Soccorso che nei reparti ospedalieri. È essenziale che i medici conoscano i criteri per identificare la sepsi, compresi quelli più recenti e quelli tradizionali come i criteri SIRS (Sistema di Risposta Infiammatoria Sistemica), nonché i nuovi criteri come i NEWS (National Early Warning Score) e il MEWS (Modified Early Warning Score)".

Partire dalla Valutazione dei Parametri Vitali

"Per riconoscere precocemente la sepsi, è fondamentale iniziare dai fondamenti, cioè la valutazione del paziente e la registrazione dei parametri vitali. Ciò include la misurazione della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca, della frequenza respiratoria, della temperatura e della saturazione dell'ossigeno. È di vitale importanza interpretare questi parametri con prudenza e razionalità".



Riconoscimento Precoce per un Trattamento Efficace

“Il riconoscimento precoce della sepsi è fondamentale perché, se il paziente non viene identificato precocemente, tutti gli ulteriori passaggi, compresi gli esami ematochimici e la diagnosi microbiologica, verranno ritardati.

Come il professor Tascini ha sottolineato, l'esperienza aiuta i medici a identificare precocemente la sepsi. Tuttavia, il mio messaggio è semplice ed elementare: invito tutti i medici, ovunque lavorino, a considerare i nuovi parametri di valutazione dei pazienti, tra cui i NEWS (National Early Warning Score).

Questi parametri combinano i criteri tradizionali SIRS con le nuove informazioni contenute nei criteri COFA (Change in Oxygenation, change in Fluid balance, Abnormal respiratory pattern). Questi parametri consentono ai medici di sospettare più o meno fortemente la presenza di una sepsi e di avviare le indagini appropriate, tra cui la ricerca dei marcatori ematici più adatti, per fornire al paziente l'assistenza più idonea possibile”.

Pierangelo Clerici, Presidente Nazionale AMCLI - Associazione Microbiologi Clinici Italiani ETS

“Parlando della sepsi, vorrei sottolineare il ruolo cruciale svolto dalle società di medicina di laboratorio, le uniche che hanno dimostrato di lavorare in sinergia sul campo per diagnosticare questa patologia. La biochimica clinica e la microbiologia, ognuna nel proprio ambito, contribuiscono a questa collaborazione.

Purtroppo, ciò che ho notato, e che il mio amico Tascini ha menzionato, è che spesso nelle società cliniche questo tipo di collaborazione manca. La scorsa settimana, in occasione del "World Sepsis Day" del 13 settembre, ho partecipato a quattro eventi con rianimatori, infettivologi e internisti, e ho notato che c'è bisogno di una maggiore collaborazione e coordinazione. Questa mancanza di collaborazione è un problema.

Non sto parlando di questioni scientifiche; il lavoro è stato svolto in modo eccellente da Francesco Curcio e dal suo team. Quello di cui voglio parlare è la politica sanitaria relativa alla sepsi, che è una patologia il cui decorso è influenzato dal tempo”.



Coordinare le Risorse per un Riconoscimento Precoce e un Trattamento Efficace

“Parliamo di strutture di Pronto Soccorso che spesso non dispongono di personale tecnico in laboratorio. Speriamo che questa situazione cambi e che vengano assegnati tecnici di laboratorio anche nei Pronto Soccorso della Regione Lombardia.

Abbiamo sviluppato protocolli per la gestione delle sepsi gravi, prendendo spunto dall'esperienza diagnostica dei sepsi gravi in neonati. Vogliamo garantire che venga emanata una Delibera di Giunta Regionale che stabilisca il numero di tecnici e dirigenti necessari nei laboratori operanti 24 ore al giorno.

La microbiologia non può essere trascurata, e deve operare 24 ore su 24 per garantire una diagnosi rapida delle sepsi. È fondamentale che ci siano 10 dirigenti e 20 tecnici, altrimenti non possiamo gestire il flusso di lavoro”.

Ruolo Fondamentale della Medicina di Laboratorio nella Prevenzione e nella Gestione

“Non è solo una questione di economia, ma di salute pubblica. È essenziale che chi fa le scelte, chi fornisce la formazione e chi effettua il controllo sappiano che il direttore del laboratorio di microbiologia deve essere coinvolto in tutte le decisioni. Non possiamo consentire che i punti di cura transizionino senza che il laboratorio sia coinvolto.

Questo è un problema italiano che si sta diffondendo in alcune regioni, e dovremmo contrastarlo a livello nazionale. Il nostro impegno nella lotta contro la sepsi si concentra sulla creazione di piattaforme integrate che coinvolgono diverse discipline all'interno degli ospedali.

La microbiologia può identificare il microrganismo, ma è importante che altri forniscano marcatori come la procalcitonina o la pepsina. La collaborazione di tutti gli operatori, dai dirigenti ai tecnici e agli operatori sanitari, è essenziale per raggiungere l'obiettivo. Sebbene vi siano ancora molti decessi, è importante lavorare in modo sinergico e coordinato su questa problematica.

Inoltre, dobbiamo affrontare la sfida degli ospedali più piccoli, dove la diagnosi accurata è spesso difficile a causa della mancanza di risorse. Abbiamo bisogno di concentrare queste attività in modo efficace, coinvolgendo tutti i soggetti interessati.

La medicina di laboratorio è fondamentale nella prevenzione e nel risparmio di denaro per il sistema sanitario. È un'attività che comporta costi, ma contribuisce a risparmiare denaro per il paziente e l'azienda sanitaria. È necessario che tali risparmi siano reinvestiti correttamente”.



Silvia De Rosa, Rappresentante Nazionale SIAARTI - Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva

“La Società Nazionale di Anestesiisti Rianimatori sta lavorando attivamente su un documento condiviso per unire tutte le diverse discipline coinvolte nel riconoscimento e trattamento dei pazienti settici.

Riteniamo essenziale implementare una Diagnostica della sepsi in ogni ospedale. Inoltre, crediamo che ci siano indicatori e criteri di idoneità o non idoneità per i pazienti settici, su cui stiamo lavorando. Dobbiamo definire i criteri di base per gestire efficacemente tali pazienti”.

La Formazione e la Collaborazione Multidisciplinare sono Cruciali

“La formazione è fondamentale, ma riteniamo che non sia sufficiente. Quando un paziente arriva al Pronto Soccorso, abbiamo bisogno che un anestesista lavori a stretto contatto con il medico di emergenza.

Questa collaborazione deve avvenire fin da subito per garantire un rapido coinvolgimento del paziente in un team medico dedicato alla sua gestione. L'intervento precoce è cruciale per migliorare l'esito. La standardizzazione delle procedure e degli indicatori è fondamentale per evitare sprechi di risorse e per garantire terapie antibiotiche appropriate”.

Antonio Fortunato, Vice Segretario Tesoriere, SIBIOC - Società Italiana di Biochimica Clinica e Biologia Molecolare Clinica - Medicina di Laboratorio

“La medicina di laboratorio gioca un ruolo cruciale nella diagnosi della sepsi. Le nuove tecnologie di laboratorio, come ad esempio la distribuzione dei volumi dei monociti, forniscono informazioni essenziali per una diagnosi accurata e un trattamento mirato.

Investire in tecnologie di laboratorio moderne può contribuire a ridurre il costo complessivo del trattamento e a limitare lo sviluppo di resistenze antibiotiche. Il laboratorio non dovrebbe essere visto solo come un costo, ma come uno strumento che offre benefici significativi ai pazienti e alle strutture sanitarie.

La gestione efficace dei dati di laboratorio può portare a decisioni terapeutiche migliori ed economicamente sostenibili. La medicina di laboratorio è un alleato fondamentale nella lotta contro la sepsi”.



Daniela Pagani, Responsabile della Struttura Semplice Osservazione Breve Intensiva, Referente Regionale Valle D'Aosta SIMEU

"Riconoscere immediatamente la sepsi è di vitale importanza. In Valle d'Aosta, abbiamo introdotto protocolli di triage per patologie tempo-dipendenti. Questo ci permette di avere dati iniziali quando il paziente entra al Pronto Soccorso, il che è estremamente vantaggioso in termini di tempistica".

Collaborazione Multidisciplinare tra Professionisti

"La collaborazione multidisciplinare è fondamentale. Lavoriamo a stretto contatto con i microbiologi, affrontando anche le sfide legate alle colture ematiche o alle colture delle urine che talvolta non vengono eseguite correttamente. Questi incontri periodici ci aiutano a migliorare le procedure, il che si traduce in un miglior benessere per il paziente".

Importanza della Collaborazione con il Laboratorio

"È di vitale importanza collaborare con il laboratorio, che sia esso di biochimica clinica o microbiologia. Condividiamo informazioni e procedure, affinché ci sia una comprensione comune su come affrontare la sepsi. La condivisione è fondamentale per evitare di trasmettere messaggi diversi ai pazienti. Questa collaborazione è un elemento chiave del nostro lavoro, e programmi regolari di incontri contribuiscono a mantenerla forte".

L'Importanza della Point-of-Care Testing (PoCT) nel Pronto Soccorso

"La disponibilità di analisi emogas nell'ambito della Point-of-Care Testing (PoCT) nel Pronto Soccorso offre un notevole vantaggio nel contesto della sepsi. Questo fornisce indicazioni cruciali, come i livelli di lattato e altro, che permettono un intervento terapeutico tempestivo".

Promuovere una Collaborazione Forte tra le Specialità

"Promuoviamo attivamente la collaborazione tra i diversi professionisti coinvolti nella gestione dei pazienti settici. La condivisione di conoscenze e procedure è fondamentale per garantire una cura ottimale e per evitare confusione. La collaborazione tra il Pronto Soccorso, il laboratorio e le specialità coinvolte è un pilastro fondamentale del nostro lavoro".



Carlo Tascini, Direttore presso Clinica di Malattie Infettive Udine, Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale (ASU FC)

“Oggi discutiamo della sepsi, una risposta anomala dell'organismo a un'infezione, che non è sempre di origine batterica, anche se spesso lo è (circa l'80% delle volte). La gestione di queste infezioni è cruciale per salvare il paziente, e la mortalità rimane elevata.

Ad esempio, al pronto soccorso, la diagnosi di sepsi comporta una mortalità del 15%, mentre se si arriva allo shock settico, la mortalità è del 50%, e questo valore è rimasto costante per circa 20 anni. Dobbiamo fare qualcosa per affrontare questo problema, come mostrerò nelle mie slide”.

Ruolo della Meningite Batterica

“Vorrei parlare della sepsi meningococcica, una forma batterica che è particolarmente letale. La sindrome di Waterhouse-Friderichsen è spesso associata a questa infezione”.

Importanza della Diffusione della Cultura Medica

“Spesso, vediamo casi in cui la diagnosi di porpora fulminante viene persa. Ad esempio, un paziente con un dito ischemico viene mandato a casa dal pronto soccorso. Questo non è colpa dei medici del pronto soccorso ma riflette la mancanza di diffusione della cultura medica”.

Riduzione della Mortalità con Esperienza

“La mortalità per la porpora fulminante si riduce significativamente quando i medici hanno esperienza nel gestire questi casi. In Francia, si è osservata una riduzione del 55% della mortalità quando il personale ha avuto esperienza nella gestione di questi pazienti”.

Ruolo degli Antibiotici e del Cortisone

“La somministrazione precoce di antibiotici è fondamentale per il trattamento della sepsi. Tuttavia, è importante notare che il cortisone non dovrebbe essere somministrato prima degli antibiotici nelle meningiti comunitarie batteriche”.



Esempi di Successo

“Abbiamo visto alcuni casi di successo nel trattamento della sepsi. La somministrazione tempestiva di antibiotici e il monitoraggio dei biomarcatori come la Procalcitonina (PCT) e la Proadrenomedullin (ProADM) possono migliorare significativamente l'esito dei pazienti”.

Trattamento Personalizzato

“Grazie all'uso di biomarcatori, possiamo personalizzare il trattamento per pazienti con sepsi, prendendo in considerazione la natura dell'infezione e il danno d'organo. Questo approccio è particolarmente importante quando ci sono germi multiresistenti”.

Sintesi degli Approcci

“Nel trattamento della sepsi, è cruciale mettere insieme un insieme di biomarcatori e parametri clinici per garantire la migliore gestione del paziente, tenendo conto della natura dell'infezione e del danno d'organo”.

“Oggi, non abbiamo più le polmoniti che vi ho fatto vedere nelle persone immunocompetenti, ma solo in quelli molto fragili. Ora, le varianti, beh, per me che faccio il dottore, i virologi dovrebbero un po' cambiare questa nomenclatura, anche perché è veramente complicata da seguire. Noi abbiamo omicron adesso, quindi omicron è prevalente con le sue sottovarianti. Chiamiamola "zuppa", questo non va...

Andate avanti troppo, mi torna indietro, per cortesia. Ok, allora abbiamo i vari nomi di omicron: è importante ricordarseli, dobbiamo sapere B275, Centaurus, XBB, 155 Kraken. Perché è importante Kraken? Perché avremo il nuovo vaccino orientato su Kraken e vedremo quanto è frequente Kraken nel nostro paese. Poi c'è Arcturus e altre. Ora, se noi vediamo gli Stati Uniti, Kraken è al 4%, e la più frequente è Eris”.

“Sempre nell'ambito di omicron, se noi andiamo a vedere la nuova variante chiamata Pirola, che per noi è anche se gli "levi" una o a Milano, no, non dovrebbe essere. Insomma, molto intelligente. Ma sta Pirola perché è importante? È venuta fuori in tre continenti in pazienti che non avevano connessioni tra di loro e ha più di 30 mutazioni sulla Spike rispetto a Kraken.

Questo è stato attenzionato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Su Twitter è uscito che forse non è virulenta come le altre varianti, quindi potremmo stare tranquilli. Ma io previsioni sul virus non ne faccio perché si sbaglia di sicuro. Comunque, questa è attenzionata ora”.



“Com'è la profilassi, l'uso dei monoclonali? Io vi ho segnalato due in profilassi: Levell il Friuli Venezia Giulia (500 dosi per milione di abitanti) e il Piemonte (400 dosi). Poi c'è la Toscana, il Lazio, la Lombardia, con più di 300 dosi. Ma ci sono regioni con 80 dosi. Adesso voi mi spiegate perché c'è tutta questa differenza? Perché noi siamo così differenti nell'applicare le misure? Ecco, questo è un dato che però deve far riflettere. Deve far riflettere, oggi come doveva far riflettere sulla resistenza agli antimicrobici. Non è possibile.

Ci sono regioni come il Friuli che non ha nessuna scintilla batterica, e regioni come Napoli o la Campania, dove ho lavorato, che tutte le terapie intensive sono piene di scintille batteriche. Quindi, su questo bisogna prendere delle regole comuni e stabilire delle regole per tutti, che vengano seguite, e poi premiare chi è virtuoso e punire chi non è virtuoso, perché senno non ne usciamo. Questa è la situazione per la profilassi”.

“La profilassi con ELL è un monoclonale che ha l'emivita di 3 mesi. Gli è stata tolta una parte dell'FC, quindi dura a lungo nell'organismo ed è anche nel futuro profilassi di altre malattie.

Mi viene da pensare alle meningiti o altre. Potrei dare a pazienti che non rispondono un monoclonale che dura per 3 mesi. Questa è la disparità dell'uso in Italia. E questo è il test fenotipico del COVID, cioè noi per nessuna malattia virale usiamo test fenotipici per stabilire se sono efficaci i farmaci o i monoclonali.

Cioè, l'HIV ce l'abbiamo da più di 30 anni, facciamo la sequenza del virus, non facciamo la coltura del virus e vediamo se il virus viene inibito dal farmaco. Qui noi usiamo o il virus SARS-CoV-2 o uno pseudovirus, cioè un virus non patogeno sul quale mettiamo la proteina Spike. Quindi ci sono tantissime variabili da normalizzare, ma questo è uno strumento importante.

Ma su questo, l'FDA ha ritirato i monoclonali nel caso del SOBIN. L'ha dovuto rimettere. Quindi se noi tornavamo indietro a vedere l'uso del SOBIN, alcune regioni non l'hanno usato da quando l'FDA l'ha tolto, l'Europa non l'aveva mai tolto.

Quindi noi stiamo facendo delle decisioni cliniche su un test fenotipico che però non è stato standardizzato, è uno strumento importante, però ci servono gli studi clinici randomizzati e prospettici per capire se questi farmaci funzionano o meno. Questo è un punto importante”.



Massimo Ciccozzi, Professore Epidemiologo del Campus Biomedico di Roma

“Il COVID ha trovato in noi un ospite ideale. Non ci uccide più di tanto, noi ci conviviamo con esso. È un virus parassita, fa del suo mestiere, e quindi non credo che nei prossimi tanti anni potrà andarsene. Potremmo, in qualche modo, cercare di portarlo all'estinzione, ma se ci fosse un vaccino mucosale, cioè un vaccino che impedisca l'ingresso e il contagio, perché il vaccino ci toglie i sintomi gravi della malattia, ma non impedisce il contagio.

Le persone si contagiano normalmente. Non fa quasi nulla per prevenire il contagio, a meno che non troviamo questa soluzione. Altrimenti, il virus potrebbe radicarsi, o almeno tentare di radicarsi, e se non cambiamo la situazione, evolverà come gli sta bene. Pertanto, dobbiamo affrontare il problema”.

“Un'altra cosa che ho notato è che l'Europa, sebbene stia facendo poco, sta elaborando un piano pandemico europeo. Questo è positivo, ma dobbiamo proteggere soprattutto le persone fragili. Non c'è altra via. È vero quanto si dice sulle varianti.

Ora si è detto che Eris può colpire i polmoni, ma un articolo su Repubblica parlava di uno studio su criceti fatto da un gruppo giapponese, che non era stato validato scientificamente né pubblicato, quindi non considero quelle informazioni. Eris è solo una delle tante varianti che abbiamo studiato, ma tutte sono difficili da trattare e capire, e specialmente le persone immunodepresse hanno difficoltà a sopravvivere”.

“Omicron è venuto fuori in Sudafrica, sebbene non fosse esattamente il Sudafrica. Un paziente immunocompromesso può sviluppare varianti, quindi dobbiamo proteggere queste persone con vaccini e farmaci quando necessario, poiché sono la causa delle varianti. Il virus muta per definizione, e dobbiamo affrontare la realtà. Il problema è come prepararsi per il futuro. Dobbiamo investire in farmaci, vaccini e ricerca”.

“Il post-COVID solleva altre questioni, come il Long COVID, che colpisce anche i calciatori e può causare infortuni muscolari. Dobbiamo fare riforme per creare una sorveglianza genomica affidabile, ma questo vale anche per altre malattie di origine virale o batterica.

L'antibiotico-resistenza è un problema significativo che deve essere affrontato con urgenza. Dobbiamo fare riforme, standardizzare le procedure tra le regioni e investire nella ricerca. Abbiamo bisogno di fondi per la ricerca e la produzione di farmaci in Italia. Quindi, il problema del post-COVID è complesso, e non possiamo trascurare gli aspetti economici”.



“La pandemia successiva è inevitabile, non sappiamo quando colpirà, ma dobbiamo prepararci adeguatamente per affrontarla. La pandemia non riguarda solo la salute, ma anche l'economia, la ricerca e la politica. Dobbiamo fare le riforme necessarie e investire nei settori giusti per affrontare le sfide future”.

PROGRAMMA 2° GIORNATA: Pomeriggio

TAVOLA ROTONDA

- **Dal pncar nazionale alla declinazione regionale**
- **come superare le difficoltà di messa a terra e le resistenze al cambiamento**
- **punti di forza e criticità di sistema: da dove partire, quali azioni pratiche e quale focus prioritario**
- **Prevenzione infezioni sito chirurgico (SSI) e delle infezioni del sangue catetere-correlate (CR-BSI): indicazioni MINSAL marzo 2023**
- **Stewardship diagnostico-terapeutica nel paziente critico**
- **ICA-AMR-PNRR: risk management dall'ospedale alle nuove strutture territoriali**
- **Innovazione diagnostica-terapeutica-organizzativa: investimento e non costo**

Discussant

Anna Aprile, Professore Associato presso Unità Operativa Rischio Clinico, Risk manager, AOU PD

Matteo Bassetti, Presidente SITA e Direttore UO Clinica Malattie Infettive Ospedale Policlinico “San Martino” Genova

“Il tema dell'infezione correlata alle pratiche assistenziali è di grande attualità e, evidentemente, continuerà a essere rilevante negli anni a venire. In particolare, ci concentriamo sull'incidenza delle infezioni da batteri multiresistenti, che rappresenta una sfida critica non solo per il sistema sanitario italiano, ma per la sanità mondiale. Per avere una visione più chiara del problema, è fondamentale considerare alcuni dati”.



“Si stima che, senza interventi strutturati da parte di tutti i sistemi sanitari globali, potremmo assistere a un aumento di morti per infezioni da batteri multiresistenti, arrivando a 10 milioni di decessi all'anno entro il 2050.

Questo dato posizionerebbe le infezioni da batteri multiresistenti come la principale causa di morte, superando persino i tumori. Questa previsione è stata formulata da Jim O'Neil circa dieci anni fa, durante il governo Cameron, quando ha commissionato un modello matematico per studiare questa problematica”.

“Guardando all'attualità, in Italia, un rapporto di qualche anno fa ha rivelato che solo negli ospedali, circa 15.000 persone muoiono a causa di infezioni da batteri resistenti. Considerando anche le morti al di fuori dell'ospedale, come quelle a casa, il numero totale di decessi potrebbe raddoppiare.

Inoltre, se applicassimo una metodologia di calcolo simile a quella utilizzata per le statistiche sul COVID-19, che include sia i pazienti deceduti a causa dell'infezione che quelli colonizzati, potremmo già oggi superare i 100.000 morti all'anno a causa di infezioni da batteri resistenti solo in Italia”.

“La soluzione a questo problema nel corso degli anni è stata principalmente legata allo sviluppo di nuovi antibiotici, in grado di superare le resistenze batteriche. Tuttavia, è un aspetto critico poiché l'investimento da parte delle aziende farmaceutiche nella ricerca di nuovi antibiotici è sempre più limitato. Nonostante ci siano farmaci efficaci contro molte forme di batteri resistenti, il futuro appare incerto, con una pipeline di nuovi antibiotici nei prossimi 10-15 anni molto limitata”.

“Pertanto, è evidente che, se non possiamo contare su nuove terapie, dobbiamo concentrarci sulla prevenzione delle infezioni da batteri resistenti”.

Silvia De Rosa, Rappresentante Nazionale SIAARTI - Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva

“Quando noi rianimatori veniamo chiamati, di solito ci troviamo di fronte a un paziente che può avere un tempo diverso. Se è un paziente in Pronto Soccorso, è probabile che abbia già sviluppato una sepsi provenendo da casa, il che lo rende settico, e a volte è in uno stato di shock settico dopo aver ricevuto antibiotici.



Altrimenti, potrebbe trovarsi in reparti post-chirurgici o in terapia intensiva, dove è più facile riconoscere quando entra in stato di shock settico”.

“Dobbiamo considerare la creazione di un team multidisciplinare che comprenda il concetto di tempismo, in modo simile a come gestiamo il trauma nella sala d'urgenza. Questo team dovrebbe essere in grado di identificare indicatori chiave che ci avvisano quando il paziente sta peggiorando e diventando molto più severo, suggerendo un passaggio a uno stato di shock settico che richiede un supporto multiorgano avanzato”.

“Le regioni variano nell'organizzazione dei servizi sanitari, quindi il percorso del paziente con shock settico deve essere considerato a livello regionale o provinciale, oltre che ospedaliero. Ad esempio, l'elisoccorso può facilitare il trasferimento tempestivo dei pazienti dalle aree remote ai centri specialistici, ma l'organizzazione varia notevolmente tra le regioni”.

“I pazienti in shock settico spesso sviluppano insufficienza multiorgano, inclusa l'insufficienza renale acuta. La gestione di questi pazienti richiede trattamenti avanzati, alcuni dei quali sono ancora oggetto di ricerca, come l'immunomodulazione. La terapia antimicrobica non si limita solo agli antibiotici, ma può coinvolgere anche funghi e virus”.

“La formazione di un team multidisciplinare altamente specializzato è essenziale. La nostra società scientifica sta lavorando attivamente sulla formazione e sul monitoraggio dei pazienti settici per garantire che non si perdano nel sistema sanitario e per migliorare il loro esito clinico”.

Francesco Menichetti, Presidente GISA - Gruppo Italiano per la Stewardship Antimicrobica

“Continuiamo a essere molto preoccupati per il tema della resistenza antimicrobica, che pare non essere compreso appieno. La resistenza antimicrobica è l'ultimo anello di una catena che ha inizio con un insufficiente controllo preventivo delle infezioni. La resistenza antimicrobica è una funzione diretta dell'abuso di antibiotici. Più infezioni ci sono da curare, più aumenterà la resistenza antimicrobica. In particolare negli ospedali, il controllo delle infezioni è essenziale, e più efficace è, più facile sarà contenere l'abuso degli antibiotici”.



“Un progetto di stewardship antimicrobica si basa su tre pilastri: l'infection control (prevenzione delle infezioni), la diagnostica microbiologica rapida moderna e l'uso corretto degli antibiotici. La terapia antibiotica domiciliare è un'area critica, e spesso i servizi sanitari territoriali non sono in grado di gestirla”.

“Per quanto riguarda i nuovi farmaci antibiotici, sebbene siano più costosi, è essenziale garantire l'accesso tempestivo a questi farmaci quando sono necessari. L'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) deve essere in grado di regolare questa distribuzione in modo che i pazienti in situazioni critiche possano utilizzare questi farmaci salvavita”.

“I fondi stanziati per contrastare l'antimicrobico Resistenza dovrebbero essere utilizzati per promuovere il modello di stewardship a tre cardini e diffonderlo nelle realtà territoriali. Inoltre, migliorare la rete territoriale e la connessione tra territorio e ospedale è una priorità, poiché la pandemia ha evidenziato le carenze in questa area”.

“È importante superare la retorica politica e concentrarsi sul bene comune della sanità pubblica per garantirla per le generazioni future”.

Maria Mongardi, Presidente ANIPIO - Società Scientifica Nazionale Infermieri Specialisti del Rischio Infettivo

“Il problema delle infezioni correlate all'assistenza è in aumento e richiede attenzione. I dati mostrano che l'Italia ha un alto tasso di mortalità e un impatto economico significativo a causa di questo problema.

Rispetto alla media europea, c'è ancora molta strada da fare per affrontare questa sfida. Il Piano Nazionale di contrasto all'Antibiotico Resistenza (PNCAR) è stato creato per affrontare questa situazione”.

“I tre pilastri fondamentali del PNCAR sono sorveglianza e monitoraggio, prevenzione e uso appropriato degli antibiotici. La sorveglianza e il monitoraggio sono essenziali per avere dati epidemiologici di alta qualità.

La prevenzione richiede attenzione e risorse significative, con esempi pratici riguardanti l'importanza della sorveglianza a lungo termine post-intervento. L'uso appropriato degli antibiotici è cruciale”.



“Per migliorare l'Infection Control, è fondamentale riconoscere gli ostacoli, tra cui aspetti culturali, di policy e strategie. In Italia, ci sono carenze di conoscenze e competenze nell'Infection Control. Le risorse disponibili per l'Infection Control devono essere utilizzate in modo efficace. L'investimento nella prevenzione è una priorità, con esempi concreti di carenze nell'area delle infezioni del sito chirurgico e della cultura dell'auditing”.

“Si sottolinea l'importanza del lavoro di squadra e del riconoscimento reciproco delle diverse professionalità. Ci sono evidenze che il lavoro di squadra e il coordinamento tra professionisti sono cruciali per migliorare l'Infection Control. Si invita alla collaborazione tra società scientifiche per sensibilizzare sul tema e ottenere un adeguato supporto politico”.

“Il relativo bias nei dati epidemiologici è riconosciuto e potrebbe essere dovuto a diversi criteri di valutazione dei dati. In Italia, ci sono differenze nella registrazione e valutazione dei dati tra le regioni, il che può contribuire alla variazione nei dati epidemiologici. La mancanza di un sistema di sorveglianza nazionale ha portato a una raccolta dei dati non uniforme e forse sottostimata”.

“Si enfatizza nuovamente l'importanza del lavoro di squadra e la necessità di affrontare le carenze culturali e di risorse nell'Infection Control. La sorveglianza deve essere migliorata per rendere il problema più tangibile e ottenere dati più accurati. Ciò richiederà sforzi congiunti per affrontare il problema delle infezioni correlate all'assistenza”.

Mauro Pistello, Professore di Microbiologia Chimica, Dipartimento di ricerca traslazionale Università di Pisa, Vicepresidente SIM

“Abbiamo puntato molto sulla tempestività della diagnosi, tanto è vero che, anche sfruttando l'esperienza con il COVID-19, abbiamo avviato un regime di servizio 24 ore su 24. Ad esempio, ho lavorato di notte recentemente, e oltre a gestire le urgenze, effettuiamo almeno tre passaggi notturni ben definiti per prelevare campioni di emocolture positivi, identificare il patogeno e notificare i risultati 24 ore al giorno. Questo consente ai clinici di avviare rapidamente terapie mirate”.

“Abbiamo ottenuto notevoli risultati, riducendo i costi e le complicanze nei pazienti, soprattutto quelli gravi e fragili ricoverati in terapie intensive. Questo modello si sta espandendo in altre aziende ospedaliere toscane, come Careggi e Siena”.



“Un obiettivo a medio e lungo termine è sviluppare una rete territoriale di presidi molecolari. Test molecolari possono individuare rapidamente il patogeno e la sua resistenza, e possono essere effettuati ovunque, persino a casa del paziente. Questo ridurrebbe i costi di trasporto dei campioni al presidio ospedaliero e migliorerebbe i tempi diagnostici, enfatizzando nuovamente la tempestività e l'appropriatezza del trattamento”.

“Per quanto riguarda la prescrizione di nuovi antibiotici, siamo consapevoli che solo il 50% delle infezioni è prevenibile. La prescrizione di antibiotici è sotto la supervisione di infettivologi, ma non sono disponibili in tutti gli ospedali. Al di fuori dell'ospedale, come nelle RSA, è necessaria una rete di consultazione 24/7 con gli infettivologi, consentendo la prescrizione appropriata”.

“Per quanto riguarda l'accesso a nuovi antibiotici, la distribuzione è centralizzata, ma i servizi 24/7 sono attivi negli ospedali, quindi è possibile ottenere nuovi antibiotici anche di notte. Tuttavia, l'uso di antibiotici costosi tende a essere disincentivato, ma ci sono diversi livelli per la prescrizione”.

“Per quanto riguarda il futuro nell'affrontare l'antimicrobico resistenza, il Piano Nazionale contro l'Antimicrobico Resistenza prevede finanziamenti significativi. È essenziale garantire che questi soldi siano utilizzati in modo appropriato, potenziando la cultura dell'antisepsi, la diagnostica e la prescrizione antibiotica. Un approccio multidisciplinare è fondamentale per migliorare l'efficienza dell'intera filiera”.

“Riguardo ai test di identificazione diagnostica e di antimicrobico resistenza, ci sono progressi significativi nel mercato. Sono semplici da eseguire e in crescita, consentendo una rapida identificazione del patogeno e delle resistenze. Questi test possono essere utilizzati in vari contesti, con refertazione centralizzata e possibilità di esecuzione da remoto. Le grandi aziende stanno investendo in questa diagnostica rapida e centralizzata, che si sta espandendo in tutto il mondo”.

Lolita Sasset, Dirigente medico Malattie infettive AOU Padova

“Vi porto qualche dato aggiornato del WHO in termini di dati epidemiologici. Come potete vedere, sia a livello globale che in Italia, dopo l'introduzione e la diffusione del vaccino, l'epidemia di COVID è crollata. Tanto che, come sapete, dall'aprile di quest'anno, l'OMS ha dichiarato terminata l'emergenza sanitaria”.



“Questi sono i dati dell'Istituto Superiore di Sanità della settimana scorsa. Nella settimana dal 7 al 13 settembre, ci sono stati un aumento del 44% di casi in più, nuovi decessi più del 5.3%, tassi di positività in aumento rispetto alla settimana scorsa e anche un numero di pazienti ricoverati nelle terapie intensive che sono risultati aumentati di quasi il 20%”.

“Questo aumento è dovuto alla prevalenza della nuova variante Eris, che è stata rilevata dall'OMS nel luglio di quest'anno. Per il suo vantaggio di crescita e le proprietà di fuga immunitaria, è diventata prevalentemente presente anche nel nostro paese. Non sono stati segnalati al momento cambiamenti nella gravità della malattia”.

“L'infezione da COVID ha uno spettro clinico ampio, da asintomatica a patologia lieve o severa. Il rischio di severità dell'infezione dipende da vari fattori, tra cui età, comorbidità, stato vaccinale e immunodepressione. L'età è un fattore di rischio significativo. L'età rappresenta il fattore di rischio più importante per lo sviluppo di un COVID-19 severo e di mortalità, con un aumento del rischio all'aumentare dell'età”.

“Il rischio aumenta anche in base al numero di comorbidità presenti. Alcune condizioni cliniche meno note possono aumentare il rischio di malattia severa, come obesità, patologie psichiatriche, gravidanza e altre.

Le popolazioni di pazienti immunocompromessi, tra cui quelli con tumori, trapianto di organi o cellule staminali, immunodeficienze primarie e pazienti in terapia immunosoppressiva, hanno un rischio maggiore di sviluppare COVID severo. Non tutta l'immunosoppressione ha lo stesso peso nello sviluppo del COVID, ma le immunodeficienze primitive, le malattie oncoematologiche e i pazienti trapiantati sono tra i più a rischio”.

TAVOLO DI LAVORO 1

Come sta cambiando il mondo della ricerca e dell'industria, l'esempio di beigene

Chiara Cernetti, Beigene Market Access Director Italy and Balkans · BeiGene

La missione dell'azienda che stiamo rappresentando oggi con grande onore è una biotech che ha da poco fatto il suo ingresso nel mercato italiano. La dottoressa Claudia Rigamonti è stata la prima dipendente di BeiGene in Italia, nel 2020.



Questa è una pietra miliare nella storia dell'azienda, e voglio condividerne brevemente la storia, non tanto per appesantire le vostre menti, ma perché la storia è essenzialmente la missione stessa dell'azienda.

BeiGene è una biotech fondata di recente da due giovani imprenditori visionari che ambiscono a rendere possibile ciò che sembrerebbe impossibile: combattere il cancro e portare terapie innovative ai pazienti in tutto il mondo il più rapidamente possibile.

La storia di BeiGene è alimentata dalla storia dei suoi fondatori, il dottor John Oyler e il dottor Wang. Il dottor Oyler, un imprenditore, e il dottor Wang, un rinomato ricercatore e capo dell'Istituto di Ricerca delle Scienze Biologiche di Pechino, hanno unito le loro conoscenze e risorse per fondare l'azienda nel 2010.

Questo è stato scatenato da un evento personale, la perdita di un caro amico a causa di una malattia oncologica. Partendo da zero e investendo i propri fondi, hanno iniziato questa azienda con l'ambizione globale di trasformare la lotta contro il cancro.

BeiGene si basa su due caratteristiche principali. Primo, la scienza è il suo motore principale e viene sostenuta da una ricerca di alto livello. Secondo, l'azienda copre l'intera filiera, dalla produzione alla commercializzazione e distribuzione, garantendo un accesso rapido ed economico alle terapie innovative.

Questo è possibile grazie all'internalizzazione di tutti questi processi e all'integrazione. Inoltre, la velocità è un tema centrale nell'azienda, non solo nella ricerca e sviluppo, ma anche nell'espansione globale. Da un team di nove persone nel 2010, oggi siamo oltre 10.000 dipendenti in tutto il mondo, incluso un team italiano guidato dalla dottoressa Rigamonti e il dottor Sartori.

L'approccio di BeiGene è centrato sul paziente e si riflette nel motto "il cancro non ha confini." L'azienda sviluppa farmaci innovativi ma si impegna anche a rendere accessibili queste terapie nei tempi più brevi possibili, sostenendo i sistemi sanitari di tutti i paesi, compresi quelli con risorse limitate. Questo approccio mette il paziente al centro di tutto ciò che facciamo.

Inoltre, la ricerca e la scienza guidano BeiGene, e queste tematiche verranno dettagliate dalla dottoressa Rigamonti. Apprezziamo l'opportunità di condividere queste informazioni e di comunicare i progressi nelle terapie oncologiche. Abbiamo iniziato con un tutorial dedicato al cancro dell'esofago e al morbo di Westrom, e abbiamo continuato con approfondimenti su tematiche specifiche. Siamo qui per condividere ulteriori dettagli e aggiornamenti.



Claudia Rigamonti, Country Medical Director BeiGene Italy

Per valutare BeiGene, è importante tenere a mente due aspetti principali. Il primo riguarda la volontà di portare farmaci innovativi a un numero sempre più ampio di pazienti in tutto il mondo, indipendentemente dalla loro geografia. Il secondo riguarda la mancanza di confini, perché, proprio come il cancro non ha confini, BeiGene non ne ha. Questi due punti sono fondamentali per interpretare tutto ciò che accade all'interno dell'azienda.

Il concetto di "non avere confini" è rappresentato anche dai nostri oltre 10.000 dipendenti. Quando sono entrata nell'azienda il 1° maggio 2020, eravamo solo 2.000. In soli 3 anni, nonostante le sfide legate al COVID, siamo cresciuti in modo esponenziale. Ora BeiGene ha oltre 40 uffici in tutto il mondo, su cinque continenti. L'importante è che non abbiamo un vero e proprio quartier generale. Ogni regione geografica ha le proprie peculiarità, ma l'azienda è guidata da una filosofia di non limitare l'accesso alle cure per nessun paziente.

Il focus su "non avere confini" si estende anche alla nostra integrazione aziendale. Attualmente, 10.000 ricercatori lavorano in Cina in due centri di ricerca, gestendo più di 60 programmi clinici per lo sviluppo di farmaci innovativi. Inoltre, abbiamo costruito centri di produzione, uno per le piccole molecole e uno per gli anticorpi monoclonali.

Un nuovo sito di ricerca e produzione a New Jersey è in costruzione, e speriamo che ne arrivi uno anche in Europa. Collaboriamo con oltre 20 aziende in un'ampia rete di partnership per sviluppare nuovi asset e affrontare l'80% di tutti i tumori a livello mondiale, dalle patologie ematologiche ai tumori solidi e alle patologie di immuno-infiammazione.

Negli ultimi 13 anni, BeiGene ha messo in sviluppo clinico 16 molecole, tre delle quali sono già commercializzate. L'obiettivo dell'azienda è mettere in sviluppo clinico 10 nuove molecole all'anno a partire dal 2024. Questa non è solo una promessa, ma una realtà, grazie alla ricca pipeline di nuove piattaforme che stanno già avanzando nello sviluppo clinico, come molecole bispecifiche, trispecifiche, SIDAC, ADC e terapie avanzate.

Ora, passando alle molecole specifiche, voglio parlare di Zanubrutinib. Abbiamo iniziato a sviluppare Zanubrutinib nel 2014, con particolare attenzione alle patologie linfoproliferative rare, come il linfoma della zona marginale, il linfoma delle cellule del mantello e altri linfomi. Nel 45 trial clinici che coinvolgono oltre 4.900 pazienti, Zanubrutinib si è dimostrato efficace e sicuro, superando gli standard esistenti. Attualmente, ha più di 65 indicazioni in tutto il mondo.



L'altra molecola di cui desidero parlare è Tislelizumab, un anti-PD-1. Questo farmaco è stato sviluppato per il carcinoma polmonare e l'esofago. Nel carcinoma polmonare, è stato testato sia nei pazienti con elevata espressione di PD-1 che in quelli con scarsa espressione di PD-1. Al momento, è registrato in Europa e ha appena ottenuto la prima indicazione per il tumore dell'esofago in seconda linea.

Siamo focalizzati su molte altre patologie, tra cui quelle ginecologiche, il tumore al seno, il tumore gastrico, il tumore testa-collo, con particolare attenzione all'area nasofaringea e al colon. Il nostro impegno è portare farmaci innovativi in nuove indicazioni e trattare patologie con un reale bisogno medico.

Mario Aioldi, Direttore SC Oncologia Medica 2 AOU Città della Salute e della Scienza di Torino e Coordinatore Area Ospedaliera Rete Oncologica Piemonte

"Sono un medico che lavora in provincia e desidero sottolineare l'importanza di garantire l'accesso del paziente a percorsi diagnostici e terapeutici di qualità, anche al di fuori dei grandi centri. Nel mio territorio, la rete oncologica Veneta ci consente di collaborare tra diversi presidi e con istituti specializzati per garantire al paziente la stessa qualità di cura che riceverebbe in un centro più grande".

"Lavoriamo insieme per consentire ai pazienti l'accesso alle migliori cure diagnostiche e terapeutiche e, quando possibile, anche ai trial clinici. La centralità del paziente guida le nostre azioni, e siamo motivati a migliorare costantemente l'assistenza oncologica nel nostro territorio."

Linda Nicolardi, Dirigente Medico Oncologo ULSS 6 Euganea

"Siamo sempre più impegnati in un ambiente crescentemente complesso e specifico per valutare e attuare ciò che è necessario. Non ci concentriamo più solo sull'efficacia dei farmaci, ma anche sull'efficacia delle nuove tecnologie, come la medicina nucleare e altre tecnologie. La ricerca clinico-scientifica oggi si basa su diagnosi e terapie con target specifici e biologia molecolare specifica".



"Oltre all'approvazione di EMA, AIFA e regioni, c'è la necessità di mettere a punto complessi processi organizzativi e diagnostici. Questo rappresenta un ulteriore impegno che richiede la collaborazione delle aziende sanitarie e delle regioni.

Lavoriamo duramente per fornire l'accesso alle terapie che dimostrano di essere efficaci e di fare la differenza nella sopravvivenza e nella qualità della vita dei pazienti."

Valentina Solfrini, Responsabile HTA e Sviluppo Innovazione Staff DG AOU Modena e Coordinatore politiche del farmaco AUSL Modena

"L'innovazione riguardante le evidenze sull'efficacia dei trattamenti è essenziale. Negli ultimi anni, molte cose sono cambiate, e ciò include l'approccio all'oncologia. Le decisioni terapeutiche non si basano più esclusivamente sui risultati dei trial clinici di fase 3 o su altri elementi.

Oggi dobbiamo concentrare i nostri sforzi non solo sull'approvazione da parte dell'EMA e delle commissioni regionali, ma anche sull'efficacia pratica e sulla rapidità del processo.

Oltre all'efficacia dei farmaci, dobbiamo considerare l'efficacia di nuove tecnologie, come la medicina nucleare e altre modalità di trattamento, sia chimiche che basate su tecnologie.

La ricerca clinico-scientifica si basa sempre di più su diagnosi e terapie mirate, con genetica e biologia molecolare specifiche.

Questo richiede una riorganizzazione completa delle aziende sanitarie, comprese le procedure diagnostiche, che devono essere aggiornate rapidamente.

Il nostro obiettivo è rendere più rapida e coerente la disponibilità di terapie che dimostrano di fare la differenza nella sopravvivenza e nella qualità di vita dei pazienti. Lavoro impegnativo attende sia le regioni che le aziende sanitarie."



PROGRAMMA 2° GIORNATA: Pomeriggio

2° SESSIONE PARALLELA

TAVOLO DI LAVORO 2

Percorso vaccinale: herpes zoster, pneumococco, influenza

Discussant

Maurizio Cancian, Segretario Regionale SIMG Veneto

“Il buon livello di integrazione tra medicina generale, servizi di igiene, distretti, e altri attori è un notevole sforzo organizzativo. Questo impegna i medici che lavorano in modo indipendente e richiede una gestione accurata degli orari e delle convocazioni dei pazienti. In una medicina di gruppo integrata con 10 medici che assistono circa 17.000 persone, l'organizzazione ha portato a un incremento progressivo nelle percentuali di vaccinazione degli anziani”.

Efficienza nell'Organizzazione delle Vaccinazioni:

“La possibilità di lavorare come team con segretariato e infermieri ha migliorato l'efficienza. L'utilizzo di spazi adiacenti, come il punto prelievi della US, ha consentito una vaccinazione estesa dalle 10 del mattino alle 7 di sera, rendendo il servizio più accessibile per gli anziani”.

Strategie di Comunicazione e Incremento della Vaccinazione:

“Strategie di comunicazione, come mostrare le foto dei medici vaccinati, hanno contribuito a un aumento significativo nelle percentuali di vaccinazione. L'introduzione di avvisi tramite SMS ha migliorato l'adesione, ma ha anche posto sfide alla segreteria a causa del maggior numero di chiamate”.

Digitalizzazione e Schede Vaccinali:

“La digitalizzazione delle schede vaccinali e l'integrazione con il Fascicolo Sanitario Elettronico potrebbero migliorare notevolmente il monitoraggio e la gestione delle vaccinazioni. Attualmente, la mancanza di accesso diretto alle schede vaccinali rappresenta una criticità. La possibilità di inviare promemoria tramite una nuova piattaforma con prenotazioni online potrebbe alleviare la pressione sulla segreteria”.



Sfide e Prospettive Future:

“Nonostante i risultati positivi, le risorse e la digitalizzazione rimangono sfide critiche. La proposta di investire in strutture sanitarie per migliorare le condizioni di lavoro dei medici è interessante, ma richiederà un approccio integrato con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). La digitalizzazione potrebbe essere la chiave per migliorare l'organizzazione, l'aderenza e la gestione complessiva delle vaccinazioni”.

Lorena Gottardello, Direttore UOS Malattie infettive e Vaccinazioni Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, ULSS 6 Euganea

“Vorrei chiarire che la struttura organizzativa in cui lavoro è presente in altre 71 medicine di gruppo integrate nel Veneto. Questa struttura assiste mediamente il 25% della popolazione. Il Veneto è particolare perché, anni fa, aveva lasciato molta libertà di scelta anche per i vaccini pediatrici. La cultura vaccinale è sempre stata presente, e le aziende sanitarie del Veneto seguono le indicazioni regionali e nazionali.

Abbiamo obiettivi chiari nelle campagne vaccinali. È importante fissare obiettivi misurabili e stabilire una tempistica realistica per raggiungerli. Ad esempio, con la campagna per il meningococco B, abbiamo programmato di vaccinare fino al 2025.

Le risorse sono cruciali, non solo in termini di personale, ma anche per l'acquisto dei vaccini. La tempistica e le risorse dovrebbero essere valutate attentamente, considerando le sfide e le opportunità.

Ruolo dei Medici di Medicina Generale:

I medici di medicina generale giocano un ruolo fondamentale nelle campagne vaccinali. Nel Veneto, sono responsabili dell'80% delle vaccinazioni antinfluenzali da oltre 20 anni. Questo successo è un valore aggiunto, e la collaborazione con i medici di medicina generale è essenziale.

Anche i pediatri sono attivi, specialmente con la vaccinazione COVID nei bambini. La collaborazione è stata positiva, e l'adesione è stata promossa attraverso patti che promuovono le vaccinazioni.



Distribuzione dei Vaccini:

“La distribuzione dei vaccini ai medici di medicina generale è stata organizzata per favorire l'adesione. La consegna diretta nei loro ambulatori semplifica il processo e contribuisce al raggiungimento degli obiettivi. Un lavoro attento sulla distribuzione è cruciale, e la registrazione accurata di tutte le vaccinazioni è stata implementata”.

“Inoltre, quest'anno stiamo esplorando nuove iniziative, come la distribuzione dei vaccini per le categorie fragili e i domiciliari, su proposta dei medici di medicina generale. L'obiettivo è ampliare l'adesione e facilitare l'accesso ai vaccini.”

Paolo Lubrano, Pediatra di libera scelta, Distretto del Codroipese

“A livello informatico, alcune regioni, come il Friuli-Venezia Giulia, hanno implementato sistemi che consentono la registrazione diretta dei vaccini nel portale regionale, semplificando il processo. Tuttavia, possono sorgere problemi informatici, il cui dettaglio potrebbe richiedere ulteriori approfondimenti”.

Scelta dei Vaccini più Efficaci:

“È fondamentale utilizzare i vaccini più efficaci disponibili. Ad esempio, per lo zoster, esiste una differenza tra le regioni, con alcune che offrono il vaccino solo in determinate circostanze. L'importanza di offrire vaccinazioni opportune, anche oltre i 60-65 anni, è sottolineata per prevenire malattie gravi”.

Vaccinazione Antinfluenzale:

“La vaccinazione antinfluenzale nei bambini è stata un punto di discussione, con l'Italia che ha introdotto la vaccinazione per i bambini dai 6 mesi ai 6 anni nel 2020. La vaccinazione antinfluenzale è cruciale per ridurre la circolazione virale, specialmente nelle fasce di popolazione più vulnerabili”.

Ruolo Centrale dei Medici e delle Pediatri:

“Il coinvolgimento diretto dei medici, come i pediatri, è essenziale nella promozione della vaccinazione. L'esempio della vaccinazione contro l'HPV evidenzia come la pandemia abbia causato ritardi e una minore accettazione. La fobia post-COVID può influire, e l'approccio diretto del medico può mitigare questa resistenza”.



Vaccinazione in Gravidanza e Antipertosse:

“La vaccinazione antinfluenzale in gravidanza è importante per proteggere la puerpera e il neonato. L'uso dei vaccini antipertosse è consigliato, ma non sempre praticato uniformemente in tutte le sedi mediche. La prospettiva futura si sposta verso l'immunizzazione dei neonati, includendo l'uso di anticorpi monoclonali per prevenire la bronchiolite da virus respiratorio sinciziale”.

Dal Concetto di Vaccinazione a Immunizzazione:

“Il futuro del settore sembra orientarsi non solo verso la vaccinazione, ma anche verso l'immunizzazione, con l'introduzione di nuovi approcci, come gli anticorpi monoclonali. Si nota un cambiamento verso l'adozione di strategie più ampie per la prevenzione delle malattie infettive”.

Michele Tonon, Dirigente Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria, Regione del Veneto

“Mi occupo a livello della Direzione Prevenzione della Regione Veneto del coordinamento delle politiche vaccinali e del controllo delle malattie nella regione. Recentemente, abbiamo aggiornato il calendario vaccinale in collaborazione con la Commissione Regionale Vaccini. È stato un lavoro in corso per un anno, e l'aggiornamento è avvenuto in seguito al nuovo piano nazionale di prevenzione vaccinale”.

“Concentrandomi sulla vaccinazione dell'anziano, la regione Veneto ha storicamente iniziato con un focus sulla fascia dei sessantacinquenni. Abbiamo offerto vaccinazioni contro pneumococco e successivamente ampliato l'offerta con il vaccino contro lo Zoster dal 2017. Questa iniziativa coinvolge una chiamata attiva e la verifica dello stato vaccinale degli anziani. La regione promuove anche il richiamo del vaccino RID tetano per tosse, offrendo un'occasione di controllo dell'antitetanica”.

Collaborazione con Medici di Medicina Generale:

“La collaborazione con i medici di medicina generale è essenziale per le campagne vaccinali di popolazione. Lavoriamo costantemente sull'invito attivo e la verifica dello stato vaccinale, integrando queste attività con altre modalità. Il ruolo dei medici nella consulenza è fondamentale, poiché il tema delle vaccinazioni va oltre l'esecuzione e richiede un approccio più ampio”.



Governance e Coordinamento:

“I servizi di Igiene e Sanità Pubblica giocano un ruolo cruciale nella governance e nel coordinamento delle attività vaccinali. Ciò contribuisce al raggiungimento degli obiettivi di copertura, anche se talvolta gli obiettivi possono risultare ambiziosi. Riconosciamo la necessità di vedere il progresso come un percorso graduale e realistico, piuttosto che focalizzarsi solo sugli obiettivi massimi”.

Operatività nelle Vaccinazioni:

La cosomministrazione di diversi vaccini è un'opportunità per rafforzare le coperture vaccinali e garantire una protezione tempestiva. Nel bambino, ad esempio, si abbinano diversi vaccini, e lo stesso può essere fatto nell'adulto. Salvo specifiche situazioni, non ci sono limiti teorici al numero di vaccini che possono essere co-somministrati, ma l'accettabilità dell'utente è un fattore pratico da considerare.

Riflessione Finale:

“Stiamo affrontando alcune difficoltà aggiuntive nell'adesione alle vaccinazioni rispetto all'anno precedente, forse dovute al periodo post-acuto della campagna vaccinale COVID-19. È importante affrontare queste sfide e continuare a lavorare verso gli obiettivi di copertura, considerando l'importanza della consulenza e della collaborazione tra attori coinvolti nelle vaccinazioni”.

Stefano Vianello, Direttore Funzione Territoriale ULSS 3 Venezia e componente della cabina di regia del PNC e presidente CARD Veneto

“Lavoro in un distretto con 270.000 abitanti, una volta una USL, con circa 150 medici e una quarantina di pediatri. Nel nostro distretto, l'anno scorso abbiamo sperimentato il vaccino somministrato per via nasale, con la collaborazione dei pediatri. Nel Veneto, si è valutata l'assegnazione della vaccinazione ai pediatri, ma, dopo calcoli di costo, si è mantenuta la realtà esistente”.

Sfide Economiche e Strumenti Limitati:

“Le aziende hanno strumenti modesti oltre alla formazione, che è fondamentale. La contrattazione di terzo livello vale relativamente poco (€43 per assistito). Nonostante gli sforzi formativi, il feedback vaccinale al medico è essenziale, ma la leva economica è limitata. La distribuzione delle percentuali vaccinali nei distretti varia notevolmente”.



Feedback, Formazione e Collaborazione:

“Feedback e formazione sono fondamentali. Nel mio distretto, abbiamo investito in formazione, in particolare sulla specializzazione e sulle vaccinazioni. Collaboriamo strettamente con il dipartimento, ma strumenti e incentivi economici sono limitati”.

Vaccinazioni nell'Anziano e Problematiche di Efficienza:

“La vaccinazione negli anziani è problematica. La proposta di concentrarsi sulla classe del 65 anni è considerata inefficace. Abbiamo cercato di coinvolgere i medici di medicina generale a Padova, offrendo loro vaccini, ma non abbiamo avuto grandi successi”.

Sfide Temporalì e Organizzative:

“Il tempo è una sfida. La medicina generale più organizzata ha più successo nell'offerta e nel counseling vaccinale. Nonostante la possibilità di prenotare le vaccinazioni online durante la campagna COVID, il fattore tempo rimane una sfida”.

Esperienze dalla Campagna COVID:

“La campagna COVID ha insegnato molto. Grazie alla medicina generale, abbiamo vaccinato a domicilio un alto numero di soggetti fragili. La collaborazione è stata eccellente, ma alcuni medici potrebbero aver partecipato di più alla campagna domiciliare”.

TAVOLO DI LAVORO 3

Piano nazionale malattie rare (pnmr)

- Indicatore monitoraggio Tempo dalla diagnosi
- Accessibilità ed equità rete assistenziale (rete regionale e rete ERN)
- Indicatore monitoraggio Tempo Accesso alle terapie
- N° PDTA condivisi con monitoraggio annuale sull'attuazione (% applicazione su popolazione eleggibile)
- Indicatore valutazione efficacia presa in carico (ore dedicate assistenza e personale dedicato)
- Indicatori efficacia comunicazione/referral tra centri Hub & Spoke



Paola Facchin, Responsabile del Coordinamento Malattie Rare Regione del Veneto

“Allora, per quanto riguarda la prima parte, facciamo un aggiornamento su dove siamo. È giusto quanto ha detto il Dottor Poonia. Ciò su cui siamo d'accordo nella Conferenza Stato-Regioni alla fine di maggio riguarda due importanti atti attuativi previsti dalla legge. Tuttavia, il Ministero ha deciso di mantenerli nella forma di accordi anziché trasformarli in decreti. Questi due atti sono molto significativi”.

“Il primo è il Piano Nazionale, che rappresenta una revisione del nostro piano nazionale precedente. Il secondo è il decreto di riordino della rete, che è essenziale poiché fornisce una base organizzativa omogenea su cui costruire. Il Comitato Nazionale Malattie Rare, al quale partecipo, è stato convocato in via d'urgenza il 1° agosto per definire la struttura operativa per l'attuazione di questi accordi, compresa la distribuzione dei finanziamenti”.

“Prima di tutto, è importante sottolineare che questi 25 milioni di euro non rappresentano fondi aggiuntivi. Sono parte del finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ovvero l'1% dei progetti del Sistema Sanitario.

Se le regioni non attuano quanto stabilito negli accordi, il Ministero può decurtare questa quota dai finanziamenti LEA. Pertanto, non si tratta di finanziamenti extra. È essenziale che le regioni seguano le direttive per garantire tali fondi”.

“Abbiamo un'urgente scadenza entro la quale dobbiamo attuare quanto stabilito dagli accordi, e questa scadenza è il 31 dicembre. Le regioni devono presentare un resoconto delle azioni compiute, e in base a questo, verrà confermata la suddivisione dei primi 25 milioni in base a quote regionali, allo stesso modo dei finanziamenti LEA. Questo significa che dobbiamo completare in tre mesi ciò che normalmente richiederebbe un anno intero”.

“Ci sono alcune disposizioni fondamentali contenute in questi accordi che le regioni dovranno seguire. Inoltre, verranno definite molte attività formali, tra cui deliberazioni, decreti, circolari, e altro ancora. Questi atti saranno necessari per ristrutturare completamente la rete delle malattie rare secondo criteri omogenei e uniformi”.

“È importante sottolineare alcuni punti chiave di questi accordi. Prima di tutto, la rete italiana delle malattie rare è composta da una serie di reti regionali o interregionali. È una sommatoria di queste reti, e alcune caratteristiche di queste reti saranno dettagliate nel documento”.



“Un elemento essenziale sono i Centri di Riferimento, che erano precedentemente noti come Centri di Eccellenza. Questi centri devono avere più Unità Operative all'interno di essi, promuovendo l'interprofessionalità e l'interdisciplinarietà. Questa struttura deve essere in grado di offrire una gamma completa di servizi per affrontare le diverse esigenze dei pazienti, includendo sia servizi pediatrici che per gli adulti. Tutto questo richiede un'organizzazione interna efficace e complessa”.

“Inoltre, il coordinamento tra i centri deve garantire che tutte le azioni esterne, inclusi i piani assistenziali, siano coerenti e complessi, senza la necessità di passare il paziente da uno specialista all'altro. Questo rappresenta un cambiamento significativo nell'organizzazione dei servizi”.

“Infine, vi è una definizione chiara dei Centri di Eccellenza, che seguono criteri europei e collaborano con i Centri di Riferimento regionali. Si sottolinea che esiste una sola rete, composta da questi due livelli di competenza, e il successo di questo sistema dipende dalla capacità di coordinare le attività tra di loro e con il resto del sistema sanitario e sociale”.

“Questi sono cambiamenti importanti e sfidanti che richiederanno un'azione coordinata di tutte le regioni per essere attuati”.

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

“Emerge la necessità di un vasto lavoro politico da svolgere in tempi molto stretti. Condivido quanto ha affermato la Dott.ssa Paola. Però, se vogliamo essere concreti, dobbiamo parlare dell'Europa.

Credo che sia necessario - e lo dico in qualità di curatore della febbre - che tutto ciò diventi parte integrante della cultura dei medici, dei tecnici e delle persone coinvolte alla base. Spero che non debba essere solo un mio desiderio”.

“Mi scuso per le interruzioni. Voglio sottolineare l'importanza di un approccio pragmatico. Uno dei punti cruciali è la necessità di inculturare i tecnici, i curatori della febbre e il personale sanitario di base.



Questo richiede un processo bottom-up che si intrecci con le direttive dall'alto, poiché entrambi sono essenziali. Senza una cultura diffusa tra coloro che si occupano direttamente dei pazienti, le leggi e le direttive rischiano di non essere applicate”.

“Nonostante se ne parli molto, manca ancora una cultura diffusa riguardo alle sfide legate alle malattie rare a livello della base. Mentre abbiamo leggi quadro solide e risorse adeguate, manca qualcosa.

Abbiamo la volontà di lavorare con rapidità, ma dobbiamo fare in modo che le persone coinvolte acquisiscano una comprensione completa delle sfide. La formazione e l'informazione sono cruciali in questo processo”.

“Ora voglio concentrarmi sulla diagnostica, che rappresenta una questione cruciale. Gran parte della diagnostica si basa su quello che oggi chiamiamo la genomica clinica. È importante notare che ciò richiede investimenti e una collaborazione pubblico-privata.

Inoltre, ci sono sfide legate all'interpretazione dei dati genomici, e questo richiede la creazione di squadre interdisciplinari di genetisti clinici. La cooperazione tra il settore pubblico e l'industria potrebbe contribuire a gestire questa sfida e a garantire il progresso nelle diagnosi e nella ricerca”.

“In generale, la partita delle malattie rare si sta giocando a livello europeo. L'Europa sta offrendo opportunità di finanziamento per iniziative sanitarie, e questo ci pone di fronte a sfide significative e opportunità di crescita.

Gli European Reference Network rappresentano una prova di concetto della cooperazione tra gli Stati membri in materia di salute, e potrebbero diventare un modello per la cooperazione internazionale”.

“Infine, l'interoperabilità dei sistemi, inclusi i registri, è una sfida fondamentale. Dobbiamo essere in grado di condividere dati in modo efficace e collaborativo, soprattutto in un contesto di sanità digitale. È essenziale per la programmazione della sanità pubblica e privata. Inoltre, il settore sanitario si sta rapidamente digitalizzando, e dobbiamo affrontare questa sfida”



Elisa Rozzi, Centro Coordinamento Malattie Rare Emilia-Romagna

“Iniziamo con una provocazione che non vuole essere polemica, ma costruttiva. Si è discusso della criticità legata al fatto che le regioni italiane hanno modelli di assistenza diversi. Se le regioni avessero limitato la loro attività dal 2000 in poi all'osservanza dei livelli essenziali di assistenza previsti a livello nazionale, dove saremmo ora?”

Non tutti sanno che le regioni non solo non hanno ridotto i finanziamenti nazionali, ma hanno aggiunto finanziamenti regionali significativi, specialmente per le malattie rare. La normativa nazionale del 2001 era limitata, e le regioni hanno fatto integrazioni necessarie per affrontare le sfide delle malattie rare”.

“È giusto valutare positivamente il ruolo delle regioni come luoghi di sperimentazione virtuosa. Hanno avviato progetti pilota, spesso riusciti, prima di essere estesi a livello nazionale.

La regione Toscana, Liguria, Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto, e altre, hanno svolto ricerche importanti. Ma essere diverse non significa essere inique. Il focus dovrebbe essere sulla qualità dell'assistenza e sulla garanzia dei diritti dei pazienti, non necessariamente sull'uniformità dei modelli”.

“Non è una soluzione valida valutare le regioni in base al numero di Piani Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) inviati al ministero. Gli indicatori dovrebbero essere rivisti e adattati alla situazione, poiché potrebbero non riflettere adeguatamente l'attività delle regioni.

I PDTA richiedono un approccio multidisciplinare e partecipativo e non dovrebbero essere un mero esercizio di documentazione. Inoltre, la periodicità dei piani e delle valutazioni dovrebbe essere realistica, in modo da non costringere le regioni a un inutile adempimento formale”.

“La normativa nazionale dovrebbe essere adattata alle realtà regionali, evitando di imporre obblighi irrealistici e di accusare le regioni di inadempienza. Dovremmo invece vedere il contributo delle regioni come un'opportunità per affrontare le sfide delle malattie rare in modo efficace e flessibile”.



Rita Treglia, Segretario Nazionale UNIAMO Federazione italiana Malattie Rare, Presidente Associazione Nazionale Angioma Cavernoso Cerebrale ANACC

"Ora, affrontando il problema attuale dei tempi stretti, dovremmo interloquire con la parte politica per richiedere delle proroghe, perché 3 mesi non sono fattibili. Questa volontà parte dal basso, ma a volte la parte politica accelera senza coinvolgere i tecnici. Questo può portare a normative che non sono realistiche, come il piano entro un anno invece di tre."

"Ma voglio rimanere positiva. Voglio vedere il lato positivo. La politica ha voluto aiutare e istruire. Hanno visto il fondo, ma forse hanno commesso un errore riducendo il periodo di attuazione del piano da tre anni a uno. Potrebbe essere un errore che verrà corretto. Voglio rimanere ottimista."

"Quando si tratta delle soluzioni, sono presenti. Il Piano Nazionale sulle malattie rare è stato sviluppato con un approccio multidisciplinare. Abbiamo ricevuto invidia dall'Europa, perché molti altri Stati membri non hanno ciò che abbiamo. Ma i nostri indicatori e le normative devono essere adattati alla situazione italiana e non dovrebbero mettere in secondo piano gli interessi delle persone in Italia."

"Per quanto riguarda uniamo, collaboriamo con le istituzioni regionali e i centri di coordinamento. Il nono rapporto ci fornisce una panoramica della situazione delle persone con malattie rare in Italia. L'indagine si concentra sulla parte assistenziale, poiché il malato raro spesso deve viaggiare tra diversi 'silos'."

"La rete delle malattie rare funziona bene, ma ci sono sfide nel collegare i diversi settori, come l'assistenza e le comorbidità. Vogliamo promuovere l'interoperabilità tra questi silos per garantire un servizio completo."

"Valutare una persona con malattia rara sulla base del numero di PDTA non è sufficiente. Dovremmo guardare al territorio, a cosa accade a casa delle persone. L'indicatore deve riflettere il funzionamento complessivo dell'assistenza e non può essere l'unico parametro rilevante. Questo è ciò che realmente conta."



Interviene

Roberto Ciambetti, Presidente Consiglio Regionale Veneto

Con giornate così intense, cercherò di spiegare come da politico queste vostre riflessioni si pongono davanti a chi deve decidere e legiferare in tema. Il sottotitolo della Decima edizione, già di per sé, richiama la responsabilità comune. Non c'è economia sostenibile senza salute, un concetto che mi permetto di dire che la Repubblica Veneta aveva capito molto bene.

Proprio quest'anno celebriamo i 600 anni dall'istituzione del primo Lazzaretto e quindi dall'isolamento dei contagiati. Venezia ha anche inventato le "fedi di sanità," un "green pass" ante litteram con cui si voleva difendere il territorio e la popolazione da viaggiatori e merci provenienti da Paesi in cui c'erano epidemie in corso.

Il monitoraggio sanitario con la stampa e la diffusione di oltre 6.000 copie di editti sulla situazione sanitaria del Mediterraneo e del Vicino Oriente è stato inviato a tutte le corti europee, anche a quelle nemiche o con le quali vi erano rapporti tesi. Questo dimostra che la salute veniva prima di eventuali rivalità e conflitti.

In questi giorni avete affrontato il tema delle malattie rare, una questione delicatissima. Se guardiamo al dato assoluto, circa 30 milioni di cittadini europei sono affetti da patologie cosiddette rare, il che rappresenta una popolazione equivalente all'intero Nord Italia o ai 2 milioni stimati nel nostro paese, che rappresentano circa un terzo della popolazione veneta o l'intera popolazione slovena.

Questo pone un problema etico, poiché dobbiamo dare una risposta a questi cittadini, soprattutto considerando che il 70% circa di loro è composto da bambini. La spesa sanitaria per farmaci orfani e la cura delle malattie rare rappresentava circa il 1,7% della spesa sanitaria complessiva prima della pandemia. Questa cifra dovrebbe essere sommata al costo sociale delle malattie rare, ovvero il peso che queste malattie comportano per i familiari e quanti si trovano a dover convivere con questi pazienti.

Oggi gli stanziamenti per la sanità e non solo in Italia sono inferiori a quelli precedenti alla pandemia, mentre la spesa militare è aumentata o raddoppiata in alcuni casi. È importante sottolineare che il benessere è garantito dalla salute e che non c'è economia sostenibile senza salute.



Inoltre, oltre alla salute, la sicurezza è essenziale per uno Stato, che deve difendersi dal crimine organizzato, dalle aggressioni straniere e dalle malattie rare. Pertanto, dobbiamo anche difenderci da queste malattie, sia rare che non. È possibile quadrare il cerchio quando le risorse economiche degli Stati sono limitate? Questa è la sfida, e ciò richiede scelte drammatiche e difficili.

La quadratura del cerchio, di cui parlava Ralf Dahrendorf più di 25 anni fa, rappresenta la difficile equazione tra benessere economico, tutela della salute, coesione sociale e libertà politica. Oggi, i segnali di un'involuzione sociale sono evidenti, e il pericolo per lo stato democratico basato su libertà, solidarietà e giustizia sociale è chiaro.

La lezione della pandemia sembra essere evaporata, e torniamo alla storia della Repubblica Veneziana, che dimostra come si possa ripopolare città devastate rilanciando l'economia e la società a partire dalla difesa della salute collettiva e dalla medicina preventiva.

PROGRAMMA 3° GIORNATA: Mattina **SESSIONE PLENARIA**

Saluti istituzionali

Sonia Viale

“Partendo dalla mia esperienza come assessore alla sanità della Regione Liguria, un momento cruciale è emerso nel 2015. In quel periodo, la Regione Liguria stava affrontando problemi finanziari significativi, compresi problemi di bilancio. Era anche un momento difficile per il sistema sanitario, dato l'emergere della pandemia di COVID-19.

Ho avuto la responsabilità di gestire la sanità dalla prospettiva politica in un momento così delicato, sia prima che durante la pandemia”.

“In effetti, è stato un periodo di discontinuità rispetto alla gestione tradizionale dei bilanci del sistema sanitario regionale. Oggi, le regioni affrontano nuove sfide e opportunità con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNR) incentrato sui sistemi sanitari. Tuttavia, guardando indietro al periodo precedente al COVID-19, ritengo che le regioni debbano assumersi la responsabilità nella gestione delle risorse”.



“La responsabilità è fondamentale e può consentire un uso più efficiente delle risorse, non solo attraverso i finanziamenti statali ma anche attraverso la tassazione regionale sui cittadini. Nel mio mandato, abbiamo cercato di avviare un processo virtuoso per ridurre il debito sanitario dalla cifra di circa 98 milioni di euro a 53 milioni di euro. Sebbene l'azzeramento sia stato completato nel mandato successivo, richiede un'analisi delle inefficienze e delle duplicazioni di strutture”.

“Una visione coerente di come l'assistenza sanitaria è fornita sul territorio è essenziale. La medicina del territorio svolge un ruolo cruciale nell'accesso del paziente alle cure. Ciò ha un impatto diretto sulla gestione delle risorse in fase acuta o cronica. È importante intervenire in modo tempestivo”.

“Tuttavia, spesso chi si avvicina alla politica potrebbe non avere familiarità con la complessità del settore sanitario e richiede risposte immediate sul territorio. Questo può portare a scelte scollegate rispetto alla conoscenza delle eccellenze locali e alla necessità di un approccio sistemico”.

“È fondamentale che la politica si impegni in una razionalizzazione delle spese, poiché le risorse non sono infinite. La salute è un elemento centrale per un'economia sostenibile. Gli investimenti nella sanità beneficiano dell'economia nel suo insieme. Quindi, interrogarsi su questi temi è essenziale, e il coinvolgimento della medicina del territorio può essere un passo illuminato verso una nuova impostazione che si basa sull'esperienza e l'illuminazione degli ultimi interventi in questa conferenza”.

Percorsi cronicità: dai bisogni emersi come e cosa rivedere (quali nuovi indicatori per nuovi lea)

- BPCO/Asma
- Cardiovascolare
- Diabete
- Malattie epatiche
- Malattie ematologiche



- Malattie infiammatorie croniche intestinali
- Oncologia
- Riabilitazione post ictus

Gianni Amunni, Coordinatore Scientifico ISPRO

“Fino a 15-20 anni fa, il limite per trattare un paziente con chemioterapia era intorno ai 70 anni. Oggi, è normale che un paziente oncologico possa essere trattato a 80 anni. Questo ha portato a un aumento significativo della domanda, con una crescita del 100% nella prevalenza dei casi in 10-15 anni, passando da 2 a 4 milioni di pazienti oncologici. Questo ci pone di fronte a una platea molto più ampia di pazienti”.

“Inoltre, il paziente oncologico non è più esclusivamente sotto la cura dell'oncologo. A causa delle diverse esigenze, è necessaria una gestione multidisciplinare, coinvolgendo una varietà di figure professionali. Ciò richiede un ulteriore passo oltre la multidisciplinarietà verso una multiprofessionalità più ampia”.

“Oltre all'appropriatezza prescrittiva, dobbiamo ora prestare maggiore attenzione all'aderenza terapeutica. Un dato importante è che il 30-35% dei pazienti oncologici è in terapia orale. Questo solleva la questione dell'aderenza, in quanto molti pazienti devono viaggiare per ricevere la terapia e spesso il monitoraggio dell'aderenza è problematico”.

“Pertanto, i pazienti cronici, in particolare i pazienti oncologici, devono avere riferimenti e assistenza a livello territoriale. Questo richiede la delocalizzazione di alcune attività, che non hanno senso a livello ospedaliero. Ciò include la gestione di aspetti come la psicooncologia, il supporto nutrizionale, le cure sintomatiche, le cure simultanee e la riabilitazione oncologica. Queste attività possono migliorare la qualità della vita del paziente oncologico e colmare il vuoto tra le visite in ospedale”.

“Inoltre, le terapie specifiche del cancro dovrebbero essere somministrate a livello territoriale, non solo le terapie orali, ma anche quelle intramuscolari ed endovenose a basso bisogno assistenziale, sempre in strutture adeguate. Tuttavia, è necessario riconoscere e legittimare questa presa in carico territoriale.



In questo contesto, il ruolo del medico di medicina generale e del caregiver diventa centrale. È essenziale garantire una gestione unificata del paziente oncologico in diversi setting assistenziali, sfruttando strumenti innovativi come la telemedicina, la teleconsultazione e l'informatizzazione delle cartelle cliniche”.

“La cultura della cronicità richiede un cambio di mentalità, poiché siamo abituati a trattare le malattie acute. La fruibilità del sistema informatico deve essere semplice, e i modelli condivisi per il triage del paziente oncologico dovrebbero essere adottati per guidare la decisione sul setting assistenziale più appropriato”.

Carlo Barbetta, Pneumologo ULSS 7 Pedemontana

“Purtroppo, la BPCO diventerà la terza causa di morte in Italia entro il 2030, il che rappresenterà un impatto significativo sui sistemi sanitari. Tuttavia, possiamo gestire questa situazione. Noi, come pneumologi, abbiamo maturato una grande esperienza, soprattutto dopo quanto vissuto durante la pandemia di COVID-19”.

“Durante la prima ondata di COVID-19, abbiamo notato che grazie a misure preventive, come l'uso delle mascherine e l'isolamento domiciliare, non ci sono stati ricoveri per riacutizzazioni della BPCO né per polmoniti.

Questa prevenzione è stata efficace, ma non è sostenibile a lungo termine, considerando che non possiamo rimanere costantemente chiusi in casa, specialmente in Italia, un paese mediterraneo”.

“Invece, possiamo concentrarci su una prevenzione realistica, ovvero la vaccinazione mirata per i soggetti a rischio. Il recente congresso europeo di pneumologia ha presentato dati sull'importanza della vaccinazione contro il virus respiratorio sinciziale, poiché molte infezioni virali possono causare ricoveri e complicazioni in pazienti con patologie croniche, come l'oncologia, il diabete e le malattie cardiovascolari”.

“Mirando agli interventi vaccinali mirati, possiamo prevenire il sovraccarico delle strutture sanitarie. La gestione della patologia deve andare di pari passo con la prevenzione per evitare di scoprire il paziente in uno stato avanzato di malattia. L'introduzione della nota 99 è stata molto apprezzata dagli pneumologi poiché ha migliorato la gestione della BPCO, permettendo di identificare i pazienti precocemente e iniziare terapie efficaci per prevenire ricadute e ospedalizzazioni”.



“Nel futuro, verranno introdotti farmaci monoclonali per la BPCO, ma sono costosi. Pertanto, prevenire l'evoluzione verso forme più gravi della malattia ci consentirà di risparmiare su questi farmaci e di destinare le risorse ai pazienti che ne hanno effettivamente bisogno”.

“La salute è un diritto, ma è anche un dovere. Durante il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), è stato fatto molto per l'edilizia e l'efficienza energetica, ma forse poco per la qualità dell'aria che respirano i nostri cittadini. I dati scientifici dimostrano che in aree fortemente inquinate, come la Pianura Padana, ci sono tassi di ospedalizzazione più elevati per malattie respiratorie e peggiori esiti clinici.

Investire nella qualità dell'aria, pur con le necessarie considerazioni economiche, è cruciale per prevenire il sovraccarico dei sistemi sanitari, come abbiamo visto durante la pandemia di COVID-19”.

Claudio Bilato, Past President ANMCO Veneto e Consigliere Nazionale e Tesoriere ANMCO

“Iniziare le Case della Salute (spoke) è un compito non solo dei medici di medicina generale, ma anche degli specialisti ospedalieri e dei liberi professionisti. È importante sottolineare che la previdenza Empa riguarda tutti, con le quote A e B.

Ciò significa che tutti gli operatori sanitari devono contribuire a questo processo. Inoltre, il fatto che alcuni medici possano avere resistenze nel partecipare alle Case della Salute dovrebbe essere affrontato in modo costruttivo, poiché questo è fondamentale per gestire al meglio la cronicità”.

“Il rapporto fiduciario, menzionato dal dottor Zanon, è una componente essenziale anche per gli specialisti ospedalieri nei loro rapporti con i pazienti. Tuttavia, in caso di urgenza o emergenza, i pazienti possono sempre recarsi all'ospedale, proprio come potrebbero trovare il medico di medicina generale nelle Case della Salute. Questo aspetto non dovrebbe generare polemiche, ma solleva alcune considerazioni importanti”.

“Un'altra questione fondamentale riguarda la gestione delle malattie croniche, che è uno degli obiettivi principali delle Case della Salute. È interessante notare che, nonostante le malattie cardiovascolari siano considerate croniche, gli specialisti ospedalieri, come i cardiologi, spesso si concentrano sulla gestione delle fasi acute di queste patologie.



È importante sviluppare un approccio più ampio alla gestione della cronicità e comprendere che gli specialisti ospedalieri possono svolgere un ruolo significativo in questa fase”.

“Una questione chiave è decidere chi dovrebbe avere la responsabilità della governance dei pazienti con patologie cardiovascolari croniche. In questo contesto, l'interazione tra cardiologi e diabetologi è importante, poiché le malattie cardiovascolari e il diabete sono spesso correlate. È cruciale stabilire una governance chiara per i pazienti cronici per garantire che ricevano l'assistenza necessaria”.

“Pertanto, è essenziale determinare chi dovrebbe essere il clinical manager dei pazienti cronici, in particolare quelli con malattie cardiovascolari. Questa figura dovrebbe collaborare con l'ospedale per la fase acuta, riabilitativa e il follow-up territoriale, integrando i vari specialisti coinvolti, come diabetologi, pneumologi e nefrologi. In questo modo, si può garantire un'assistenza completa e ben coordinata per i pazienti cronici”.

Patrizia Burra, Professoressa Direttore ff Gastroenterologia e Direttore UOSD Trapianto Multiviscerale AOU Padova

“È evidente che la gestione delle patologie croniche richiede un'approccio integrato, che coinvolge medici di diverse specialità. Questo concetto è rilevante non solo nell'ambito oncologico, ma anche in altre discipline come la gastroenterologia ed epatologia, in quanto l'incremento delle malattie croniche è dovuto all'invecchiamento della popolazione e all'efficacia crescente del sistema di cure. Questo cambiamento richiede una preparazione adeguata”.

“Il DM 77 propone l'istituzione delle Case della Salute, ma è fondamentale notare che la struttura fisica è solo il primo passo. Ciò che manca è un adeguato contenuto e integrazione tra le diverse specialità mediche. Il passaggio dei pazienti tra medici e strutture dovrebbe andare oltre la semplice referenza, ma mirare al miglioramento complessivo dell'assistenza alle malattie croniche, specialmente sul territorio”.

“Un passo essenziale è la formazione degli specialisti e la creazione di figure competenti per gestire le malattie croniche sul territorio. Questo approccio richiede un investimento nella formazione dei futuri medici specializzandi. Ad esempio, un progetto sperimentale di riferimento per pazienti con malattie del fegato ha dimostrato l'efficacia della gestione ambulatoriale, riducendo la necessità di ricoveri. Questo dimostra l'importanza dell'efficienza e dell'adeguatezza dell'assistenza”.



“Il documento della rete patologica del Veneto prevede una rete clinica assistenziale integrata tra ospedali e cure primarie per la gestione delle patologie croniche. Con l'incremento delle patologie croniche previsto per il 2050, è urgente definire ruoli specifici e livelli di responsabilità per i clinici all'interno degli ospedali.

L'integrazione tra discipline, come cardiologia e diabetologia, è fondamentale per la complessità delle cure, e la formazione continua è necessaria per prepararsi all'uso di tecnologie come l'intelligenza artificiale e il teleconsulto. Culturalmente, è importante uniformarsi su questi aspetti per garantire il miglioramento dell'assistenza ai pazienti cronici”.

Vincenza Calvaruso, Professore Associato Sezione Gastroenterologia presso Università degli studi di Palermo

“Negli ultimi anni, si è verificata una notevole transizione nell'eziologia delle malattie epatiche. In passato, le patologie di origine virale erano prevalenti, ma grazie alle nuove terapie antivirali, questa prevalenza si è ridotta.

Tuttavia, si è verificato un aumento costante delle patologie di natura metabolica. In particolare, le malattie epatiche correlate al fegato grasso, precedentemente conosciute come epatite non alcolica, sono diventate una delle sfide principali per l'associazione di epatologi”.

“Questa nuova realtà ha portato a un cambiamento di nomenclatura, ora si parla di steatosi epatica non alcolica (NAFLD), evitando il termine "non alcolica" per motivi di stigmatizzazione sociale. La NAFLD rappresenta ora una parte significativa del lavoro degli epatologi ed è una patologia che non ha ancora una definizione specifica nell'ambito delle esenzioni sanitarie.

Ad esempio, la diagnostica per la NAFLD comprende procedure non invasive come l'elastografia epatica, che necessita di una nomenclatura e di un riconoscimento specifico”.

“L'associazione di epatologi sta collaborando con associazioni di pazienti e istituzioni per promuovere il riconoscimento di queste nuove patologie epatiche e ottenere un codice di esenzione specifico per tali condizioni. Questo codice di esenzione consentirebbe di definire procedure diagnostiche, comprese le nuove tecniche non invasive come la fibroelastografia epatica, che al momento non sono coperte”.



“Inoltre, l'associazione di epatologi sta lavorando a stretto contatto con le società scientifiche che si occupano di diabete, poiché vi è una crescente interconnessione tra le patologie metaboliche, come la NAFLD, e il diabete. L'obiettivo è identificare i pazienti che richiedono valutazioni e gestione multidisciplinari, e ci sono anche altri aspetti più specifici da affrontare, come l'aggiornamento delle procedure diagnostiche per l'epatite Delta e l'implementazione di nuove opzioni terapeutiche”.

Bruno Carlo Giorda, Direttore Struttura Complessa Malattie Metaboliche e Diabetologia Ospedale Maggiore di Chieri, Asl 5 Torino. Coordinatore della Rete Endocrino-Diabetologica del Piemonte

Mettere a fuoco cosa sta cambiando e è cambiato nel mondo dell'assistenza al diabete è fondamentale per aprire la strada alla dottoressa Lapolla, che presenterà alcune riflessioni sul Livello Essenziale di Assistenza (LEA) nel diabete. In passato, il diabete era considerato una malattia cronica di scarsa importanza ed era un po' la "Cenerentola" delle malattie.

Tuttavia, negli ultimi 15 anni, la percezione è cambiata, e ora ci rendiamo conto dell'impatto che ha sulla salute e dell'importanza di un modello organizzativo ospedale-territorio.

La diabetologia ha iniziato con una dichiarazione forte: il diabete non è solo una questione di glicemia. Spesso, le persone non esperte tendono a confondere il diabete con il controllo della glicemia, ma in realtà il diabete è un disordine metabolico che influisce significativamente su vari organi e sistemi.

È uno dei fattori di rischio cardiovascolare più potenti, influisce sull'insufficienza renale, sulla comparsa di alcuni tumori, e sta emergendo come un importante fattore nell'insufficienza epatica. L'efficace controllo del diabete ha un impatto positivo sui costi sanitari, riducendo i ricoveri ospedalieri e l'uso di risorse sanitarie e assistenziali.

In Italia, abbiamo sperimentato un modello di assistenza diabetologica attraverso i servizi diabetologia, che collaborano con la medicina generale. Questo modello è stato istituito grazie anche a una legge nazionale del 1987 ed è stato efficace, con circa 600 servizi diabetologia presenti nel paese. Questi servizi hanno dimostrato di ridurre la mortalità e la morbilità tra i pazienti diabetici.



Negli ultimi anni, la diabetologia sta vivendo una rivoluzione epocale su due fronti principali. Da un lato, ci sono farmaci innovativi che hanno un impatto positivo sul diabete di tipo 2, riducendo eventi cardiovascolari, controllando l'insufficienza renale e gestendo il peso corporeo. Dall'altro, ci sono nuovi dispositivi come sensori e microinfusori che stanno diventando sempre più comuni e stanno cambiando il modo in cui il diabete viene gestito.

È importante rivedere il modello di assistenza diabetologica, adattandolo alle esigenze dei pazienti. Una gestione integrata tra medici di famiglia e specialisti è fondamentale, e l'implementazione di reti regionali per prendere decisioni sull'evoluzione dell'assistenza diabetologica è un passo importante. La collaborazione tra specialisti e medici di famiglia è essenziale per garantire una gestione efficace del diabete.

Infine, ci sono anche alcune novità positive, come la nota 100, che consente ai medici di famiglia di prescrivere nuovi farmaci per il diabete, e la telemedicina, che offre nuove opportunità per migliorare l'accesso e l'assistenza ai pazienti diabetici.

Annunziata Lapolla, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche Cattedra di Malattie del Metabolismo dell'Università di Padova - Gruppo di Lavoro Europeo

“Inizierò parlando dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) che rappresentano i livelli di assistenza che devono essere garantiti a tutti i cittadini, ma la responsabilità di garantirli sul territorio nazionale è regionale.

Nel campo specifico del diabete, gli LEA sono stati introdotti nel 2017 e hanno ottenuto risultati significativi. Nel 2017, l'assistenza diabetologica è stata garantita grazie a una serie di prestazioni specialistiche in esenzione.

Nel 2022, i nuovi LEA hanno aggiornato le tariffe per i sistemi di monitoraggio continuo del glucosio, sensori e microinfusori, dimostrando un'attenzione crescente alla diabetologia”.

“Tuttavia, l'attuazione dei LEA avviene a livello regionale e c'è una notevole variabilità tra le diverse regioni. Solo il 30% dei pazienti diabetici raggiunge almeno uno dei cinque indicatori previsti dagli LEA, che includono valutazioni periodiche della glicemia, della filtrazione glomerulare, del fondo dell'occhio e dell'assetto lipidico. Questa variabilità regionale influisce sull'accesso ai nuovi farmaci e ai presidi per il controllo del diabete, creando criticità e disparità tra le regioni”.



“La cura del piede diabetico è un esempio di come queste disparità si traducano in problemi concreti, in quanto vi sono differenze nella gestione delle complicanze a livello regionale.

Le proposte della diabetologia includono il potenziamento della rete diabetologica basata su team multidisciplinari, che dovrebbero operare sia a livello ospedaliero che territoriale. Il ricovero ospedaliero per i pazienti diabetici dovrebbe essere riservato solo a circostanze particolari, come l'amputazione o l'infarto miocardico, mentre la gestione cronica deve avvenire in modo più integrato tra medici di famiglia e specialisti”.

“Le sfide attuali includono la carenza di personale specializzato, sia medici che infermieri, nonché l'adozione della telemedicina e del teleconsulto per migliorare l'accesso e l'assistenza ai pazienti diabetici. La digitalizzazione e l'educazione terapeutica tramite la via web rappresentano opportunità per migliorare il trattamento del diabete e garantire un approccio centrato sul paziente, specialmente in una malattia cronica multiorgano come il diabete”.

“Queste sfide sono importanti per affrontare il crescente numero di pazienti diabetici in Italia e ridurre le complicanze croniche legate al diabete. È necessario lavorare insieme per garantire una migliore gestione del diabete e una maggiore uniformità nell'applicazione dei LEA a livello nazionale”.

Alessandro Picelli, Professore Associato di Medicina Fisica e Riabilitativa, Università di Verona

“Le problematiche legate ai pazienti con ictus cerebrale sono di fondamentale importanza, considerando che l'ictus è la seconda causa di morte in Italia e la prima causa di disabilità permanente negli adulti. Questi dati sono aggiornati allo scorso anno e provengono dal Ministero della Salute”.

“Circa il 70% dei sopravvissuti all'ictus cerebrale sviluppa disabilità permanente, di cui il 50% è considerato disabilità grave con perdita di autosufficienza. Questo significa che ci sono circa 25.000-27.000 nuovi casi di ictus cerebrale ogni anno in Italia. L'organizzazione delle Stroke Unit di primo e secondo livello in un contesto H and spoke ha dimostrato di avere successo, con circa tre quarti dei pazienti che accedono alle strutture in modo appropriato”.



“Dopo la fase acuta, i pazienti possono sviluppare disabilità permanenti che coinvolgono diverse sfere, come la motoria, cognitiva, comunicativa, deglutitoria, nutrizionale ed emotiva. La gestione di queste disabilità richiede un approccio specifico, compresa la gestione del timing di recupero post-ictus”.

“Nell’Azienda Ospedaliera Universitaria integrata di Verona, è stato organizzato un percorso di cura che inizia con l’adeguata stabilizzazione del paziente in Stroke Unit e prosegue con il passaggio ai letti di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione neurologica. Successivamente, vi è una fase di mantenimento e prevenzione, inclusi percorsi ambulatoriali”.

“La regione Veneto ha deliberato un documento una decina di anni fa che definisce quattro principali ambiti per il management delle post-ictus cerebrale, inclusi il ricovero riabilitativo e una fase di mantenimento e prevenzione a livello territoriale.

La spasticità è uno dei sintomi più disabilitanti che richiede una valutazione e un trattamento adeguati. Tuttavia, nonostante un appropriato management in fase acuta, una parte significativa di pazienti non accede alle strutture riabilitative nei tempi e modi definiti dalle linee guida nazionali ed internazionali”.

“Un gruppo di lavoro multidisciplinare, coinvolgente colleghi provenienti da diverse regioni italiane, sta cercando di migliorare la connessione e la continuità tra reparti per acuti e quelli per le post-ictus, focalizzandosi su un approccio regionale.

La definizione di percorsi di cura specifici e l’ottimizzazione delle tempistiche e modalità di connessione tra le cure in fase acuta e quelle post-ictus sono al centro di questo sforzo”.

TAVOLO DI LAVORO 1

Piano nazionale cronicità (PNC)

- Indicatori monitoraggio applicazione sistema stratificazione per intensità di cure;
- Presa in carico DM77;
- Indicatore unico mix monitoraggio aderenza terapeutica;
- PDTA condivisi con monitoraggio annuale attuazione (% applicazione su popolazione eleggibile);



- Misura esiti ottenuti per ogni cronicità inserita nel piano;
- Implementazione nuove cronicità (Cirrosi/malattie fegato, oncologia, etc);
- Il valore della nutrizione nella gestione delle fragilità.

Discussant

Maurizio Cancian, Segretario SIMG Veneto

“Inizio dalla diabetologia. La professoressa Lacolla e il dottor Giorda hanno descritto la necessità di un'ampia integrazione tra gli specialisti che si occupano di malattie croniche, considerando l'introduzione di nuovi farmaci e dispositivi per il monitoraggio glicemico.

Gli specialisti verticali svolgono un ruolo essenziale, ma è altrettanto importante considerare la presa in cura globale della persona. Questo è ciò che le cure primarie offrono, con un approccio personalizzato, continuativo e integrato”.

“Questo richiede l'abbandono del concetto di "medico di famiglia" o "medico di medicina generale" in favore di un team multidisciplinare composto da un medico di famiglia, infermiere e segreteria. Questi sono requisiti minimi per far funzionare il sistema”.

“Le curve di prevalenza delle malattie croniche sono in costante aumento, il che implica una maggiore pressione di lavoro per i medici di famiglia. Tuttavia, i medici che lavorano da soli, frustrati e oberati, trascorrono il 40-50% del loro tempo in attività non cliniche e non possono pianificare una presa in carico attiva, che è fondamentale”.

“Nel Veneto, nel 2014, è stato istituito il concetto di "Medicina di Gruppo Integrata", promuovendo un livello di organizzazione più avanzato. 126 proposte furono presentate da circa 1.500 medici su 3.000 in Veneto, dimostrando che c'era una volontà di innovazione. Tuttavia, il progetto si è interrotto a 72, causando problemi ai professionisti e ai cittadini”.

“La reazione degli operatori è stata uno sciopero contro questa decisione ingiusta, che ha lasciato il 75% della popolazione senza accesso a Medicina di Gruppo Integrata. Questo non è un segno di mancanza di volontà da parte dei medici, ma piuttosto una reazione alle iniquità”.



“Negli ultimi 20 anni, il servizio sanitario non ha investito nella medicina generale, con una mancanza di risorse umane, strumenti, indicatori, controlli di qualità e percorsi di audit. Questa mancanza di risorse è un dato di fatto, ma non dovrebbe essere usata come base per accusare l'intera professione medica. La situazione richiede una maggiore attenzione e investimenti adeguati”.

Pierangelo Lora Aprile, Referente SIMG nella Sezione O del CTS Ministero della Salute, Segretario Scientifico Nazionale SIMG

“Per quanto riguarda la proposta, l'obiettivo principale è quello di creare progetti pilota che possano essere rapidamente implementati. Questi progetti non richiederanno investimenti massicci in tecnologia ma si concentreranno sulla riorganizzazione e il miglioramento di ciò che già esiste. L'idea è di ridisegnare l'assistenza territoriale per prendersi cura dei pazienti in modo più efficace”.

“La transizione demografica e l'epidemiologia delle malattie croniche stanno causando una crescente complessità nei pazienti. Le persone affette da malattie croniche non trasmissibili richiedono una grande quantità di risorse e ciò incide significativamente sul budget sanitario. È necessario superare la logica dei "silos" e passare a un approccio di presa in carico globale che consideri diversi aspetti biologici, sociali e clinici”.

“Un quadro della cronicità è presentato per illustrare le diverse fasi di una patologia cronica, dalla gestione di una malattia inguaribile in uno stadio iniziale al passaggio a fasi più avanzate con progressiva perdita di funzionalità. La fragilità è un concetto chiave che colpisce il 23% della popolazione con più di 65 anni. Questa fragilità è strettamente correlata alla multimorbilità”.

“Per affrontare la fragilità, è necessario identificarla in modo precoce e stratificare i pazienti in base al grado di fragilità. Successivamente, è importante valutare i bisogni dei pazienti e pianificare un piano di assistenza. Inoltre, i pazienti con bisogni di cure palliative devono essere identificati in anticipo”.

“Uno strumento chiamato Frame Index è in grado di identificare i pazienti che necessitano di cure palliative. Queste cure non si limitano solo ai pazienti oncologici ma includono tutti coloro che ne hanno bisogno. Le cure palliative dovrebbero migliorare la qualità della vita del paziente e non sono in contraddizione con le terapie specifiche per la patologia”.



“Per migliorare l'assistenza, è necessario un approccio multidimensionale che consideri gli aspetti biologici, sociali, clinici e assistenziali. Gli strumenti attualmente disponibili nei sistemi regionali non sono sufficienti e richiedono una modernizzazione”.

“In generale, l'introduzione dell'Intelligenza Artificiale e del Machine Learning rappresenta un'evoluzione importante per migliorare la valutazione della fragilità e dei bisogni dei pazienti. Uno strumento chiamato MPI (Indice Prognostico Multidimensionale) è già stato validato in Italia e può essere utilizzato per confermare la diagnosi di fragilità in diversi contesti, come ospedali, RSA e cure domiciliari”.

Paola Pisanti, Coordinatore Commissione Cronicità del Ministero della Salute

“Prima di iniziare, desidero condividere due notizie importanti. Durante la conferenza del Consiglio Stato-Regione, sono stati presentati due documenti di rilevanza. Il primo riguarda la suddivisione dei fondi tra le regioni per quanto riguarda la Fondo Sanitario Nazionale (FEM) in campo medico. Il secondo documento è una direttiva emanata dal Ministero della Salute verso l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), che definisce gli obiettivi e le competenze tenendo conto dell'organizzazione sanitaria”.

“Un'altra informazione rilevante riguarda la pubblicazione di linee guida da parte dell'Associazione degli Infermieri (AI), che possono rivelarsi utili nella pianificazione di interventi volti a supportare l'infermieristica comunitaria. Queste linee guida definiscono le competenze necessarie e i criteri di accesso a questa nuova professione, che si concentrerà su cure ambulatoriali e domiciliari, oltre a integrare aspetti sociali e sanitari per affrontare le esigenze dei pazienti”.

“Circa sette anni fa, è stato elaborato il Piano Nazionale delle Cronicità come seguito al Piano Nazionale del Diabete. Questo piano ha richiesto dieci anni di lavoro per svilupparsi e ha portato alla necessità di affrontare in modo trasversale le patologie croniche, anziché concentrarsi su una patologia specifica.

Questa prospettiva ha portato all'idea di creare un modello di gestione delle cronicità applicabile a tutte le patologie croniche, personalizzato in base alle necessità regionali. Attualmente, è importante riconsiderare questo piano alla luce di tutti i progressi ottenuti, leggi e direttive emanate negli ultimi sette anni”.



“L'obiettivo principale del Piano Nazionale delle Cronicità è identificare i processi critici e le relative soluzioni per migliorare la gestione delle cronicità. Deve essere integrato con altre iniziative rilevanti, come il Patto per la Salute, il Piano di Prevenzione, la Legge sugli Anziani, il Piano di Prevenzione, e il DM 77.

Questi documenti e iniziative forniscono contesto e direzione al piano delle cronicità, orientando l'organizzazione dei servizi di salute”.

“In particolare, si deve concentrare l'attenzione sul territorio senza, però, scindere l'ospedale dalle sue competenze specialistiche. L'ospedale rimane fondamentale, ma si deve spostare l'attenzione verso una maggiore gestione ambulatoriale e servizi domiciliari.

Questa è la visione del Piano delle Cronicità e del suo obiettivo di costruire un percorso globale per il paziente, tenendo conto delle sue necessità cliniche e socio-ambientali”.

“In Italia, l'assistenza ai pazienti cronici non è soltanto una questione sanitaria ma coinvolge anche la vita quotidiana del paziente, dal lavoro alle relazioni personali. Pertanto, l'approccio deve essere interdisciplinare, con una stretta collaborazione tra diversi professionisti e l'uso di strumenti per integrare le diverse componenti della cura.

I quattro principali ambiti dell'assistenza da considerare sono le Rete di Fruizione Assistenziale (RFA) e le strutture sociosanitarie, l'assistenza domiciliare, l'integrazione tra ospedale e territorio, e l'integrazione sociosanitaria”.

Valentina Solfrini, Responsabile HTA e Sviluppo Innovazione Staff DG AOU Modena e Coordinatore politiche del farmaco AUSL Modena

“Nella regione Emilia-Romagna, ci sono obiettivi chiari e condivisi relativi all'appropriatezza e al miglioramento dei percorsi di cronicità. Questi obiettivi rappresentano la ricetta generale per affrontare le sfide della gestione delle patologie croniche”.

“Nella provincia di Modena, abbiamo lavorato per realizzare alcuni dei temi indicati, focalizzandoci sulla professionalità multiprofessionale ospedale-territorio. Abbiamo promosso questo lavoro con l'obiettivo di garantire una gestione adeguata di sette patologie croniche”.



“I coordinatori di questi gruppi di lavoro sono composti da un medico di medicina generale e uno specialista della patologia cronica in questione. Questi coordinatori hanno il compito di gestire, misurare e decidere le azioni principali da intraprendere. Oltre ai medici, questi gruppi coinvolgono altre figure professionali come farmacisti, infermieri e altri specialisti necessari per la gestione complessiva della cronicità”.

“La formazione è un aspetto essenziale, e questa formazione deve coinvolgere medici di medicina generale, specialisti e altre figure professionali sia ospedaliere che territoriali. La responsabilità della prescrizione dei farmaci deve essere condivisa sia sul territorio che tra gli specialisti, garantendo la massima appropriatezza”.

“Un altro aspetto importante riguarda la condivisione delle informazioni e dei dati, che devono essere misurati e condivisi in modo trasversale tra tutte le figure coinvolte, non solo i medici. La creazione di reti è un obiettivo fondamentale che coinvolge tutte le province e tutte le figure professionali necessarie per la gestione delle patologie croniche”.

“La regione sta lavorando sul coinvolgimento, la formazione e la condivisione dei dati all'interno del servizio sociosanitario nazionale. La concretizzazione di questi sforzi è di vitale importanza, e siamo consapevoli che quanto è stato espresso oggi rappresenta un impegno irrinunciabile per migliorare la gestione delle patologie croniche”.

Valerie Tikhonoff, Professore Associato Scienze Tecniche Dietetiche Applicate, Università degli Studi di Padova

“Nei giorni scorsi, la parola “nutrizione” è emersa come un argomento importante, soprattutto nel contesto della fragilità. La Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure di Famiglia rappresenta un punto di riferimento in questo contesto, con una chiara definizione di tre punti fondamentali: la suscettibilità individuale, i fattori di vulnerabilità e la natura sociale e la capacità intrinseca di adattamento dell'individuo con la resilienza”.

“È essenziale notare che la prevalenza della fragilità è aumentata significativamente negli ultimi 11 anni, passando dal 25% al 40,6%. Questa prevalenza aumenta da nord a sud e verso le isole. Inoltre, la fragilità non riguarda solo gli anziani, ma coinvolge pazienti di tutte le età con patologie croniche, come il cancro e il diabete”.



“Oggi, mi concentrerò sull'ambito specifico della malnutrizione per difetto, che è una malattia nella malattia. Questa condizione coinvolge pazienti con patologie croniche e crea una spirale discendente che porta alla dipendenza del paziente. Le cause sono nutrizionali, fisiche, sociali e psicologiche”.

“La malnutrizione per difetto rappresenta una sfida importante in Italia, con il 40% della popolazione generale affetto da questa condizione, che aumenta fino al 70% nelle RSA. Ciò ha un impatto significativo sulla salute e sull'economia, con un costo stimato di 10 milioni di euro per il sistema sanitario”.

“È fondamentale riconoscere e trattare la malnutrizione in tempo e adottare un approccio multidisciplinare coinvolgendo professionisti come medici, infermieri, operatori sociosanitari e dietisti. La cultura della malnutrizione, la prevenzione, la pianificazione delle cure e l'uso delle innovazioni digitali sono tutti elementi chiave per affrontare questa sfida”.

L'Italia, l'industria farmaceutica e l'innovazione farmaceutica. come non essere solo un mercato

Rino Rappuoli, Professore straordinario di Biologia molecolare presso il dipartimento di Biotecnologie, chimica e Farmacia presso l'Università degli studi di Siena.

“In ogni settore, ma soprattutto nell'industria farmaceutica, l'innovazione è diventata la forza trainante dell'economia. Questa innovazione deriva dalla ricerca, dagli investimenti nello sviluppo e, soprattutto, dalla formazione di giovani professionisti capaci non solo di scoprire nuove idee, ma anche di trasformarle in prodotti reali”.

“L'innovazione è ciò che genera nuove idee, nuovi mercati, nuovi trattamenti e, nel mio caso, nuovi vaccini. L'innovazione è fondamentale, e senza di essa, non possiamo progredire. Tuttavia, l'Italia ha perso terreno in termini di innovazione negli ultimi 30-40 anni, specialmente nel settore farmaceutico”.

“L'unico centro di ricerca di una grande azienda farmaceutica multinazionale rimasto in Italia è situato a Siena. Questo è stato possibile perché si è riusciti a mantenere una competitività nel campo della ricerca, che ha attirato altre multinazionali a investire nella regione”.



“Per riguadagnare la capacità di innovazione, dobbiamo concentrarci su investimenti e risorse umane. Tuttavia, alcune regioni stanno facendo progressi significativi, come l'area di Milano e la Toscana.

Quest'ultima ha visto la creazione di posti di lavoro di alta qualità e specializzazione grazie agli sforzi congiunti della comunità, dell'università e delle iniziative regionali”.

“In Toscana, l'iniziativa Toscana Life Sciences (TLS) ha dato vita a numerose startup e posti di lavoro nel campo dell'innovazione. L'idea di creare un "Tascan Triangle" tra le università di Pisa, Firenze e Siena potrebbe diventare un centro di eccellenza per l'innovazione in futuro”.

“È fondamentale che le università collaborino per creare concentrazioni di startup, competenze e tecnologie innovative. Questo modello di "Open Innovation" è già una realtà di successo in luoghi come Boston-Cambridge negli Stati Uniti o il Golden Triangle in Inghilterra. In Toscana, con il supporto del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), abbiamo un'opportunità per investire e prosperare in questo settore”.

“L'innovazione è essenziale per il progresso e per creare posti di lavoro di alta qualità. Non possiamo permetterci di sprecare questa opportunità”.

TAVOLO DI LAVORO 2

Cronicità emergenti: “l'emicrania cronica bussava alla porta dei lea”

Ignazio Zullo, X Commissione permanente (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale), Senato della Repubblica

“Siamo di fronte a una realtà molto spesso poco conosciuta. Molto spesso i pazienti non sono nemmeno accreditati della loro sintomatologia, che è un dato soggettivo, non oggettivo.

Noi dobbiamo combattere tutto questo. Apprezzo molto il lavoro svolto in precedenza, l'approvazione della legge che ha permesso alle diverse regioni di sviluppare progetti obiettivi per comprendere come meglio gestire questi pazienti, dalla diagnosi all'assistenza”.



“Nel corso della mia attività parlamentare, ho incontrato l'Associazione dei pazienti affetti da questa patologia. Mi hanno esortato a capire cosa la politica può fare di più rispetto a quanto già fatto. Quello che stiamo facendo oggi è di grande valore perché è importante parlarne, sensibilizzare, comunicare e informare per aumentare la conoscenza su questo tema”.

“Ho pensato a una proposta di legge che integra l'elenco delle patologie croniche esentate dal pagamento del ticket per le prestazioni diagnostiche. L'emicrania cronica è stata inclusa con una specifica revisione di tutte le prestazioni esentate dal pagamento del ticket. Dobbiamo valutare quali prestazioni non siano più adeguate e possano essere sostituite da altre più recenti grazie alla ricerca e all'innovazione tecnologica”.

“Un altro aspetto che ho voluto sottolineare è il carattere invalidante di questa patologia, che influisce sulla vita quotidiana, sul lavoro, sulla sfera psicologica e relazionale delle persone. Ho proposto al governo di costituire comitati tecnici per valutare il grado di perdita della capacità lavorativa generica e specifica delle persone”.

Edoardo Mampreso, Direttore Dell'unità Complessa Neurologia Piove di Sacco, ULSS 6 Veneto

“Sono confortato e sorpreso da questo tipo di movimento che si è verificato negli ultimi anni. Questo movimento ci sta portando avanti e ci sta permettendo di procedere se c'è la disponibilità, grazie.

Vorrei toccare brevemente il punto sulla prevalenza, che è una caratteristica predominante nel genere femminile. Ci troviamo in un'età importante, l'età produttiva, e dobbiamo affrontare una condizione clinica che accompagna le persone per un lungo periodo di tempo. Questa condizione influenza la vita della persona, della sua famiglia e la sua vita professionale”.

“Tuttavia, il percorso della malattia può evolvere in diverse direzioni, sia verso una cronicizzazione che verso una progressione favorevole. Negli ultimi anni, abbiamo fatto progressi significativi con nuove terapie e approcci gestionali attivi. Tuttavia, non sappiamo ancora perché alcuni pazienti seguano un percorso anziché un altro, quindi è fondamentale intervenire in modo tempestivo”.



“L'emicrania cronica rappresenta una sfida significativa e può influire notevolmente sulla qualità della vita. La differenza tra l'emicrania episodica e quella cronica è evidente nella vita vissuta e nell'età biologica. È importante capire che questi due tipi di emicrania possono creare esperienze di vita molto diverse”.

“Oggi, abbiamo a disposizione terapie mirate, come gli anticorpi monoclonali, che hanno dimostrato di ridurre in modo significativo il numero di giorni di mal di testa nei pazienti. Questi progressi hanno sollevato nuove sfide organizzative e hanno enfatizzato l'importanza dell'expertise nella gestione di questa malattia”.

“Tuttavia, la presa in carico del paziente è cruciale. È necessario adottare un approccio multidisciplinare, compresi il case management, l'educazione terapeutica, la gestione delle comorbidità e la gestione dei fallimenti terapeutici.

La telemedicina può anche svolgere un ruolo chiave nella gestione di questa patologia. Inoltre, è importante coinvolgere le società scientifiche per fornire linee guida e supporto ai progetti sperimentali”.

Alessandra Sorrentino, Rappresentante Alleanza Cefalalgici presso EHMA

“La voce del paziente è sempre di fondamentale importanza, e sono lieta di vedere che negli ultimi anni viene sempre più ascoltata. Vorrei condividere il punto di vista di una paziente emicranica e rappresentante di una associazione di pazienti su ciò che significa la presa in carico del paziente affetto da emicrania”.

“L'emicrania è una patologia complessa, con basi bio-psico-sociali, che influisce notevolmente sulla produttività delle persone, specialmente durante il periodo più produttivo delle loro vite, dall'adolescenza all'età adulta. Io stessa sono un esempio di una paziente che ha iniziato a sperimentare gli attacchi di emicrania a soli 4 anni. La manifestazione completa della malattia è sopraggiunta durante l'adolescenza e poi nell'età adulta”.

“Ho anche sperimentato l'uso eccessivo di farmaci sintomatici che spesso deriva anche da diagnosi incomplete, non corrette e dalla mancanza di consapevolezza sulla malattia e su come può essere gestita. La mancanza di conoscenza sulla malattia neurologica è un problema significativo che colpisce i pazienti e la società in generale. Tuttavia, il riconoscimento dell'emicrania come malattia sociale ha aperto nuove possibilità”.



“Tuttavia, ci sono ancora sfide da affrontare, come la tempestività della diagnosi. Ho iniziato a soffrire di emicrania all'età di 4 anni, ma ho ricevuto la mia prima diagnosi ufficiale solo a 23 anni e ho iniziato una terapia efficace solo a 37 anni, grazie agli anticorpi monoclonali”.

“Le tempistiche di accesso ai centri specializzati per l'emicrania sono spesso problematiche. Ci sono lunghe liste d'attesa per le prime visite e il rinnovo dei piani terapeutici, il che può rappresentare un problema, soprattutto per le terapie innovative che richiedono continuità. L'accesso a terapie innovative specifiche per l'emicrania è fondamentale”.

“Il paziente emicranico spesso lotta con comorbidità psichiatriche, come ansia, depressione e attacchi di panico. Sarebbe vantaggioso per noi avere supporto psicologico e gruppi di autoaiuto come parte integrante del percorso terapeutico nei centri specializzati per l'emicrania”.

“Non si tratta solo di terapie farmacologiche, ma di un approccio globale. L'educazione e la formazione dei medici di base e dei farmacisti sono fondamentali per indirizzare i pazienti verso il percorso terapeutico corretto e prevenire l'uso eccessivo di farmaci sintomatici e l'uso scorretto di farmaci di profilassi. La formazione dei pazienti stessi è cruciale fin dall'adolescenza nelle scuole, per aiutarli a comprendere la malattia e affrontare il loro percorso terapeutico in modo consapevole”.

“Le associazioni di pazienti possono svolgere un ruolo significativo nella comunicazione con la popolazione generale per combattere lo stigma e i pregiudizi legati alla malattia. La voce di un paziente che condivide la sua esperienza è un potente messaggio di speranza per gli altri pazienti”.

“Inoltre, dobbiamo avere il coraggio di parlare apertamente della nostra malattia e cercare di gestirla nel miglior modo possibile. Non è un percorso semplice, ma è importante per il benessere dei pazienti e la loro capacità di vivere una vita il più normale possibile. Ringrazio tutti coloro che ascoltano e si sforzano di capire la nostra che cosa significa per noi convivere con una malattia così invalidante”.



Come formare la Dirigenza del futuro

David Vannozzi, Direttore Generale Pegaso Università Telematica

“Sono qui oggi per presentarvi un progetto operativo nel settore sanitario che ha una storia di circa vent'anni. Questa storia ha inizio quando le regioni donanti hanno iniziato a organizzare corsi artigianali per la formazione di professionisti del sistema sanitario, tra cui direttori generali, direttori amministrativi, direttori sanitari e dirigenti di strutture sanitarie. Questi corsi hanno fornito competenze fondamentali che hanno sostenuto il sistema sanitario nazionale”.

“L'anno scorso, la Conferenza Stato-Regioni ha approvato una norma delegata per regolamentare e stabilire i requisiti dei cosiddetti "corsi abilitanti". Questo è il punto in cui noi, come università telematica, insieme a un importante partner come Motore Sanità, abbiamo deciso di innovare.

Abbiamo sviluppato un nuovo tipo di corso di formazione che risponde alle esigenze delle persone che necessitano di formazione professionale, ma che allo stesso tempo permette di ottenere risultati tangibili”.

“Una delle sfide affrontate è stata quella di consentire ai professionisti di dedicarsi alla formazione, anche quando il tempo è limitato, come spesso accade quando si ricoprono ruoli di responsabilità, come il direttore di un'ASL. Questo ci ha portato a creare un corso che combina lezioni a distanza e lezioni in presenza.

Le attività in presenza sono focalizzate sullo sviluppo delle competenze che richiedono un'interazione diretta, mentre le lezioni a distanza coprono argomenti tecnici, specialistici, giuridici, economici, statistici e altro, che richiedono uno studio individuale”.

“Abbiamo presentato la richiesta di accreditamento del nostro master di secondo livello per discipline sanitarie per renderlo un master abilitante. Questo permetterà ai direttori generali e ai direttori di strutture sanitarie di frequentare il corso, soddisfacendo i requisiti di aggiornamento professionale per l'anno in cui lo frequenteranno. Inoltre, consentirà l'iscrizione agli albi regionali di tutta Italia”.



“La novità principale non è solo il contenuto, ma anche la modalità di erogazione del corso, che può essere aperta a una platea molto più ampia. La nostra speranza è che questa iniziativa contribuirà a creare un modello omogeneo per la formazione di professionisti sanitari in Italia e che porterà a una rete regionale e nazionale per affrontare l'emicrania in modo uniforme”.

“Inoltre, incoraggiamo i professionisti a partecipare attivamente al processo di creazione di progetti regionali in conformità con le linee guida del Ministero della Salute. Un coordinamento e un allineamento tra le conoscenze e le pratiche sono fondamentali, in modo che i pazienti possano ricevere informazioni coerenti e affidabili”.

PROGRAMMA 3° GIORNATA: Mattina

2° SESSIONE PARALLELA

Sanità delle regioni, opportunità nelle diversità

Carlo Borghetti, Consiglio Regionale Lombardia

“Credo che abbiamo bisogno di una grande alleanza di tutte le forze politiche e istituzioni oggi in politica, indipendentemente dagli schieramenti, per affrontare la difficile situazione del Servizio Sanitario Nazionale e regionale. La situazione richiede un intervento deciso da parte della politica e delle istituzioni, che devono agire concretamente, traducendo la necessità in risorse finanziarie”.

“La problematica che stiamo affrontando riguarda l'incremento del bisogno di assistenza e cura, dovuto al fatto che la popolazione sta crescendo e che le patologie e le fragilità aumentano. Nonostante ciò, negli ultimi 20 anni, non abbiamo visto un adeguamento del fondo sanitario nazionale rispetto a questo aumento di bisogno. La carenza di personale, in particolare di infermieri, è un problema critico che richiede attenzione”.

“Proprio in relazione a ciò, ritengo che un'emergenza attuale sia l'adeguamento del fondo sanitario nazionale, che dovrebbe avvenire con la prossima legge di bilancio. Un adeguamento consistente è essenziale, e non possono bastare semplici ritocchi. L'obiettivo del 7,5% del PIL come percentuale di finanziamento per la sanità nazionale, come proposto dal Partito Democratico, richiederebbe un incremento di 4 miliardi all'anno per 4-5 anni”.



“Inoltre, c'è la necessità di affrontare il problema della fuga dei laureati in medicina e delle professioni sanitarie verso altri paesi, attratti da stipendi più elevati. Pagare meglio il personale e adeguare i percorsi formativi sono sfide che dobbiamo affrontare”.

“Considerando anche il titolo della sessione di lavoro sulle Regioni, ritengo che esse abbiano una grande responsabilità nell'attuare il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e nel rilanciare la sanità territoriale. Le comunità ospedaliere di comunità sono uno strumento fondamentale, ma è necessario adeguarle alle previsioni e alle necessità reali. Inoltre, è essenziale evitare un ulteriore accentuare dell'autonomia regionale in materia di salute, che potrebbe portare a ulteriori disparità”.

“Concludendo, ritengo che un maggiore finanziamento al fondo sanitario, un adeguamento degli stipendi del personale, una revisione dei percorsi formativi e un rilancio della sanità territoriale siano priorità condivise che dovrebbero essere affrontate da tutte le forze politiche in un'ampia alleanza con operatori e cittadini per salvare il servizio sanitario universalistico che abbiamo sempre voluto”.

Brunello Brunetto, Consiglio Regionale Liguria

“Sono il presidente della commissione sanità della regione Liguria dall'ottobre 2020. Prima di questo incarico, ero direttore del dipartimento emergenza urgenza della Asl 2 savonese fino al giorno precedente alla mia attuale posizione. Essendo anche primario di anestesia e rianimazione, ho una prospettiva diretta sulla materia e ho vissuto la prima fase pandemica in modo diretto”.

“Desidero sottolineare che il mio intervento è sicuramente politico e rappresenta la maggioranza della nostra regione, ma contiene anche note tecniche accolte dalla nostra consigliatura”.

“Il cambiamento radicale del rapporto con la sanità durante la pandemia ha reso necessario affrontare alcune questioni cruciali. In modo succinto, desidero focalizzarmi su alcuni punti essenziali già anticipati da Borghetti, condividendo la sua preoccupazione sugli stipendi inadeguati. La competizione internazionale per gli operatori sanitari è un problema, e la fuga di professionisti all'estero è un segno allarmante”.



“L'adeguamento degli stipendi è una priorità, e non è determinato solo dalla concorrenza estera ma anche dai rischi e dagli impegni elevati che gli operatori sanitari affrontano quotidianamente. La liberalizzazione dell'accesso alle professioni sanitarie deve essere ripensata, e l'accesso alle scuole di specialità richiede una revisione”.

“L'attenzione deve concentrarsi sull'adeguamento degli stipendi, ma anche sull'accesso alle scuole di specialità e sulla presa in carico del paziente cronico. La legge 833 del 1978, che governa il sistema sanitario nazionale, deve essere riscritta per affrontare le sfide attuali, e la programmazione è essenziale per garantire una distribuzione efficiente delle risorse”.

“Il PNRR offre un'opportunità, ma le risorse devono essere allocate in modo strategico. La collaborazione tra ospedali e territorio è fondamentale, e il passaggio dei medici di medicina generale alle dipendenze del Servizio Sanitario Nazionale è necessario per evitare una divisione tra le strutture”.

“Inoltre, la verifica delle prestazioni erogate deve essere rigorosa, con l'utilizzo costante degli strumenti come i Rao per evitare abusi e garantire che le risorse siano impiegate in modo efficiente”.

Andrea Costa, Consiglio Regionale Emilia Romagna

“Sono componente della commissione sanità e faccio parte del gruppo del Partito Democratico in Regione Emilia-Romagna. Ci sono stati interventi di Gallera e del collega Brunetto dalla Liguria, appartenenti ad altri gruppi politici, ma sembrerebbe che siamo tutti molto d'accordo sulla diagnosi riguardante le difficoltà della sanità nazionale.

Ponendo l'accento su questioni differenti, siamo abbastanza concordi nell'indicare la cura necessaria per il Servizio Sanitario Nazionale, affinché continui ad essere universalistico, gratuito e accessibile a chiunque in base al bisogno di cura”.

“Mi sorgono due domande: perché non iniziamo subito a mettere in atto questa cura, considerando che tutti condividiamo la necessità, e quali sono le azioni specifiche da intraprendere? Possiamo discutere su cosa fare prima o dopo, ma generalmente abbiamo tutti in mente le azioni necessarie”.



“La seconda questione riguarda la mancanza di una condivisione su una mobilitazione delle regioni e dei consigli regionali d'Italia. Questa mobilitazione potrebbe aiutarci a livello nazionale a superare la fase acuta di definanziamento del servizio sanitario pubblico, dando il tempo di implementare le riforme e le innovazioni necessarie”.

“A questo proposito, entro la fine di ottobre, presenteremo una proposta di legge iniziativa della regione al consiglio regionale, che offriremo al parlamento. Questa proposta prevede un aumento graduale dello stanziamento in rapporto al PIL destinato al finanziamento del fondo per la sanità fino al 7,5% del PIL nel 2027, contrastando così il definanziamento certificato nel documento di economia finanziaria del 2022”.

“La legge propone anche la rimozione dei vincoli di spesa sul personale, chiamando le regioni a organizzare territorialmente il controllo e la responsabilità nella gestione delle risorse. Infine, indica che le risorse necessarie possano provenire da un miglioramento dell'economia o, in subordine, dal contrasto all'evasione fiscale”.

“Questa proposta, derivata dai documenti approvati all'unanimità dalle regioni, è stata presentata al governo e al Ministero della Salute. Tuttavia, è stato osservato un mancato sostegno in alcuni contesti. Ritengo che, se più regioni e consigli regionali si mobilitassero, il governo centrale non potrebbe evitare un confronto serio e iniziare a implementare le azioni urgenti necessarie”.

“Se ciò non accadesse, potrebbe indicare che non tutti hanno interesse reale nella sanità pubblica, e forse c'è la volontà di favorire una progressiva privatizzazione della sanità. Questo sarebbe un enorme problema, tradendo la Costituzione e le nostre comunità”.

“C'è poco tempo per una mobilitazione efficace, ma spero che tutti i consigli regionali si impegnino per ottenere risposte immediate e per superare la fase acuta di finanziamento. Inoltre, è essenziale coinvolgere i medici di medicina generale nell'architettura complessiva della sanità pubblica, rivalutare l'istituto del convenzionamento e dare maggiore attenzione alla ricerca in sanità pubblica”.

Massimiliano Di Cuia, Consiglio Regionale Puglia

“Ho ascoltato con grande interesse gli interventi dei colleghi che mi hanno preceduto. Nonostante la diversa provenienza geografica e l'appartenenza politica, c'è una sostanziale condivisione riguardo ai problemi della nostra sanità pubblica e alle soluzioni da adottare”.



"Provo a offrire un contributo alla discussione, riflettendo sul problema del definanziamento delle risorse destinate alla sanità nelle regioni italiane".

"Il definanziamento è un problema centrale, ma dovremmo anche interrogarci su come vengono spese queste risorse. Prendo ad esempio la Puglia, dove sono consigliere regionale. Purtroppo, siamo spesso oggetto di notizie riguardanti sprechi ingiustificati e ingiustificabili, spesso sotto inchiesta giudiziaria. Recentemente, è stato discusso l'ospedale in Fiera, un progetto costato alla comunità pugliese 25 milioni di euro e che continua a costare".

"Questi esempi dovrebbero spingerci, come classe dirigente, a riflettere sulla necessità di potenziare i controlli sulla spesa. I fondi sono limitati, e non possiamo permetterci di spenderli in maniera irrazionale. Dobbiamo attivare un sistema di controllo più efficace su come vengono spesi".

"Inoltre, la politica dovrebbe estraniarsi da certi aspetti della gestione della sanità. Come Forza Italia, abbiamo promosso una proposta di legge in Puglia per potenziare i controlli sulla spesa e limitare l'incidenza della politica nelle scelte gestionali, come ad esempio nel sistema di nomina dei primari".

"Crediamo che la meritocrazia debba tornare ad essere preponderante, non solo in sanità ma in tutti i settori della vita pubblica. La politica deve fare la sua parte ma poi lasciare spazio a chi è in grado di fare scelte di natura tecnica e gestionale, che non competono e non devono competere alla politica".

Giulio Gallera, Consiglio Regionale Lombardia

"Il tema della Summer School, che compie 10 anni, è di grande importanza. Ho frequentato questa scuola più volte come assessore alla sanità, e l'ho sempre considerata un luogo di riflessione seria, approfondita e autorevole.

«Tornarci oggi, anche come membro della commissione sanità, è un grande piacere, nonostante le difficoltà nel trovare spazio tra gli impegni».

"Siamo in un momento estremamente delicato, come sottolineato nel vostro titolo, dove la sostenibilità del paese e del Sistema Sanitario è al centro dell'attenzione.



Siamo uno degli ultimi grandi paesi con un sistema universalistico funzionante, ma il tema del finanziamento o del definanziamento perpetuato per anni è una realtà che conosciamo bene”.

“Carlo Borghetti, consigliere regionale del PD, ha onestamente riconosciuto come i governi a guida sinistra abbiano depauperato il sistema sanitario. Il finanziamento insufficiente sia per il Fondo Sanitario Nazionale che per la Formazione è un problema critico, nonostante i miglioramenti temporanei ottenuti durante l'epoca covid”.

“La necessità di incrementare il Fondo Sanitario Nazionale è un impegno politico che dobbiamo assumerci, ma non è solo una questione di denaro. Dobbiamo riscrivere la legge 833 che governa il sistema sanitario nazionale, costruita nel 1978, per affrontare le sfide attuali. La presa in carico del paziente cronico è una strategia che dobbiamo riportare in primo piano”.

“Non possiamo risolvere tutto solo con soldi. Dobbiamo riflettere su come accompagnare i cittadini, soprattutto i più fragili, in un percorso di malattia sempre più lungo. La programmazione e la presa in carico dei pazienti sono fondamentali. La telemedicina è un'opportunità, ma deve essere codificata in modo chiaro”.

“La Summer School può essere un protagonista nella riflessione su come garantire un sistema sanitario di qualità. Una nuova legge di riordino nazionale che superi la divisione rigida tra ospedale e territorio potrebbe essere una soluzione in questo momento di crisi delle professioni sanitarie”.

“Siamo in sintonia sulla necessità di riscrivere la legge nazionale e di considerare una nuova organizzazione del sistema sanitario nazionale, superando la divisione tra ospedale e territorio. Questo è essenziale per garantire la continuità assistenziale e affrontare la crisi delle professioni sanitarie.”

Furio Honsell, Consiglio Regionale del Friuli-Venezia Giulia

“Sono consigliere regionale da sei anni, preceduto da un mandato di dieci anni come sindaco della città di Udine. Durante il mio ruolo di sindaco, ho ricoperto responsabilità nell'ambito del progetto 'Città Sane' dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nonostante non sia medico di professione. Successivamente, sono stato rettore dell'Università di Udine per otto anni, trattando le problematiche della Facoltà di Medicina da diverse prospettive”.



“Vorrei sottolineare che oltre il 50% del bilancio della nostra regione, che ha uno statuto speciale, è dedicato alla gestione della sanità. Tuttavia, questa autonomia finanziaria non si traduce in una maggiore solidità del sistema sanitario. Stiamo vivendo un periodo di progressivo impoverimento del sistema, nonostante fosse considerato uno dei grandi vanti”.

“Uno dei problemi chiave è la fuga del personale sanitario a livello nazionale. Questo fenomeno è incomprensibile e preoccupante, con medici e infermieri che si rivolgono a forme di lavoro più precarie, come cooperative. La giustificazione comune è la mancanza di personale, ma in realtà, questo personale si disperde in strutture private o cooperative, portando a una progressiva perdita di attrattività per i lavoratori della sanità”.

“La valorizzazione del personale non si riduce solo al punto retributivo, ma riguarda anche il clima aziendale. L'espansione delle strutture e la gestione aziendalistica spesso mettono i lavoratori in condizioni difficili. Dobbiamo affrontare la sfida di creare un ambiente di lavoro soddisfacente e promuovere prospettive di sviluppo e riconoscimento”.

“A livello demografico, i cambiamenti nella popolazione ci mettono sotto stress. L'età media cresce, e il calo delle nascite porta a una riduzione di giovani lavoratori. Le soluzioni emergenziali, come l'arruolamento di personale dall'estero, non affrontano il problema in modo strutturale”.

“Inoltre, il sistema sanitario non è stato adeguatamente compensato per l'aumento dei costi dovuto all'inflazione. La perdita di funzionalità del nostro sistema sanitario è evidente, e dobbiamo agire per migliorare il clima aziendale, valorizzare il personale e affrontare la crescente precarietà nel settore sanitario”.

Simona Loizzo, Camera dei Deputati

“Sono un deputato calabrese e, come sapete, la sanità in Calabria è commissariata. Ho ascoltato attentamente l'ultimo intervento sulle aree interne, e considererei la Calabria un'area interna dell'Italia. Come ben sapete, siamo stati commissariati per 10 anni, con il presidente e commissario delegato alla attuazione del piano di rientro per la prima volta”.

“Inutile sottolineare che in un contesto di riforma urgente del sistema sanitario nazionale, che non è più sostenibile, la Calabria sta cercando di recuperare un gap economico nell'economia sanitaria.



Oggi, per la prima volta, sono certificati debiti di aziende che erano in bilancio omerico, effetto devastante di 10 anni di commissariamento con commissari che sono venuti in Calabria come contabili”.

“Come medico e direttore di dipartimento chirurgico, sono coinvolto nel sistema sanitario regionale della Calabria con il commissario. Le proposte avanzate, considerando la situazione attuale, sono cruciali. Mi auguro che, come membro della commissione sanità e presidente dell’intergruppo di sanità digitale e terapie digitali, ci siano ulteriori occasioni di interscambio, specialmente sulla sanità digitale, annunciata negli Stati Generali di febbraio”.

Giovanna Miele, Camera dei Deputati

“Per noi è assolutamente vitale comprendere come procedere rispetto al tema della sanità, come tutti avete sottolineato. La sanità gode dell’Autonomia Regionale, il che significa che ogni visione regionale ha le sue conseguenze in azioni concrete. Questo ci porta al tema dei finanziamenti che, per quanto non bastino mai in sanità, sono fondamentali data la situazione attuale dal punto di vista sanitario e sociale”.

“È chiaro che ogni regione vive situazioni assolutamente diverse, e il benessere dei professionisti e dei medici è un tema fondamentale. Vivo nella regione Lazio, nella provincia di Latina, e la gestione della sanità durante la pandemia ha manifestato una mancata visione soprattutto in tema di supporto territoriale sanitario”.

“Gli ospedali non possono essere l’unico contenitore per risolvere tutte le problematiche, dato la carenza di strutture ambulatoriali territoriali. La mancanza di medici in Italia, il problema del numero chiuso nelle università, e la fuga di giovani all’estero per studiare Medicina sono solo alcuni degli ostacoli che affrontiamo”.

“La gestione della sanità ha mostrato confusione su come prospettare il futuro del sistema. Ad esempio, il sovraffollamento dei pronto soccorso è un problema diffuso, con medici spesso oberati di lavoro e vittime di esposti. La necessità di prendere medici in pensione per turni notturni nei pronto soccorso è grave e compromette la qualità del lavoro nel tempo”.



“Le case della salute sperimentate nel Lazio, presidi ospedalieri chiusi diventati filtri tra il medico di base e l'ospedale, spesso non hanno funzionato come previsto. La ricerca è fondamentale, ma dobbiamo superare l'ostacolo della formazione adeguata per i medici affinché rimangano in Italia”.

“Inoltre, le difficoltà ad aprire studi medici di medicina generale e le lunghe liste d'attesa rendono la situazione ancora più critica. Molti pazienti si trovano a dover affrontare spese d'urgenza di propria tasca, evidenziando le lacune del sistema”.

“Affrontare questi problemi richiede una riflessione approfondita e una collaborazione regionale per trovare soluzioni integrate. La sanità non riguarda solo la cura fisica, ma fa parte di un sistema che riflette la civiltà di uno Stato. La lunghezza delle liste d'attesa e le sfide durante la pandemia devono essere affrontate per garantire la cura adeguata delle persone”.

Alessandro Stecco, Consiglio Regionale Piemonte

“Tutti siamo d'accordo sulla necessità di un finanziamento maggiore per il sistema sanitario nazionale, corrispondente a una percentuale del PIL, come è stato suggerito (45 miliardi all'anno). Tuttavia, dobbiamo considerare che il PIL può variare, quindi è essenziale riflettere su questa fluttuazione. Inoltre, bisogna capire perché, negli ultimi 10-15 anni, non è stato possibile aumentare il finanziamento”.

“Potrebbe essere il momento di rivalutare il modello di finanziamento, cercando modalità innovative che vadano oltre il tradizionale approccio degli ultimi 40 anni. La mancanza di un Piano Sanitario Nazionale negli ultimi decenni è un segnale di cambiamento necessario, specialmente considerando l'evoluzione del sistema sanitario e l'emergere di nuove professioni e ambiti di attività”.

“La sostenibilità del lavoro nel sistema sanitario nazionale non riguarda solo l'aspetto economico ma richiede una revisione completa, compresa la riformulazione del Piano Sanitario Nazionale e delle modalità di contrattazione e rinnovo dei contratti. Il riconoscimento e la valorizzazione delle professioni, come quelle nei distretti sanitari, sono essenziali”.



“Affrontare le sfide delle aree interne desertificate richiede un approccio differenziato, forse con incentivi finanziari per chi sceglie di lavorare in queste zone. L'accessibilità a servizi sanitari in aree montane e remote è un problema comune che necessita di soluzioni specifiche”.

“Altri problemi includono la fuga dei medici all'estero, la medicina difensiva causata da un sistema giudiziario inefficace e la necessità di un maggiore controllo dell'appropriazione delle risorse nei settori pubblico e privato convenzionato”.

“In sintesi, per garantire un sistema sanitario sostenibile e efficace, dobbiamo rivedere il finanziamento, il Piano Sanitario Nazionale, e affrontare le sfide specifiche di diverse regioni e settori. La discussione su questi punti è fondamentale per plasmare il futuro della sanità in Italia.”

TAVOLO DI LAVORO 3

L'esempio dello scompenso cardiaco

Carlo Tomassini, Direzione Scientifica Motore Sanità

“Abbiamo registrato soprattutto alcune, vogliamo chiamarle, criticità, difficoltà e, alle volte, ostacoli al lavoro più facile, più snello, eccetera. Accogliere tutte quelle opportunità che il sistema mette a disposizione, in modo particolare nel campo dell'innovazione. Si è trattato delle nuove tecnologie, in senso di farmaci. Effettivamente, hanno la capacità di cambiare il paradigma di funzionamento della malattia”.

“Detto questo, vorrei elencare rapidamente alcune criticità che sono state segnalate, in modo particolare, alle volte la difficoltà di comunicazione fra professionisti, fra specialisti ma non solo. Il classico, cioè, ospedalieri e medici di medicina generale, è il classico appunto che deve trovare una qualche soluzione anche all'interno del pensiero nuovo del PNRR per cui è stato creato e perseguito.

Ma comunicazione anche all'interno delle due entità, cioè, all'interno, per esempio, fra specialisti diversi dello stesso ospedale, fra specialisti di ospedali diversi, e all'interno della stessa rete regionale. Quindi, un percorso che dovrebbe essere facile perché mette in comunicazione tutto il sistema; i pazienti ci girano dentro, soprattutto attraverso la multidisciplinarietà, eccetera”.



“Un altro aspetto che invece guarda più evidentemente ai gestori che è emerso è il supporto anche informatico a questa comunicazione. La facilità, tanto per dire, dalla tele visita o il tele consulto, la telemedicina in senso lato, che si è utilizzata abbondantemente durante il periodo COVID. Ma, poi, nella stragrande maggioranza delle regioni, dopo un picco che ha toccato in alcune specialità anche il 60-80% delle visite in questa modalità, siamo ritornati in una situazione in cui si è poco consolidato. Complice anche il fatto giustamente che molte regioni l'avevano fatto in urgenza e poi si erano dimenticate di anche dargli un valore tariffario. Quindi, anche una loro ufficialità non c'era, possibilità di rendicontare un lavoro che effettivamente veniva fatto da tutti quanti”.

Roadshow focus on scompenso cardiaco. l'innovazione che cambia e salva la vita dei malati cronici

Claudio Bilato, Past President ANMCO Veneto e Consigliere Nazionale e Tesoriere ANMCO

“L'esempio dello scompenso cardiaco nel processo di innovazione. Allora diciamo subito una cosa: di tutte le malattie croniche, sicuramente di quelle cardiovascolari, ma direi non soltanto, lo scompenso cardiaco fa da padrone in maniera assoluta.

Impatta nella mortalità, nella morbilità dei pazienti, ma impatta anche in maniera pesante nelle ure sanitarie e nell'impiego di risorse. Quindi, trovare sistemi di gestione dei pazienti scompensati che non sono tutti uguali. Il paziente con scompenso cardiaco è molto differente, e quindi, anche tra virgolette, il padrone clinico di quel paziente è differente. È estremamente difficile”.

“Le innovazioni, vorrei dire, ci portano ovviamente a fare un ripensamento perché le innovazioni che abbiamo avuto negli ultimi anni sono fondamentali. Sono di carattere farmacologico.

Abbiamo questi quattro pilastri della terapia farmacologica, in cui tutte le linee guida ci dicono, con una raccomandazione che ha una classe, cioè, per noi medici clinici vuol dire 'tu devi fare così', ed è supportata da un livello di evidenza, cioè, ci sono più studi.



Bene, queste quattro classi farmacologiche sono raccomandate per ridurre la mortalità e le ospedalizzazioni da scompenso: sono tutti quanti i bloccanti del sistema renina-angiotensina-esterone, gli antagonisti dei minerali corticoidi, i Betabloccanti e gli inibitori D-sglt2. Insieme sono estremamente importanti”.

“Accanto a questo, abbiamo avuto un'innovazione tecnologica nei pazienti con scompenso avanzato che è fondamentale. Mi riferisco, in fase acuta e in fase anche subacuta o cronica, alle assistenze ventricolari e ovviamente al trapianto.

Ma al pre-trapianto, ormai abbiamo dei modelli di assistenza ventricolari che sono molto molto efficaci ed efficienti in termini di modificazione della storia, ma anche in fase acuta, in cui le reti che sono costruite, l'utilizzo di procedure o di device come l'ECMO, ci portano a garantire la sopravvivenza in pazienti in cui anni fa era impossibile sopravvivere. Tutte queste cose, sia la terapia sia le assistenze, necessitano di reti.

Necessito di gestire non soltanto l'acuto, ma anche la cronicità. Perché molti di questi farmaci, molti di questi trattamenti, devono essere gestiti nella fase immediatamente post-dimissione”.

“Si tratta di capire, voglio farla molto breve, chi gestisce questi pazienti. Il Dott. Cancian propone un modello giustamente di gestire i pazienti nella sua medicina di gruppo integrata. Lui vive, secondo me, in una realtà che non è diffusa, ahimè. Mi piacerebbe che tutti fossero nel suo stato, ma non è così, sicuramente nelle zone in cui opero io non è così, ahimè, se non in piccoli casi”.

“Allora, dobbiamo metterci d'accordo, e questa è un po' la mia provocazione. Chi gestisce cosa? Perché il paziente con scompenso, che è estremamente vario, richiede una struttura che è in qualche maniera ospedale-centrica, che noi chiamiamo l'ambulatorio dello scompenso, ma abbiamo capito che questa struttura, ambulatorio per lo scompenso, che è la struttura con cui l'ospedale si porta fuori, ha differenti livelli.

C'è un ambulatorio allo scompenso molto proiettato sull'esterno, che è cosiddetto ambulatorio che chiamiamo 'spoke', che è molto di prossimità. Ci sono gli ambulatori di scompenso dei centri ospedalieri che gestiscono lo scompenso ma non gestiscono le terapie sostitutive cardiache, assistenze, e poi abbiamo gli ambulatori scompenso dei centri di terzo livello.



Questi ambulatori sono molto integrati. Ci manca il passaggio sul territorio, e ci manca, e mi fermo anche un'altra cosa, un'integrazione con le cure palliative. Perché lo scompenso cardiaco significa molto spesso, e ve lo dico perché sto vivendo questa situazione con un paziente che oggi è ricoverato nel mio reparto, significa molto spesso gestire pazienti in stage e significa gestire anche la terminalità”.

Maurizio Cancian, Segretario SIMG Veneto

“Una precisazione: in realtà, la struttura organizzativa dove lavoro è presente in altre 71 medicine di gruppo integrate del Veneto e quindi assiste mediamente questo tipo di strutture al 25% della popolazione.

Il problema è come portare questa organizzazione nei sistemi di carenza di risorse che ci sono e soprattutto, non solo l'organizzazione, ma un'organizzazione che supporti dei percorsi di cura e di presa in carico che siano assolutamente integrati tra cure primarie e medicina specialistica”.

“Ecco la sua frustrazione: quando il paziente esce dall'ospedale e non trova una presa in cura adeguata, è la nostra frustrazione quando dobbiamo mandare un paziente in consulenza allo scompenso cardiaco.

Il CUP lo destina agli ambulatori privati più vari, dove non ci sono le competenze e non c'è una continuità di cura. Quindi, è proprio il sistema che richiede uno sviluppo nelle direzioni che le best practice della cardiologia e le best practice della medicina generale vanno diffuse e portate a sistema”.

“Credo che non possiamo cadere nel tranello della guerra tra poveri. Di chi è il paziente mio e tuo. Ma dobbiamo chiedere maggiori risorse per lavorare al meglio con indicatori di qualità sia nel territorio e ovviamente, come già succede nelle cure specialistiche, i numeri dei pazienti con insufficienza cardiaca sono oggi tali, lo ha ricordato prima il dottor Bilato, che non si può andare in una direzione diversa che non sia quella dell'integrazione”.

“Qui cito due innovazioni ad elevato impatto che riguardano la medicina generale. La prima è identificare precocemente attraverso una ricerca attiva i pazienti con insufficienza cardiaca nelle fasi precoci, perché questo permette di definire insieme alla cardiologia in maniera precisa la diagnosi.



Le cose che si possono fare: rimuovere le cause quando questo è possibile, sviluppare tutta la tecnologia che può agire sulla cardiopatia ischemica, sulla ritmologia, e potremmo continuare a lungo sull'insufficienza cardiaca. Ma poi diciamo prendere in cura questi pazienti per lavorare sulla parte di presa in carico che riguarda più le cure primarie”.

“L'altro elemento importante è migliorare la sensibilità dell'esame clinico periodico che viene fatto in medicina generale sui pazienti stabilizzati, per introdurre gradualmente nella routine l'esame clinico Eco assistito.

Velocemente, se riesco, sì sei tu la prossima. Questo è semplicemente per ricordare un progetto, Arcipelago, che appunto, come dicevo prima, ha coinvolto 23 delle 72 medicine di gruppo integrate attive nel Veneto. Ripeto, questa è un'attività che deve fare il sistema, non è un'attività che può fare una società scientifica e chiaramente quello che facciamo è insufficiente. Però, esploriamo dei percorsi che mettiamo a disposizione”.

“La prossima ci dice che l'audit è la cosa più importante; quindi, abbiamo bisogno di un buon sistema informativo comune. Quando si parla di governance, dobbiamo parlare di dati che ci permettono di misurare quello che stiamo facendo, di identificare i livelli di performance insufficienti, identificare le barriere, cercare di rimuoverle, metterle in pratica e rimisurare nuovamente quali sono i risultati. Questa è un'attività di sistema che il sistema non sta facendo. Il nostro sistema fa della governance di tipo amministrativo, ma non fa una governance clinica”.

“In questo modello, diciamo così, sia in carico alla cardiologia, sia in carico ai distretti e sicuramente deve essere un sistema interdisciplinare che fa sedere attorno a tavolo tutti gli attori del sistema che contribuiscono a quel circolo virtuoso.

La prossima ci fa vedere che in una medicina di gruppo integrata, non quella dove lavoro io e questo è un lavoro che verrà pubblicato insieme all'Università di Padova per la parte biostatistica nelle prossime settimane in una importante rivista internazionale, ha fatto vedere come andare a ricercare attivamente i pazienti con insufficienza cardiaca abbia portato nel giro di alcuni anni la prevalenza dal meno dell'1% a quasi il 3,5%, quasi il 4%.

Quindi, andare a ricercarli attivamente nelle fasi precoci, ovviamente, vuol dire garantire molto in termini di successo dei piani di cura e delle terapie che la tecnologia e la competenza della cardiologia possono mettere a disposizione”.



“Il progetto Arcipelago, torno indietro un secondo. Ecco con la freccia gialla abbiamo mostrato, questo è un database di 1000 in rete Veneto che osserva circa 200.000 persone. Quando è stato fatto l'intervento sulla freccia gialla per andare a ricercare precocemente i pazienti, la prevalenza si è impennata. La prevalenza media invece nella medicina generale che non era stata coinvolta in questo tipo di attività si è mantenuta come con incremento lineare, che è quello normale dell'aumento della prevalenza dello scompenso cardiaco. Non c'è stata l'impennata perché è mancato un intervento formativo di organizzazione per anticipare la diagnosi”.

“La tesi di un collega che sta completando il percorso di specializzazione in medicina di famiglia nella struttura dove lavoro, dove vediamo la prossima. Sono stati su 50 pazienti stabilizzati, sono stati visitati in maniera tradizionale e col supporto della visita Eco assistita, andando a cercare le linee B per vedere se c'era un aumento della presenza di liquido a livello polmonare e andando a misurare il diametro della vena cava inferiore e la sua percentuale di collassabilità. Questi due semplici elementi semiologici, perché stiamo di una visita non stiamo parlando di ecografia ma di una visita dove al fonendoscopio si associa appunto una sonda ultrasuoni, per con due scansioni molto semplici andare a misurare questi due dati”.

“Questa visita ha una sensibilità e una specificità molto maggiore nell'individuare precocemente i pazienti che stanno trattenendo liquidi, molto più di quello che è la rilevazione dei sintomi, molto prima di quella che è la rilevazione dei segni. Andiamo avanti ancora. E quindi, diciamo così, tenuto conto che oltre il 50% dei pazienti con scompenso cardiaco sono fragili”.

“Sostanzialmente quello che può fare l'infermiera è fondamentale in una medicina di gruppo integrata che assiste diverse centinaia di pazienti con insufficienza cardiaca. E questo è un aspetto molto molto importante perché l'addestramento del paziente, la verifica dell'aderenza alla terapia, l'educazione del caregiver, rinforzare stili di vita, misurare una serie di parametri, eseguire periodicamente un elettrocardiogramma e andiamo avanti. E naturalmente, l'altra conclusione della ricerca alla pratica”.

“Diciamo che introdurre, e i colleghi giovani lo stanno facendo in maniera spontanea, l'esame clinico Eco assistito riduce la sofferenza perché individua lo scompenso polmonare prima che questo si manifesti in tutta la sua gravità, riduce il ricorso all'emergenza, riduce i ricoveri e dà maggiore equilibrio al sistema e alla gestione delle risorse.



E l'altro elemento è che ovviamente non possiamo più rinviare questo passaggio a sistema perché il processo è in corso in maniera spontanea. Ma va sistematizzato. E quindi, la Pocus, cioè la Point of Care Ultrasound in medicina generale, va codificata”.

“C'è letteratura, sono 20 le situazioni, ci sono gli elementi semiologici, già abbiamo una scuola regionale. Formiamo i formatori, troviamo degli incentivi per mettere a disposizione strumenti e attività, ma questo è un elemento che in almeno 20 situazioni, ma in particolare oggi parliamo dell'insufficienza cardiaca, ha una qualità decisamente rilevante in termini proprio di salute per i pazienti.

Finisco per dire, prego. Finisco per dire che l'altro elemento importante è che o la smettiamo di parlare di medici di medicina generale. Ma parliamo di team medico-infermiere, altrimenti, come dire, le potenzialità è come è come giocare a tennis con la mano legata dietro la schiena”.

TAVOLO DI LAVORO 4

Cure ospedaliere, continuità delle cure

Indicatori monitoraggio livello accessibilità, appropriatezza, qualità e sicurezza Pronto Soccorso);

- Indicatori monitoraggio governo delle liste di attesa, su spesa effettuata per il recupero delle prestazioni mancate durante la pandemia, all'interno delle aziende ospedaliere con confronto sui dati intramoenia attività privata/tempi d'attesa visite in convenzione;
- Indicatori monitoraggio esiti PNE da inserire in valutazione LEA attraverso indice aggregato;
- Indicatori di monitoraggio per qualità assistenza ospedaliera percepita;
- Indicatori utilizzo telemedicina (n° di attività svolte divise per tipologia);
- Indicatori n° di pazienti dimessi con attivazione del percorso PDTA.



Discussant

Luigi Pais Dei Mori, Consigliere FNOPI e Presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Belluno

“La continuità delle cure, prima di essere uno strumento, è un concetto etico di grande rilevanza. Fa parte del patto di non abbandono che i professionisti sanitari stipulano con le persone assistite, anche se a volte questo principio viene offuscato dalle dinamiche organizzative e dalle sfide quotidiane”.

“È cruciale mantenere sempre presente questo concetto, specialmente in un periodo in cui si parla sempre di più di telemedicina e di nuovi approcci a distanza. Tuttavia, è fondamentale non perdere di vista l'obiettivo principale: la cura dell'uomo, la persona assistita”.

“Un esempio interessante di come la continuità possa essere implementata in modo innovativo è stato sperimentato a San Marco in Lamis, in Puglia. Qui, la mancanza di mezzi per il trasporto delle persone che necessitavano di dialisi ha portato alla creazione di un sistema basato su un robot dotato di telecamera e microfono. Questo robot ha consentito a una centrale operativa di guidare i caregiver o le stesse persone nell'esecuzione della dialisi peritoneale, garantendo così il diritto alla salute nel proprio domicilio”.

“La continuità delle cure si integra bene con il concetto di K management nell'ambito dell'infermieristica di famiglia e comunità. Questo approccio si allinea alle sfide della sanità digitale, che ha radicalmente cambiato il modo in cui interpretiamo la salute. La trasformazione verso un "Digital Mindset" è un processo graduale che coinvolge tutti, non solo le nuove generazioni”.

“Tuttavia, dobbiamo essere consapevoli dei potenziali rischi. Mentre la sanità digitale, la telemedicina e la teleassistenza avanzano, c'è il pericolo di creare una nuova fragilità e aumentare le necessità assistenziali. I dati sull'osservatorio nazionale della salute evidenziano la presenza di milioni di disabili, e la sfida sta nell'evitare che le nuove tecnologie creino un divario digitale, escludendo chi ha bisogno di assistenza”

“In questo contesto, l'evoluzione dei sistemi e degli strumenti, insieme alla formazione dei professionisti sanitari, diventa essenziale. La casa, considerata sempre di più il luogo di cura principale, richiede una prossimità immediata ai bisogni, con modelli organizzativi che tengano conto di queste sfide e promuovano l'empowerment progressivo delle persone assistite”.



“In sintesi, il cambiamento è inevitabile, e il nuovo sistema che si sta delineando deve essere orientato alla produzione di salute, con un'attenzione particolare all'usabilità delle tecnologie e alla costruzione di queste ultime considerando il punto di vista sia dei professionisti che delle persone assistite”.

Enrico Rosso, Direttore Ospedale di Vicenza - ULSS 8 Berica

“Parlando della parte di innovazione e degli indicatori nel Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), è evidente che i tre principali filoni che interessano la continuità ospedale-territorio sono quelli legati alle patologie ad elevata incidenza e prevalenza.

In particolare, il focus su patologie come diabete, scompenso cardiaco e BPCO è fondamentale per l'ospedale, richiedendo una precoce identificazione dei pazienti per prevenire ospedalizzazioni immediate. È essenziale mantenere una valutazione continua del paziente in prevenzione secondaria e terziaria per evitare le ospedalizzazioni che possono derivare dalla progressiva evoluzione della patologia”.

“Il secondo filone riguarda i PDTA con un'incidenza leggermente inferiore, come ad esempio le patologie neurologiche (sclerosi multipla, SLA, ecc.). In questi casi, l'attivazione di strumenti di telemedicina è cruciale, considerando che si tratta spesso di pazienti giovani che richiedono una presa in carico precoce”.

“Il terzo punto di interesse è quello delle dimissioni ospedaliere protette, un ambito su cui l'azienda sanitaria intende concentrarsi. Il decreto regionale del Veneto prevede l'identificazione precoce dei pazienti, utilizzando indicatori come la scala di Brass.

La segnalazione precoce viene gestita dalla Centrale Operativa Territoriale (COT), che svolge un ruolo chiave nella transizione tra ospedale e territorio. La COT, se attivata entro i tempi previsti, può contribuire a individuare il setting più appropriato per il paziente, riducendo la variabilità legata al singolo professionista”.

“In sintesi, la parte più critica degli indicatori PDTA che costruiscono un percorso tra ospedale e territorio riguarda le dimissioni precoci. Questo approccio riduce la variabilità, evita ospedalizzazioni non necessarie, allevia la pressione sugli ospedali e consente loro di svolgere la loro vera funzione, specialmente quelli con un ruolo Hub.



Un indicatore pratico potrebbe essere il monitoraggio del numero di pazienti ultra sessantacinquenni a cui è stata somministrata la scala di Brass e che hanno attivato il percorso entro 4-5 giorni dall'ingresso in reparto”.

“In conclusione, l'esempio concreto fornito dimostra come la pratica superi la teoria, sottolineando l'importanza della collaborazione effettiva tra ospedale e territorio nell'interesse del paziente. La pianificazione della dimissione nei primi giorni di degenza rappresenta un requisito fondamentale per garantire una transizione efficace e un pensiero orientato al futuro”.

Roberta Zanetti, Dirigente professioni sanitarie A.Li.Sa. Regione Liguria

“Abbiamo discusso di indicatori, di percorsi e di dimissioni protette. Dato che il Dottor Frol ha menzionato le provocazioni, vorrei fare una provocazione al Direttore Rosso: perché non coinvolgere il territorio nelle dimissioni protette? Queste sono solo idee per il futuro, ma ritengo che la tempestività negli interventi sia fondamentale in sanità. La tempestività significa ottimizzare gli interventi, evitare il peggioramento del quadro clinico del paziente e utilizzare in modo appropriato le risorse per prevenire ricoveri, che possono essere dannosi per la salute del cittadino”.

“Il mio claim è che puoi avere tutte le risorse che vuoi, ma se le utilizzi in modo sbagliato, cambia poco o nulla. La complessità dei bisogni di salute e dell'offerta sanitaria è aumentata notevolmente dagli anni '80 a oggi. Non ci sono solo gli ospedali, ma anche il territorio, le cure domiciliari, e gli De Hospital. Pertanto, dovremmo spostare l'attenzione dai dati sulle risorse ai processi. La complessità dei sistemi sanitari richiede un nuovo modo di pensare, con un focus sugli indicatori di processo anziché solo sui risultati”.

“Un esempio è il Pronto Soccorso, che rappresenta un sogno, ma la realtà è spesso diversa. La complessità del processo in Pronto Soccorso può causare garbugli e inefficienze. È ora di affrontare seriamente le sfide, considerando nuove visioni come l'utilizzo degli ambulatori delle professioni sanitarie, la telemedicina e il ruolo degli ospedali nel territorio”.

“La formazione è fondamentale per affrontare queste sfide, con un'attenzione particolare alla multidisciplinarietà e alla corretta compilazione delle schede diagnostiche. La condivisione di dati sanitari e best practice è cruciale, ma deve essere fatta in modo ragionato e adattato alle specificità di ciascuna realtà”.



"Infine, vorrei condividere una citazione che trovo significativa: "Non puoi tornare indietro e cambiare l'inizio, ma puoi iniziare dove sei e cambiare il finale." Credo che sia essenziale iniziare a affrontare le sfide attuali nel contesto sanitario".

PROGRAMMA 3° GIORNATA: Mattina **SESSIONE PARALLELA**

TAVOLO DI LAVORO 5

Cure territoriali, continuità delle cure

- Indicatori di monitoraggio Qualità e Accessibilità all'assistenza primaria (MMG, PLS, Continuità Assistenziale, COT, Distretti, case salute, etc.)
- nelle Regioni;
- Indicatori monitoraggio efficienza ed accesso all'ADI (tipologia professionisti coinvolti nell'equipe e tempo assistenza/paziente);
- Indicatori monitoraggio attuazione DM77 con misurazione personale dedicato ogni singola struttura territoriale (regione, ASL);
- Indicatori n° di pazienti inseriti e seguiti in PDTA.

Discussant

Maurizio Cancian, Segretario SIMG Veneto

"Con oltre 40 anni di esperienza e un forte impegno all'interno di una società scientifica dedicata all'innovazione nella professione medica, desidero condividere alcune informazioni sul progetto EMPAM. Prima di entrare nei dettagli del progetto, è importante comprendere che l'Enpam non è una struttura privata, ma una fondazione di diritto pubblico senza scopo di lucro.

L'Enpam è soggetto al controllo di due ministeri vigilanti, il Ministero dell'Economia e il Ministero della Salute. Ogni progetto ed investimento deve essere approvato dal Ministero dell'Economia, garantendo la corretta gestione delle risorse.



L'Enpam è un ente previdenziale che opera in sostegno allo Stato; non è un'entità profittevole, ma si impegna a proteggere i contributi versati dai medici per la loro previdenza e assistenza."

Le sfide nell'Assistenza Medica e la Missione dell'Enpam:

"Attualmente, il settore sanitario affronta gravi carenze di risorse, e l'orientamento sembra essere quello di investire in strutture di comunità definite 'Hub,' che per definizione non possono essere prossime a tutti i medici e alle famiglie. Ciò comporta la necessità di creare strutture di medicina generale di standard eccellente sia dal punto di vista strutturale che funzionale, dove quattro o cinque medici possono collaborare con infermieri, personale amministrativo e, se necessario, specialisti per offrire cure di alta qualità.

Tuttavia, spesso la medicina generale non dispone delle risorse necessarie nei propri bilanci contrattuali. Questo porta a situazioni non funzionali e talvolta indecorose. L'Enpam ritiene che i medici devono lavorare in buone condizioni, poiché se non lo fanno, non verseranno contributi, mettendo in pericolo le future pensioni dei medici.

Di conseguenza, l'Enpam è impegnato nell'investire parte del suo patrimonio immobiliare per fornire studi medici nelle giuste condizioni. Questo rappresenta un investimento, poiché i medici pagano l'affitto, garantendo un ritorno sugli investimenti."

Le Case di Comunità e il Futuro del Lavoro Medico:

"Per quanto riguarda le case di comunità, ho la mia opinione. Io lavoro in una struttura che funziona con successo come una casa di comunità con 10 medici convenzionati, e non abbiamo lamentele, né dai direttori né dalla popolazione. Funzioniamo molto bene, offrendo orari estesi.

Questo dimostra che è possibile trovare un modello di lavoro flessibile ed efficiente all'interno del nuovo sistema di accordo convenzionale. Ci tengo a sottolineare che l'assunzione di medici dipendenti può risultare costosa, e ciò non tiene conto delle spese sostenute dai medici di famiglia nel gestire i propri studi.

Le case di comunità Spoke non rappresenterebbero più una missione dell'Enpam in questa situazione, in quanto i medici diventerebbero dipendenti e verserebbero contributi all'INPS. In questo caso, l'Enpam dovrebbe definire quale sarebbe il suo ruolo nelle case di comunità.



Personalmente, ritengo che dovremmo attuare le migliori pratiche della medicina generale in team, enfatizzando la presa in carico e la gestione delle cure, utilizzando indicatori per monitorare la qualità dei processi e degli esiti delle cure.

All'interno delle case di comunità, potremmo creare strutture di secondo livello per le cure primarie, offrendo competenze specialistiche che servono a tutta l'area locale, integrando servizi di ambulatorio per diverse specializzazioni. In questo modo, possiamo contribuire a migliorare la qualità e l'efficacia delle cure primarie."

Mauro Filippi, Direttore Generale ULSS 4 Veneto Orientale

"Il tema della continuità non è certamente un tema di oggi; è un tema che si pone da sempre in un modello quale è quello Veneto. Questo modello, come tutti noi conosciamo, ha una caratteristica insomma che lo rende unico: è un sistema sociosanitario a forte integrazione.

Questa integrazione e continuità sono state parte del suo DNA fin dalla sua nascita come sistema pubblico, con un forte concetto di integrazione e continuità tra diverse strutture e diversi setting assistenziali, inclusi l'ospedale e il territorio, nonché tra la componente sanitaria e sociosanitaria o sociale.

Il modello Veneto si basa sulle deleghe dei comuni all'azienda sanitaria, sia per funzioni obbligatorie che spesso per quelle che sono le deleghe facoltative. Questo legame solido e storico costituisce oggi una base di riferimento importante per l'assistenza territoriale dei prossimi decenni".

"Da dove possiamo considerare l'assistenza territoriale da tre punti di vista?"

"Il primo punto di vista è sicuramente la grande opportunità offerta dal Next Generation EU, che è emersa con la pandemia. La pandemia ha evidenziato molti punti critici di debolezza nell'assistenza territoriale".

"Il secondo punto di vista è il Piano Nazionale della Cronicità, il quale mette in evidenza le sfide legate alla popolazione anziana e alle persone con fragilità e disabilità. La maggior parte degli anziani e degli ultra 65enni ha almeno una malattia cronica, e gestire queste condizioni nel contesto della comunità diventa cruciale".



“Il terzo punto di vista è il Piano Nazionale della Prevenzione, fondamentale per comprimere la disabilità, ritardarla o evitarla. La prevenzione è il punto di partenza per ridurre i costi e l'impegno del sistema, considerando l'evoluzione del tessuto sociale che non è più quello di 40 anni fa. Oggi, molte persone vivono da sole, e le famiglie hanno cambiato struttura”.

“Sotto questi tre punti di riferimento, che definiscono una strada comune, dobbiamo gestire la cronicità nel territorio in una logica di continuità. Il paziente cronico attraversa fasi di acuzia e cronico, e il problema diventa come gestirlo all'interno della sua famiglia o comunità. Questo apre il capitolo della rivoluzione nell'assistenza territoriale, con il DM 77, che definisce standard e modelli organizzativi e indicatori precisi”.

“In Veneto, abbiamo un vantaggio grazie a un sistema sociosanitario integrato, all'assistenza domiciliare, alle strutture di ricovero intermedie e alle centrali operative territoriali. Questi elementi ci posizionano in modo favorevole rispetto ai requisiti del DM 77. Il modello organizzativo diventa fondamentale, con l'attenzione posta sulla persona e il coinvolgimento dei professionisti per migliorare l'assistenza. Modelli come il Case Management diventeranno centrali per affrontare la cronicità e la fragilità”.

Francesca Pellegrini, Ass. Director, Commercial & Key Account Manager North Vree Health

“Parlo a nome dell'azienda Vree Health, un'azienda del gruppo MSD con oltre 10 anni di esperienza nelle soluzioni di telemedicina e Digital Health. Le nostre soluzioni mirano a supportare i pazienti nel percorso di cura territoriale, promuovendo la cooperazione tra il medico di medicina generale e gli specialisti coinvolti”.

“Il processo inizia con il medico di medicina generale, che crea un piano di cura basato sulle patologie del paziente. La nostra piattaforma consente una forte cooperazione tra il medico di medicina generale e gli specialisti, facilitando la prescrizione di prestazioni e la prenotazione, oltre al monitoraggio del percorso di cura e l'accesso ai referti”.

“La chiave del nostro sistema è l'integrazione. Abbiamo unificato molte funzionalità in una piattaforma, semplificando il lavoro dei medici. Inoltre, offriamo integrazioni con sistemi esterni per prescrizioni elettroniche e l'accesso ai referti. Inoltre, abbiamo sviluppato strumenti di clinical collaboration, inclusi chat e teleconsulto, per facilitare la comunicazione tra medici e specialisti”.



"Il paziente può anche accedere a servizi di telemedicina, come le televisite, per rendere più efficiente il processo di cura. Il nostro sistema è aperto all'integrazione con altri sistemi di telemedicina e può ricevere dati da telemonitoraggio".

"La nostra visione è di un sistema integrato sul territorio per migliorare l'accesso alla cura e la prevenzione. I dati raccolti ci permettono di valutare l'efficacia della presa in carico e ridurre l'accesso al pronto soccorso. Inoltre, aiutiamo a programmare le prestazioni ambulatoriali, riducendo le liste d'attesa".

"I vantaggi del nostro sistema integrato includono la decongestione delle strutture ospedaliere, una migliore gestione delle agende e pazienti più sicuri e seguiti. Tuttavia, l'aderenza dei medici è fondamentale per il successo, e ci impegniamo a garantire che il sistema sia perfettamente integrato per soddisfare le loro esigenze."

Giuseppe Quintavalle, Commissario Straordinario Asl Roma 1

"La prima critica che desidero sollevare riguarda la disomogeneità presente in tutto il paese, nonostante il Piano Nazionale di Residenza Ripresa. In Italia, abbiamo situazioni ottimali, altre intermedie che richiedono notevoli sforzi, e alcune che sono essenzialmente bloccate nel loro sviluppo. Questa disomogeneità rappresenta il primo ostacolo che dobbiamo superare".

"Il secondo problema riguarda la mancanza di chiarezza su come implementare la componente territoriale. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ci impone di avviare le centrali operative territoriali entro il 31 dicembre.

Tuttavia, non abbiamo ancora definito chiaramente come dovrebbero funzionare e quale dovrebbe essere il loro legame con il territorio, il sociale e il terzo settore".

"Un altro grande problema è il DM 70, che è strettamente correlato al DM 77. Non possiamo parlare di quest'ultimo senza affrontare il primo. Molti pazienti finiscono ancora inappropriatamente al pronto soccorso, a causa dell'assenza di una presa in carico adeguata.

Dobbiamo sviluppare azioni proattive che partano dai medici di medicina generale per garantire una risposta omogenea e appropriata".



“L'integrazione tra servizi sanitari e sociali è fondamentale, specialmente per pazienti vulnerabili come i minori e le persone in transizione. Inoltre, dobbiamo considerare l'invecchiamento della popolazione e pianificare per almeno 20 anni in più per la cura degli anziani”.

“La collaborazione intergenerazionale e il coinvolgimento dei cittadini sono importanti. In alcune zone, si sta cercando di coinvolgere anziani attivi e di utilizzare la loro esperienza per sostenere la comunità”.

“Inoltre, ci sono casi di cittadini anziani soli che necessitano di attenzione e supporto. Dovremmo offrire servizi come compagnia, attività culturali e telefonate, specialmente nelle grandi città”.

“La digitalizzazione è un'altra area su cui dobbiamo concentrarci, inclusa la creazione di un Fascicolo Sanitario Elettronico completo che includa anche le strutture private”.

“Infine, dobbiamo affrontare le questioni relative ai contratti dei professionisti sanitari e agli indicatori di territorio, che potrebbero aiutare a ridurre la frequenza degli accessi al pronto soccorso”.

“In breve, ci sono molte sfide che dobbiamo affrontare per garantire una migliore assistenza sanitaria territoriale. Dovremo valutare i risultati e l'applicazione del progetto in tutto il paese in futuro per capire se stiamo progredendo nella giusta direzione.”

Federica Riccio, Direttore f.f. S.C. Medicina Territoriale e Reti di Patologia Azienda Zero

“Oggi vi parlerò dell'esperienza pratica dell'Azienda Zero, un'azienda di supporto regionale recentemente fondata. L'obiettivo principale è illustrare cosa stiamo facendo in linea con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e il Decreto Ministeriale 77 (DM 77) in merito all'assistenza domiciliare”.

“Da un'analisi effettuata da Agenas e dal Ministero, emerge che i nostri indicatori rientravano attorno alla media, ma non soddisfacevano pienamente la soglia di eccellenza nazionale.

In risposta a questa situazione, l'Azienda Zero ha istituito una comunità di pratica che coinvolge tutti i referenti delle cure domiciliari, i Dipsa (Distretti Integrati di Cure e Servizi), e le direzioni strategiche.



Questa comunità di pratica si riunisce ogni 15 giorni; inizialmente era un incontro mensile, ma dal 2023, ci siamo impegnati a incontrarci ogni 15 giorni”.

“Abbiamo lavorato sulla definizione di strategie operative poiché abbiamo rilevato che il settore delle cure domiciliari era carente in termini di monitoraggio e valutazione delle attività. Abbiamo potenziato le iniziative esistenti e ne abbiamo sviluppate di nuove.

Ad esempio, abbiamo avviato il progetto sulla fragilità, inizialmente ispirato da una DGR (Deliberazione della Giunta Regionale) del 2007 che riguardava la fragilità legata alle temperature estreme. Tuttavia, abbiamo notato che molte altre persone necessitavano di cure domiciliari, quindi abbiamo coinvolto i medici di medicina generale. Questo progetto verrà ulteriormente consolidato nel 2024”.

“Abbiamo anche iniziato a proporre cure domiciliari per coloro che non avevano bisogno di un ricovero urgente, per fornire un supporto adeguato. Abbiamo avviato un progetto legato al Piano Nazionale Non Autosufficienza, che riguarda una popolazione specifica. Attraverso la nostra comunità di pratica, abbiamo istituito un cruscotto di indicatori che viene condiviso settimanalmente con le aziende e ora, addirittura, giornalmente tramite un link che permette il monitoraggio.

Questi indicatori coprono aspetti come l'indicatore 5 bis (cioè, le prese in carico senza valutazione preliminare) e il monitoraggio dei pazienti precedentemente classificati come fragili dovuto alle temperature estreme”.

“Un altro tema su cui ci siamo concentrati riguarda la digitalizzazione e la telemedicina. Stiamo cercando di diffondere un modello che la Regione Piemonte aveva adottato inizialmente con quattro ASL pilota sull'intero territorio regionale. Questo sforzo è parte integrante del terzo argomento che riguarda le reti di patologia all'interno dei Piani Sociosanitari Territoriali (PSDT).

Le reti di patologia erano già state definite a livello regionale, ma l'adozione era carente. Abbiamo riconsiderato questi percorsi, cercando di identificare quali progetti potevano essere adottati per affrontare la cronicità a livello domiciliare”.

“Ad oggi, in Azienda Zero, abbiamo attivato circa una ventina di reti di patologia e stiamo lavorando strettamente con queste reti per identificare e rafforzare punti critici sul territorio.



L'assistenza domiciliare, di cui ho parlato in precedenza, è solo uno degli aspetti affrontati, ma queste reti ci stanno aiutando a migliorare l'assistenza domiciliare. Poiché molti pazienti richiedono una presa in carico complessa, le reti stanno integrando ulteriormente questa assistenza. Non stiamo semplicemente sommando percorsi, ma stiamo lavorando per creare progetti assistenziali individuali”.

“Infine, abbiamo affrontato il tema della telemedicina, sempre attraverso le reti di patologia. Abbiamo iniziato a selezionare i pazienti con scompenso cardiaco, non necessariamente grave, da monitorare sul territorio. Abbiamo adottato sia il telemonitoraggio, che prevede l'uso di dispositivi per un gruppo ristretto di pazienti, sia il telecontrollo, in cui i pazienti registrano autonomamente i parametri rilevanti. Queste iniziative sono ancora agli inizi e coprono aspetti chiave della telemedicina”.

“Le reti di patologia svolgono un ruolo fondamentale nel rafforzare la collaborazione tra i mandati regionali e le aziende, cercando di uniformare i comportamenti e migliorare l'assistenza.”

Melania Salina, Vicepresidente FNOFI - federazione nazionale ordini dei Fisioterapisti

“So bene quanto sia pressante in questo momento la necessità di affrontare l'operatività e rispondere agli indicatori richiesti da Agenas alle Aziende Sanitarie. Stiamo lavorando intensamente, e spesso abbiamo poco tempo per riflettere sulle azioni in corso”.

“Ora, oltre alla pressione dell'attuazione, dobbiamo considerare i piani di sistema e la programmazione. Ci sono tavoli di lavoro, ma sembrano più condomini, dato il gran numero di partecipanti. Personalmente, faccio parte del tavolo dei 70, anche se siamo stati suddivisi in sottogruppi. Alla fine, ci sarà un momento di sintesi. È un processo complesso, e Agenas ha appena avviato una nuova fase di pianificazione relativa all'organizzazione delle case della comunità”.

“Il problema che sorge è la complessità. Tutti abbiamo valide ragioni, ed è importante considerare la complessità e come tenere tutto insieme. Gli psichiatri hanno trattato spesso tali questioni, e credo che potrebbero aiutarci a comprendere che ciascuno ha la sua parte di verità. La sfida sta nel gestire questa complessità, in quanto ognuno contribuisce con un pezzo importante della soluzione2.



“Noi, come Federazioni, stiamo cercando di instaurare un dialogo, cosa che non è stata scontata negli anni passati, tra le diverse figure professionali. Il mondo è in costante evoluzione, e le richieste di risultati e tempistiche ci spingono a un cambiamento radicale”.

“Tutto ciò è reso complesso dalla tecnologia, che certamente agevola il lavoro ma rappresenta anche una fonte di stress professionale. La tecnologia non sostituisce il professionista ma lo supporta. È importante comprendere che la tecnologia è un aiuto, ma richiede un adattamento”.

“In questo contesto, come possiamo tenere tutto insieme? Penso che questo sia nell'interesse del cittadino e del paziente. Accolgo con favore iniziative come la vostra, che cercano di riunire le diverse parti per discussioni e riflessioni. È un processo che richiederà tempo, ma speriamo che possa portare a risultati positivi. Cerchiamo di mantenere unito il sistema per il bene di tutti.”

Michele Sanza, Direttore DSM DP Forlì-Cesena AUSL della Romagna

“Attualmente, disponiamo di circa 329 servizi psichiatrici di diagnosi e cura, che corrispondono agli ospedali o reparti psichiatrici per acuti, integrati nei Dipartimenti di Salute Mentale. Questi servizi offrono circa 4.300 posti letto in Italia, con una media di cinque posti letto ogni 10.000 abitanti. Per confronto, in Germania ci sono 100 posti letto ospedalieri di psichiatria ogni 10.000 abitanti e in Francia, 70 posti letto ogni 10.000 abitanti. Questo ci colloca nella stessa categoria di Turchia e Messico”.

“Questi dati risalgono al 2021, e il piano nazionale DM 77 prevede una struttura di diagnosi e cura ogni 300.000 abitanti. Questo confligge con il fatto che, per legge, i servizi di diagnosi e cura non possono superare i 15 posti letto. Pertanto, ci troviamo di fronte a una scelta: o modificare la legge e ampliare la dotazione di posti letto, o trovare soluzioni alternative, come coinvolgere il settore privato o considerare soluzioni funzionali”.

“La funzione e lo scopo dei servizi di diagnosi e cura sono molto cambiati negli ultimi anni, a causa della mutata epidemiologia psichiatrica. Prima, servivano principalmente per trattare le psicosi acute dei pazienti noti ai servizi, ma ora la clientela è diversificata, con un aumento delle intossicazioni da sostanze. Circa la metà dei pazienti in cura nei servizi di diagnosi e cura ha problemi legati all'abuso di sostanze, spesso non sono pazienti noti ai servizi e arrivano in condizioni di grave intossicazione”.



“Questa situazione rappresenta una vera emergenza, che va oltre la sfera psichiatrica e comportamentale, richiedendo una gestione immediata in pronto soccorso e spesso coinvolgendo gli anestesisti per stabilizzare il paziente prima di un eventuale ricovero nel reparto psichiatrico. Questa nuova funzione richiede nuove competenze e conoscenze specifiche per i medici operanti nei servizi di diagnosi e cura”.

“La stragrande maggioranza dei servizi di diagnosi e cura funziona con una rotazione tra medici del territorio e medici ospedalieri, il che crea problemi di frammentazione del sistema e impedisce una specializzazione funzionale dei servizi. Questa situazione deve cambiare, poiché i servizi di diagnosi e cura necessitano di crescere come punti di intervento specialistico nella gestione delle emergenze psichiatriche.”

Patrizia Simionato, Direttore Generale ULSS 5 Polesana

“Parlando della realtà del Polesine, dove lavoro da 3 anni, ho notato una particolare organizzazione dell'assistenza territoriale e ospedaliera. Questo territorio, con una popolazione di 229.000 abitanti, di cui il 28% è anziana, richiede un forte collegamento tra ospedale e territorio. Abbiamo implementato nove punti di assistenza sanitaria per coprire un territorio lungo e stretto di 126 km, garantendo la presenza di servizi vicini alla popolazione”.

“Abbiamo anche lavorato sulla riorganizzazione delle case della comunità, individuando nuove strutture nei punti di assistenza sanitaria. Questo territorio presenta una elevata richiesta di assistenza domiciliare, superando già le percentuali nazionali previste”.

“Stiamo potenziando i punti di assistenza con la presenza di professionisti di diverse specialità, inclusi i medici di medicina generale in forma aggregata. La struttura fisica è adeguata, ma la sfida principale riguarda l'efficacia dei servizi”.

“Questo momento richiede una forte integrazione e collaborazione tra i professionisti e uno sforzo maggiore rispetto al passato. Dobbiamo considerare l'assistenza ospedaliera, le case della comunità e l'assistenza dei medici di medicina generale come parti di un sistema interconnesso”.



“La regione Veneto ha adottato un sistema di assegnazione di obiettivi tradotti in azioni a livello aziendale. Questo ci ha permesso di vedere miglioramenti lavorando su indicatori e obiettivi specifici. Tuttavia, i problemi sono molteplici, ma affrontiamo questo momento di grande cambiamento con motivazione e flessibilità”.

“In conclusione, dobbiamo mettere in primo piano la capacità di organizzazione e collaborazione, insieme a una grande volontà di migliorare il sistema a beneficio dei cittadini e dei pazienti.”



Con il contributo incondizionato di



Media Partner

Eurocomunicazione

IL FOGLIO
quotidiano

>> Itaipress
Agenzia di Stampa

Mondosanità



Comunicazione e redazione stampa
a cura di **www.mondosanita.it**

Registrati e ottieni le nostre
rassegne stampa in esclusiva

ORGANIZZAZIONE

Barbara Pogliano

b.pogliano@panaceasc.com

335 6901445

SEGRETERIA

a.dicicco@panaceasc.com

350 5232094



MOTORE
SANITÀ

panacea



www.motoresanita.it

