

15-16-17 SETTEMBRE 2021

SUMMER
2021
SCHOOL

SSN REVOLUTION
DAL MONDO GLOBALE
ALLA REALTÀ LOCALE,
LA RIORGANIZZAZIONE
NECESSARIA

DOCUMENTO DI SINTESI



INTRODUZIONE DI SCENARIO

L'Expert Panel on Investing in Health della Commissione Europea (EXPH) ha indicato 4 categorie su cui lavorare in tema di innovazione: tecnologica (tecnologie a bassa ed alta complessità), organizzativa (modelli, strutture, processi), prodotti e servizi (farmaci e servizi innovativi), risorse umane (personale sanitario, pazienti, cittadini e comunità). La pandemia non potrà che accelerare su questa innovazione tanto attesa. Prendendo spunto da questo, Motore Sanità ritiene che il Servizio Sanitario Nazionale dovrà riorganizzarsi cercando di realizzare la sua "REVOLUTION", pensando al di fuori degli schemi senza inpanzanarsi negli stereotipi che hanno frenato lo sviluppo ma senza stravolgere i concetti basilari che ne costituiscono i principi irrinunciabili, affrontando le carenze emerse nella pandemia. In Italia molti di questi cambiamenti, si attendevano come necessari, erano scritti da tempo sui documenti ufficiali, sistematicamente disattesi, ma oggi sono divenuti improcrastinabili. Alcuni punti su cui lavorare:

1. Assistenza ospedaliera, con il coinvolgimento di strutture pubbliche e private accreditate unite in un unico obiettivo assistenziale.
2. Modello ospedale/territorio perpetuato negli anni non rispondente più alle attuali esigenze di salute. Durante la pandemia le Regioni hanno dovuto improvvisare (pur mancando personale ed attrezzature) iniziative di digitalizzazione/condivisione di dati e servizi di telemedicina con funzioni di raccordo fra territorio e sistema di emergenza-urgenza.
3. Rete di assistenza territoriale emersa in tutte le sue debolezze: dalla corsa frenetica delle Regioni all'istituzione delle Unità speciali di continuità assistenziale (USCA) per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 all'implementazione dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) per aumentare le prestazioni domiciliari, diminuendo il ricorso a forme di assistenza intermedia e ricoveri.
4. Burocrazia annosa, con obbligo di semplificazione immediata (es. proroga del rinnovo dei piani terapeutici in scadenza e delle prescrizioni mediche di farmaci essenziali per le malattie croniche, distribuzione dei farmaci, norme speciali approvate per la sperimentazione clinica e per l'uso compassionevole dei farmaci in fase di sperimentazione con finalità di migliorare la capacità di coordinamento e analisi delle evidenze scientifiche).

In tutto questo scenario si è compreso immediatamente quanto grave fosse la situazione del depauperamento delle risorse destinate al territorio e/o non efficacemente impiegate: personale insufficientemente formato, strumenti di cura inadeguati ai bisogni attuali, tecnologia innovativa sottoutilizzata, organizzazione percorsi di cura imbavagliata da rigidi silos per nulla connessi.

Siamo arrivati ad un punto di non ritorno che delinea la necessità di una nuova e fondamentale fase programmatica per la salute dei cittadini. Ma questa fase dovrà vedere protagonisti tutti gli attori di sistema e dovranno essere messi da parte gli interessi professionali ed abbattute le barriere che li dividono. Medici, farmacisti, infermieri, tecnici, decisori politici, industria e cittadini, tutti con la stessa dignità, dovranno essere insieme i motori di un cambiamento che non può più essere fermato.

Si dovrà innovare con coraggio e rapidità, attraverso la distruzione creativa classica dei grandi cambiamenti prima culturali e poi organizzativi. L'occasione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) può dare un'importante accelerazione ai processi di riforma del Servizio Sanitario Nazionale a partire dall'implementazione e rivisitazione della Medicina territoriale, dall'aggiornamento tecnologico delle Reti ospedaliere fino ad arrivare ad un uso esteso del Digital Health per abbattere barriere e rendere possibile una presa in carico trasversale del paziente.

15 SETTEMBRE

ONCOnnection 2021: DALLA SOLITUDINE DEL PAZIENTE ALLA SOLITUDINE DELL'ONCOLOGO

Il progetto è partito nel 2020 con lo scopo di creare una rete nazionale da quelle regionali, con le Associazioni dei medici e dei pazienti con un importante obiettivo: discutere come ripartire dopo la pandemia Covid-19 implementando il rapporto tra specialisti e pazienti, anche in vista del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Dall'oncologia territoriale alla medicina di precisione, dalle reti oncologiche al ruolo strategico dei dati clinici Real world, dalle concrete e molteplici esigenze del paziente oncologico, al drammatico impatto della pandemia sugli stessi ammalati, fino alla nuova oncologia ospedale-territorio. ONCOnnection, in sinergia con il mondo oncologico italiano, mira a rendere omogeneo l'accesso alle cure ai pazienti sul territorio nazionale, accelerare l'uso della tecnologia, realizzando piattaforme digitali utilizzabili in tempo reale dagli specialisti.

IL CARCINOMA DELLA MAMMELLA TRIPLO NEGATIVO: DAL COMPANION TEST ALLA TERAPIA IMMUNONCOLOGICA

Il carcinoma mammario triplo-negativo riguarda il 15% dei tumori mammari e ha esito spesso negativo, ma con le nuove terapie target (PDL 1) la sopravvivenza è significativamente cambiata. I companion test sono sottoposti a regolamentazione europea, ma manca un indirizzo nazionale e non sono inseriti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Una situazione che preoccupa i pazienti.

Facciamo il punto della situazione organizzativa: governance dispositivi medici dalla regolamentazione europea alla realizzazione nel nostro paese

L'industria sta investendo molto in termini di risorse umane ed economiche in seguito all'introduzione del Nuovo Regolamento Dispositivi Medici (MDR) e in vista dell'arrivo a regime del Regolamento sui dispositivi diagnostici in vitro (IVDR) nel 2022. La procedura prevede un percorso con maggiori step di controllo e di certificazione. Il rischio è, dal lato dei sistemi sanitari, di un generalizzato aumento dei costi, dal lato delle imprese, di una maggiore difficoltà a sostenere i costi onerosi per restare sul mercato. Ciò è valido soprattutto in Italia, dove i costi derivanti dai nuovi Regolamenti si sommano alle politiche di acquisto incentrate sul prezzo più basso, alle tasse specifiche per il settore, ai tempi di pagamento e, da ultimo ma non meno rilevante, ai costi della burocrazia collegati al sistema degli acquisti. Per questo motivo è necessario che vengano coinvolti quanto prima tutti gli stakeholders nella discussione sulla governance del settore dei dispositivi medici, che è uno dei temi di grande rilevanza previsti dal Patto per la salute.

GOVERNANCE DELL'INNOVAZIONE IN ONCOEMATOLOGIA: IL CASO DELLA LEUCEMIA LINFATICA CRONICA

La leucemia linfatica cronica consiste in un accumulo nel sangue, nel midollo osseo e negli organi linfatici, di linfociti B, che hanno subito una trasformazione maligna. È la leucemia più frequente nel mondo Occidentale rappresentando circa il 30% di tutte le leucemie ed è la più frequente negli anziani (l'età media alla diagnosi è attorno ai 70 anni). Anche per queste patologie negli ultimi anni ci sono stati forti cambiamenti ed un nuovo slancio verso terapie innovative. L'ultima frontiera del trattamento per queste patologie è composto dalle terapie a durata fissa. Questi trattamenti chemio-free, con durata fissa di due anni, sono in grado di attivare la morte programmata delle cellule tumorali garantendo migliori standard di qualità della vita per il paziente. L'innovazione nel farmaco di cui si è discusso nel corso del panel si trova proprio nel meccanismo di azione che è al momento unico, decisamente originale, estremamente semplice da descrivere: va a ripristinare una funzione di morte cellulare programmata. Mentre tutte le cellule in un organismo sano hanno un tempo di vita programmato e poi vanno incontro a morte per poi essere rimpiazzate da nuove cellule, questo non accade nelle cellule tumorali che proliferano in maniera incontrollata. Si stima che grazie alle nuove terapie che prolungano la sopravvivenza il numero di pazienti con leucemia linfatica cronica aumenterà del 25% in 10 anni e i costi aumenteranno del 593%. Di fronte a questi numeri la corretta gestione del paziente è un tema cruciale. E' necessaria quindi un sistema che tenga anche in considerazione percorsi in grado di gestire la sostenibilità di queste patologie.

INNOVAZIONE E TARGET THERAPY: CHE COSA CAMBIA

Attualmente grazie alle nuove terapie è possibile una lunghissima sopravvivenza con una risposta favorevole oltre il 90%. Questa malattia un tempo considerata cronica incurabile oggi è protagonista di una vera e propria rivoluzione grazie allo sviluppo di terapie mirate che vanno a colpire in modo preciso alcuni meccanismi biologici che tengono in vita le cellule leucemiche. Questi nuovi farmaci, che compongono la così detta targhet therapy, vengono somministrati per via orale e vanno assunti giornalmente senza interruzione fino a quando la malattia si dimostra sensibile alla loro azione, vale a dire per molti anni. Così facendo riescono a produrre risposte che consistono in una significativa e duratura riduzione della malattia in pazienti che non avrebbero a disposizione trattamenti efficaci. Si stima che grazie alle nuove terapie che prolungano la sopravvivenza il numero di pazienti con leucemia linfatica cronica aumenterà del 25% in 10 anni e i costi aumenteranno del 593%. Con la sopravvivenza del paziente in aumento ed i costi nettamente superiori il tema della gestione del paziente è diventato uno dei nodi da sciogliere per garantire una sostenibilità a lungo termine per queste terapie.

IMPATTO DELL'INNOVAZIONE NELL'ORGANIZZAZIONE IN SANITÀ

L'innovazione in campo sanitario è fondamentale e costante. I miglioramenti e il beneficio clinico conseguente che negli ultimi anni ha comportato l'innovazione è tangibile sia per i clinici che per i pazienti. Logicamente il progresso e l'innovazione portano con sé anche problemi organizzativi e decisionali che sono la sfida che il sistema sanitario e i professionisti devono affrontare perché l'innovazione scientifica possa tradursi in vero beneficio clinico. Secondo gli esperti intervenuti nel corso del panel le problematiche principali possono essere riassunte in questo modo: beneficio clinico, ovvero l'innovazione deve essere vero beneficio clinico cioè si deve tradurre in un miglioramento effettivo della durata e qualità della vita, per fare ciò occorrono strumenti interpretativi corretti e possibilità di raccolta dati anche al di fuori degli studi clinici registrativi; sostenibilità del sistema che permetta equità nella distribuzione; appropriatezza strutturale e professionale; innovazione deve essere affidata a strutture in grado strutturalmente e professionalmente di gestirla. Esiste poi la necessità di garantire appropriatezza di indicazione: deve essere non solo il paziente giusto a ricevere l'innovazione ma la deve ricevere anche al momento giusto, per questo occorre una vasta conoscenza da parte della comunità professionale. Infine c'è la tempestività: l'innovazione deve essere senza ritardi alla disponibilità dei professionisti e all'utilizzo pratico.

16 SETTEMBRE

SSN REVOLUTION: LA DISTRUZIONE CREATIVA NECESSARIA PER IL RILANCIO

Secondo quanto espresso dagli esperti intervenuti nel corso del panel il SSN per riuscire a garantire il diritto fondamentale alla salute deve essere sottoposto ad una profonda riforma guardando al futuro. Come ha dimostrato il Covid-19 le epidemie del domani si combattono oggi, riorganizzando il sistema assistenziale e, contemporaneamente, operando una pianificazione che sposti in misura sempre maggiore l'attenzione dei decisori e quindi le risorse, sia economiche che umane, verso la prevenzione. L'emergenza sanitaria in cui ci troviamo sta mettendo a dura prova le capacità del Servizio sanitario nazionale di erogare i propri servizi, rendendo evidenti i punti deboli del sistema. La scarsa lungimiranza della politica del passato sui grandi temi della sanità e scelte gestionali sbagliate hanno visto predominare nel tempo un'ottica "ospedalocentrica", trascurando le altre componenti fondamentali di un'assistenza che risponda in modo comprensivo alle reali esigenze del cittadino, quali la medicina generale e la medicina territoriale. Secondo gli esperti intervenuti, in un quadro riorganizzativo generale della sanità l'aspetto della tecnologia deve avere un ruolo centrale.

INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA IN SANITÀ: HOME CARE E MEDICINA TERRITORIALE

L'emergenza COVID ha sottoposto il Sistema Sanitario ad uno "stress test" che ne ha messo a nudo le principali fragilità. Non tanto la rete ospedaliera che, sebbene caratterizzata da limiti strutturali e tecnologici, ha saputo reagire bene e, pur a fronte di enormi sacrifici da parte del personale sanitario, ha saputo riorganizzarsi realizzando, in tempi brevissimi, un cambiamento straordinario e capace di fronteggiare la crisi, quanto il territorio. Ossia laddove era opportuno e necessario concentrarsi per contrastare con efficacia il diffondersi del virus e assicurare terapie e monitoraggio alle persone positive che non necessitavano di ricovero ospedaliero. È chiaro che la debolezza dei settori della prevenzione e dell'assistenza primaria ha determinato, per la rete ospedaliera, compiti ancor più gravosi per il trattamento di persone non intercettate tempestivamente come positive o che, in ogni caso, hanno visto peggiorare le loro condizioni di salute, in solitudine, presso il loro domicilio. Non apprendere questa magistrale lezione significa non dar valore ai tanti decessi che si sono registrati nel Paese e, in particolare, quelli tra il personale sanitario. Il potenziamento del territorio, tuttavia, va immaginato nella consapevolezza che il COVID ha cambiato per sempre i paradigmi fondamentali sui quali si è basato e organizzato, tanto sul territorio quanto in ospedale, il sistema sanitario. La sfida consiste nell'identificazione di strategie capaci di assicurare, al contempo, continuità di cura e assistenza ai pazienti (COVID e no-COVID) riducendo all'essenziale il passaggio fisico nelle strutture sanitarie includendo, in questo concetto, anche gli studi dei MMG. La telemedicina sembra essere lo strumento più idoneo per perseguire questo obiettivo anche se, va sempre ricordato, la tecnologia resta solo uno strumento a disposizione e non il fine di un processo di cambiamento che, prima di tutto, deve essere culturale e, poi, organizzativo. Anche il ruolo del cittadino/paziente cambia radicalmente per trasformarsi da soggetto passivo che, solo in caso di peggioramento del suo stato di salute, si rivolge al sistema sanitario, a ruolo attivo e consapevole nella gestione del proprio stato di salute. L'augurio è che di questi temi non ci si limiti solo a parlare, ma che si cominci davvero presto a vedere i segni tangibili di quel cambiamento che il nostro Sistema Sanitario ha da tempo bisogno e che l'emergenza COVID oggi ci impone.

INNOVAZIONE E RIORGANIZZAZIONE DELLE RETI OSPEDALIERE

Il progressivo invecchiamento della popolazione e il consolidamento del quadro epidemiologico dominato da malattie cronico-degenerative hanno richiesto la riorganizzazione dei processi di cura centrati sull'integrazione tra ospedali, secondo il modello Hub and Spoke, e tra rete ospedaliera e servizi territoriali, attraverso l'adozione di linee guida per la gestione integrata dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali e dei Protocolli di Dimissione protetta per i pazienti in fase post acuta.

INNOVAZIONE E CRONICIZZAZIONE DI MALATTIE AD ALTO IMPATTO SOCIO- ASSISTENZIALE: ONCOLOGIA, L'HIV, LE MALATTIE EPATICHE CRONICHE

I numeri delle malattie croniche degenerative nell'insieme sono importanti ed è risaputo che oramai si deve parlare di policronicità su una popolazione che invecchia. La prospettiva di vita aumenta e di conseguenza è necessario migliorare la qualità di vita di questi nuovi anni. C'è un grosso problema legato ai professionisti, c'è scarsità di medici di cure primarie MMG ma anche di specialisti. Ci deve essere appropriatezza organizzativa. I SSR dovrebbero essere passati ad un'ottica di processo e questo è stato fatto sulla carta con un'importante strumento normativo: il Piano Nazionale delle Cronicità. Le diverse Regioni si stanno muovendo a velocità diverse per realizzare il Piano. Lavorare in un'ottica di processo in cui il provider possa vedere una remunerazione, essere incentivato a lavorare in un modo più appropriato per migliorare l'esito di salute e nell'ottica del paziente migliorare il suo bisogno di salute. Bisogna quindi innovare il sistema sociosanitario. Si deve abbandonare perciò l'ottica dei silos budget per dare il giusto valore a tutto ciò che porta migliorie nel processo di cura (es° tecnologie e farmaci innovativi sul territorio che facilitino la gestione, l'aderenza e semplifichino i percorsi e liste d'attesa). La dimensione gerarchica viene ad essere modificata da questo network quotidiano dove la sfida della digitalizzazione non può più attendere. Per consentire tutto ciò il sistema deve cambiare approccio e vincere gli interessi di singola categoria. Bisogna uscire dall'idea dell'ospedale centro e lavorare in squadra con altri professionisti come infermieri e farmacisti che possono contribuire a far cambiare marcia al sistema. Bisogna investire sulla cultura dei nostri professionisti, definire regole di ingaggio lavorando con le associazioni pazienti. Bisogna davvero uscire dalla logica dei silos, altrimenti non si potrà creare un approccio in cui l'innovazione entra non solo in ospedale ma anche nel territorio, perché qualcos'altro viene messo fuori dal sistema dove le risorse come sappiamo sono limitate. Insomma, un uso intelligente delle disponibilità tecnologiche che abbiamo, obiettivi chiari e da qui si guardi avanti.

PREVENZIONE E PIANO ONCOLOGICO

Il trattamento dei tumori ha fatto passi da gigante negli ultimi decenni, grazie ai progressi medici, scientifici e tecnologici, e tutti gli studi sono concordi nel confermare la sempre maggiore importanza della prevenzione oncologica, al fine di prevenire l'insorgenza della patologia.

Purtroppo, secondo le rilevazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, il numero di pazienti a cui viene diagnosticato un tumore aumenta ogni anno di più, sottolineando, però, che è possibile ridurre il rischio attraverso una corretta e costante azione preventiva. Oltre alla prevenzione medica, che consiste nel sottoporsi a una serie di prestazioni diagnostiche particolari, ci sono molte altre cose che si possono e si devono fare.

ACCESSO ALL'INNOVAZIONE DI VALORE PER IL MONITORAGGIO GLICEMICO: LE LEZIONI DELLA PANDEMIA

Secondo i dati emersi nel corso del Convegno un soggetto con diabete in trattamento insulinico su due non misura regolarmente la glicemia per evitare di pungere tutti i giorni, ma è noto che questo atteggiamento impatta fortemente sulla sua salute creando maggiori rischi di iperglicemia o ipoglicemie: il 74% dei pazienti con diabete di tipo 1 presenta in media 2 volte la settimana, ipoglicemie che possono causare problemi clinici fino al ricovero ospedaliero. In Italia le stime indicano che circa 450.000- 500.000 malati di diabete di tipo 1 e di tipo 2 sono in terapia insulinica multiniettiva, per entrambi la terapia più importante è il buon controllo glicemico.

Real world data: il valore dell'investimento nei sistemi innovativi di monitoraggio glicemico.

Dal monitoraggio glicemico in presenza al monitoraggio da remoto, i risultati sono decisivi. Uno studio condotto su 7.337 pazienti Covid 19 ricoverati di cui 952 aveva un diabete preesistente, ha dimostrato che un diabete monitorato e controllato è la miglior difesa contro il Covid. Tra i 952 solo 282 individui presentavano glicemia ben controllata e 528 scarsamente controllata. Nel gruppo ben controllato si riducevano la probabilità di essere sottoposti a ossigenoterapia con ventilazione non invasiva (10,2% contro il 3,9%), o invasiva (3,6% contro 0,7%); durante i 28 giorni dal ricovero sono state dimostrate inferiori probabilità di esito infausto; un migliore controllo glicemico sembra essere associato a significative e molto evidenti riduzioni degli esiti gravi e della morte. C'è ormai un'ampia letteratura e disponibilità di dati Real world relativi ai vantaggi del monitoraggio glicemico in remoto. La nuova tecnologia, grazie ai sistemi Flash, alla telemedicina, alla sensoristica ed a sistemi infusionali che arrivano al pancreas artificiale, cambia la vita di 4 milioni di persone con diabete di tipo 1 e di tipo 2. Tali strumenti sono in grado di cambiare l'evoluzione e il controllo della malattia restituendo una qualità di vita decisamente semplificata e migliorata per i malati che ne hanno avuto accesso e questo si è dimostrato ancora più necessario ed urgente durante la pandemia, ma l'offerta è disomogenea nelle varie Regioni italiane. Recenti studi hanno dimostrato che rispetto alle strisce i pazienti con Flash glucose monitoring (FMG) si controllano appropriatamente più volte al giorno. Questo permette un migliore "Time in Range", che consente la riduzione delle ospedalizzazioni e accessi al pronto soccorso causati da iper/ipoglicemie.

I nuovi indicatori per il monitoraggio glicemico: il time in range ed il valore clinico del monitoraggio in continuo con dati in real time

L'importanza clinica dei nuovi indicatori è stata più volte sottolineata nel corso del panel poiché è necessario raggiungere un ottimo valore di glicemia garantendo il minor numero di iperglicemie che in molti casi non sono avvertite dal paziente. Il Time in range rappresenta un nuovo modo di approcciarsi al paziente che utilizza sistemi di monitoraggio glicemico. Oggi abbiamo la possibilità di gestire il paziente, in maniera rapida, contestualizzando meglio i parametri di controllo glicemico e, per quanto riguarda il paziente, ha maggiore sicurezza per quello che riguarda la qualità di vita.

La Digital Health nella presa in carico del paziente diabetico T1 e T2 nello scenario attuale: l'importanza del telemonitoraggio e la riduzione delle liste di attesa

La tecnologia risulta essere un grande aiuto per i malati di diabete, il Covid lo ha dimostrato. Le innovazioni tecnologiche hanno fornito strumenti in grado di: cambiare l'evoluzione e il controllo della malattia, restituendo una qualità di vita semplificata per i malati che ne hanno avuto accesso; migliorare significativamente gli outcome sanitari e ottenere così importanti risparmi per i sistemi sanitari regionali; facilitare l'implementazione di telemedicina e i nuovi modelli di presa in carico.

Ma bisogna insistere per mettere a disposizione di tutti i pazienti diabetici italiani il meglio degli strumenti e dei dispositivi per garantire loro la migliore cura.

LA RICERCA IN ANTIBIOTICO TERAPIA ATTA A SODDISFARE IL BISOGNO DI NUOVI ANTIBIOTICI, DALLA VALUTAZIONE DEL VALORE AL PLACE IN THERAPY APPROPRIATO

L'utilizzo razionale e corretto della terapia antibiotica deve rappresentare un momento di riflessione fondamentale per fronteggiare l'emergenza e limitare i danni della farmaco-resistenza che attualmente riguarda sia i batteri Gram-negativi che positivi. Questi ultimi, con particolare riferimento allo *Staphylococcus* spp. e all'*Enterococcus* spp., seppur favoriti da più numerose possibilità terapeutiche, mantengono elevata mortalità e morbosità in settori ambiti sanitari quali la chirurgia più o meno protesica, la medicina interna, la pneumologia e le malattie infettive in senso stretto. Un confronto polispecialistico sull'emergenza dei Gram-positivi MDR, sull'impiego delle nuove molecole antiinfettive e sulle strategie per ridurre la diffusione, rappresenta un punto fondamentale per affrontare questa attuale problematica infettivologica. Se nell'ambito dei microrganismi Gram-positivi la questione della resistenza si può identificare nella meticillino-resistenza e nella diminuita sensibilità ai glicopeptidi in stafilococco e nella vancomicina-resistenza in enterococco, tra i batteri gram-negativi il problema è di gran lunga più complesso (*E. coli* chinoloni-resistenti, *P. aeruginosa* pan-drug-resistant, Gram-negativi ESBL+, *Enterobacteriales* carbapenemasi-produttori KPC, OXA-48, KPC+, *Acinetobacter* spp. Resistenti ai carbapenemi). Di fronte a questo scenario risulta importante stimolare la ricerca per individuare nuove molecole antinfettive, utilizzando correttamente quelle già conosciute e valorizzando i nuovi antibiotici.

AMR: PARTNERSHIP PUBBLICO-PRIVATO

Negli anni la comunità scientifica ha spesso discusso a livello istituzionale sul tema dell'antimicrobico resistenza e sulle questioni legate allo sviluppo, approvazione, accesso e valorizzazione delle nuove molecole antimicrobiche, purtroppo senza mettere in atto di soluzioni innovative. Al momento la resistenza antimicrobica resta una problematica a livello globale. Tale fenomeno è visibile anche in SARS-CoV-2, che ha acquisito mutazioni tali da rendere sempre più difficile la gestione e la prevenzione dell'infezione. Nella valutazione dell'innovatività e valore delle nuove molecole, è facile oggi riconoscere l'impatto sull'economia globale relativo alla mancanza di trattamenti efficaci nel contrastare patogeni resistenti. È tempo di riforme ragionate e concordate tra i vari attori dell'amministrazione della salute pubblica, il mondo scientifico e la ricerca supportata sia da enti pubblici che privati, con il fine ultimo di portare beneficio tangibile ai pazienti e minimizzare l'impatto negativo di una pandemia silente, quale l'antimicrobico-resistenza, sull'economia e risorse sanitarie a livello globale.

IL VALORE SOCIALE DEL FARMACO EQUIVALENTE

I farmaci si definiscono generici o equivalenti quando presentano stesso principio attivo, stessa concentrazione, stessa forma farmaceutica, stessa via di somministrazione, stesse indicazioni di un farmaco di marca non più coperto da brevetto (originator). Sono dunque, dal punto di vista terapeutico, equivalenti al prodotto da cui hanno origine e possono quindi essere utilizzati in sua sostituzione. Inoltre, i farmaci equivalenti sono molto più economici dei prodotti originali, con risparmi che arrivano da un minimo del 20% ad oltre il 50%. L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha promosso da sempre iniziative tese a sensibilizzare la popolazione generale e gli operatori sanitari sul ruolo prezioso rivestito dai farmaci equivalenti. Ruolo che viene definito fondamentale per il mantenimento della sostenibilità del SSN consentendo da un lato di liberare risorse indispensabili a garantire una sempre maggiore disponibilità di farmaci innovativi, dall'altro, al cittadino di risparmiare di propria tasca all'atto dell'acquisto dei medicinali.

Dal supporto alla sostenibilità di sistema, alla qualità del prodotto

I farmaci equivalenti rappresentano dei capisaldi per l'ottimizzazione della spesa farmaceutica territoriale. Il counseling dei MMG nell'informazione dei pazienti è fondamentale, in quanto i pazienti sono spesso abituati all'utilizzo brand e si sentono rassicurati dall'uso continuativo del farmaco che già assumono. Un capitolo a parte sono gli eccipienti, che a volte possono fare la differenza, come il caso del Macrogol/Nimesulide, con relative problematiche legate a fenomeni di allergie. Il problema individuato dagli esperti MMG presenti al panel non è tanto il prescrivere i farmaci equivalenti da parte del territorio ma utilizzare quelli a brevetto scaduto in prima battuta, così si raggiungerà l'obiettivo "spesa farmaceutica sotto controllo" beneficiando comunque dell'effetto terapeutico ottimale.

Come promuoverne il corretto impiego: corretta comunicazione e impegno istituzionale

I farmaci equivalenti in molte Regioni, specie del Sud, pagano ancora lo scotto della cattiva rappresentazione rispetto al farmaco originator. È proprio in queste Regioni con un basso reddito pro capite che l'utilizzo dei farmaci equivalenti può risultare ancora più necessario, liberando risorse economiche investibili dalle persone in ambiti diversi. Le iniziative devono essere scientifiche e socioculturali, rigorose nel rappresentare i dati di efficacia e di rilevazione di reazione avverse

Best practice di comunicazione e facilitazione per l'uso dei farmaci equivalenti

Informare adeguatamente i cittadini sul valore dei farmaci equivalenti e agire per dare un nuovo volto alla sanità di domani è fondamentale. Per riuscire in questo, occorre ritrovare una fiducia reciproca tra gli attori, e il primo attore è il cittadino. La prima riorganizzazione da attuare nell'uso dei farmaci equivalenti è quindi la comunicazione. Per una nuova sanità occorre investire sulla conoscenza, sulla comunicazione e occorre che ognuno, dall'industria alle farmacie, raccolga il meglio di quello che si è fatto in questi due anni di pandemia, per cercare in poco tempo di dare delle risposte.

LA RESPONSABILITÀ SOCIALE DELL'IMPRESA FARMACEUTICA, IL CASO DELLE MALATTIE RARE

Due milioni di pazienti, di cui il 70% pediatrici, sono curati per malattie rare in Italia. Da parte delle imprese c'è un'attenzione particolare per i cosiddetti "farmaci orfani", attraverso progetti che aiutano la presa in carico di questi pazienti. I rappresentanti parlamentari intervenuti nel corso del panel hanno sottolineato l'importanza della collaborazione delle aziende farmaceutiche nella ricerca e nella loro responsabilità sociale che in questi ultimi anni è diventata sempre più evidente all'interno del mondo sanitario. Per questo, nel Testo Unico sulle Malattie Rare da poco votato in Senato, è stato dedicato un intero articolo per facilitare le Aziende che si impegnano in progetti di ricerca sulle malattie e farmaci orfani, tramite contributi in forma di credito d'imposta, che permettono di sviluppare nuove terapie e percorsi innovativi per la gestione dei pazienti con malattie rare facilitando la vita di queste persone e delle loro famiglie.

L'ESPERIENZA DELLA VACCINAZIONE COVID PER UNA PROGRAMMAZIONE CAPILLARE DELLE ALTRE VACCINAZIONI

La pandemia da Covid-19 ha costretto il SSN a cambiare molti dei suoi paradigmi: uno è quello delle vaccinazioni. Infatti, nell'ultimo anno il sistema vaccinale è radicalmente cambiato per far fronte alla necessità di vaccinare tutta la popolazione contro il Covid. Vaccinazioni a domicilio, centri vaccinali in aree pubbliche e il farmacista-vaccinatore hanno permesso tutto questo. Questo nuovo modo di vaccinare però non deve finire con il cessare della pandemia ma dovrà essere esaminato e valutato dagli esperti per trovarne le giuste applicazioni per le decine di vaccinazioni, obbligatorie e non, attualmente in uso in Italia.

17 SETTEMBRE

GOVERNANCE INTEGRATA DELLE STRUTTURE TERRITORIALI: IL RUOLO DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO

Oggi più che mai c'è bisogno di Distretto, per le molteplici funzioni che il territorio è chiamato a svolgere e che troppo a lungo sono rimaste insoddisfatte, con enorme danno per la salute della popolazione. Alcuni dei compiti che è chiamato a coprire sono:

- valutare i bisogni della comunità, alla ricerca dei gruppi di popolazione a maggiore rischio sanitario e sociale, al fine dei necessari interventi di prevenzione;
- promuovere la salute e l'alfabetizzazione sanitaria, necessaria per favorire la partecipazione dei cittadini alle scelte che li riguardano;
- intervenire proattivamente (Sanità d'iniziativa) sulle patologie sia infettive acute (vedi Covid-19) che su quelle croniche per diagnosticarle precocemente, per prevenire aggravamenti, scompensi e ospedalizzazioni;
- organizzare i servizi in funzione della comunità e delle persone (e non delle malattie) favorendo il lavoro multidisciplinare, l'integrazione socio-sanitaria e la sistematica presa in carico dei casi complessi (compresi i pazienti psichiatrici);
- garantire la continuità delle cure governando attivamente le relazioni tra reparti ospedalieri e servizi territoriali;
- impedire la segregazione delle persone non-autosufficienti in strutture tipo RSA, individuando soluzioni alternative rispettose della loro dignità.

GESTIONE DEL PNRR: RIPARTIZIONE DELLE COMPETENZE TRA STATO ED ENTI LOCALI

Il Raccordo Regione-Stato è funzionante ed è un binario sul quale bisogna lavorare. I singoli SSR possono conoscere meglio le necessità su cui investire i fondi derivanti dal PNRR, però non ci si può esimere da quello che è un impianto centrale. Nel momento in cui manca una governance centrale si creano delle sacche dove non c'è comunicazione, ma addirittura inerzia, che nella pratica si trasformano in disomogeneità di offerta sanitaria. Allo stesso tempo però in Italia ci sono disomogeneità che non possono essere superate con una centralizzazione del sistema decisionale, perché i territori sono molto diversi tra loro. Le competenze regionali non possono quindi essere sottratte.

BIG DATA E INTELLIGENZA ARTIFICIALE: IMPATTO NELLA PROGRAMMAZIONE E RIORGANIZZAZIONE DEI PROCESSI DI CURA

Il potenziale di innovazione della ricerca e della pratica clinica si poggia sempre più su tecnologia e big data. Oltre il 50% delle pubblicazioni include già oggi dati Real world, e la Food and Drug Administration (FDA) e l'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA) stanno operando per favorire un ruolo ancora maggiore. Anche la competitività e l'attrattiva dei centri di ricerca italiani è in gioco, se si vogliono attirare programmi di ricerca complessi bisogna investire in innovazione.

Secondo gli esperti intervenuti nel corso del panel l'Italia registra un ritardo soprattutto su infrastrutture, interoperabilità dei dati e sistematicità delle implementazioni digitali. Su questo occorre agire, sfruttando anche l'opportunità unica offerta dai fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Serve ribaltare il rapporto attuale 80-20 tra le attività di "Data scouting & cleaning" e l'attività di generazione di evidenze e raccomandazioni. La generazione di valore e l'aumento della competitività dipenderanno dalla capacità di agire secondo una visione organica, avviando "Iniziativa Paese" che consentano di accelerare gli investimenti in tecnologie e in competenze di data science.

INNOVAZIONE DIROMPENTE: VISION AI

Vision AI (noto anche come Computer Vision) è un campo dell'informatica che addestra i computer

a replicare il sistema di visione umano. Ciò consente ai dispositivi digitali (come rilevatori di volti, scanner di codici QR) di identificare ed elaborare oggetti in immagini e video, proprio come fanno gli esseri umani. Una tecnologia che nei prossimi anni potrà avere innumerevoli applicazioni in moltissimi campi della medicina.

IL MODELLO VIRTUAL HOSPITAL

Virtual Hospital è un'organizzazione internazionale non governativa che opera come parte di Virtual Healthcare Limited. Virtual Hospital utilizza la telemedicina per fornire cure mediche ai Paesi in via di sviluppo. Questo ospedale virtuale lavora direttamente con medici e pazienti e cerca di garantire che i benefici della medicina moderna siano disponibili per tutte le persone e che i cittadini dei Paesi più svantaggiati non siano privati delle cure mediche per mancanza di denaro o di accesso a un'assistenza sanitaria efficace. Virtual Hospital collega i villaggi del mondo in via di sviluppo con i loro principali ospedali di contea e nei paesi occidentali utilizzando la telemedicina. Questo progetto si basa su un sistema di riferimento sanitario tradizionale in cui le informazioni mediche dei pazienti vengono raccolte da e-cliniche nelle comunità rurali del terzo mondo utilizzando un computer o un telefono cellulare e inviate a un medico generico (GP) con sede nell'ospedale virtuale (Centro). Il medico di base dell'Hub fornisce la diagnosi o indirizza il paziente al dipartimento dell'ospedale virtuale pertinente, dove i consulenti specializzati di tutto il mondo sono collegati tra loro tramite Internet.

MTB e terapia genica

Oncologi, anatomo-patologi, genetisti, biologi molecolari, infermieri e tanti altri professionisti mettono insieme le loro competenze: un Molecular Tumor Board (MTB) è un'équipe multidisciplinare di esperti che si confrontano per interpretare i risultati di test genomici e molecolari di un paziente oncologico, formulano la prognosi e personalizzano la terapia. In Italia ci sono diversi team di questo tipo, ma molti passi restano ancora da fare. Per inquadrare il tumore a 360 gradi e indirizzare ciascun paziente alla migliore terapia possibile non è più sufficiente un unico "expertise clinico" ma è necessaria, dunque, l'integrazione di saperi diversi. Con l'eccezionale impulso dato dalla ricerca alla medicina di precisione, emerge la convinzione che il Molecular Tumor Board (MTB) diventi un team fondamentale in quest'ottica, in cui si integrano molte diverse competenze tecniche oltre a quelle oncologiche ed ematologiche, come la biologia molecolare, l'anatomia patologica, la farmacologia, la farmacia ospedaliera, l'analisi dei dati, la sicurezza normativa dei dati e l'information technology. Le innovazioni in telemedicina consentiranno una coesione sempre maggiore per gli MTB che possono riunirsi ed analizzare i dati clinici del paziente.

LA NEURO-MODULAZIONE NEL DOLORE CRONICO

1 italiano su 4 soffre di dolore cronico benigno (prevalenza 26%) e il mal di schiena rappresenta oltre il 50% delle forme di dolore cronico (negli ultimi 40 anni la sua prevalenza è raddoppiata). Molti di questi pazienti con dolore cronico hanno alle spalle una lunga storia di sofferenza (disturbi del sonno, problemi fisici secondari, disturbi emotivi/affettivi/cognitivi, aumento di stress, ridotta attività con > disabilità, consulto con vari medici e figure professionali), con grave perdita di fiducia e con notevoli costi sociali ed economici. La gestione del dolore cronico è una grande sfida per il futuro. Secondo gli esperti intervenuti nel corso del panel la gestione del dolore cronico è complessa e richiede essenzialmente un approccio graduale. Attualmente per i pazienti sono disponibili diverse opzioni di trattamento che dovrebbero essere valutate secondo un approccio multidisciplinare ed in funzione della causa patologica del dolore. Tra le diverse cause ci sono la FBSS (Failed Back Surgery Syndrome), le sindromi dolorose complesse regionali (CRPS o Complex Regional Pain Syndromes), il dolore vascolare ischemico, la polineuropatia diabetica ed altre condizioni di dolore neuropatico che, tra le varie opzioni di trattamento potrebbero beneficiare della neurostimolazione midollare (SCS o Spinal Cord Stimulation). La SCS consiste nel posizionare mediante un'operazione chirurgica semplice e poco invasiva un elettrodo a livello dello spazio peridurale, che trasmette leggeri segnali elettrici al midollo spinale che sono in grado di innescare un meccanismo che porta a ridurre la sensazione dolorosa.

IL VALORE CLINICO-ASSISTENZIALE

Per gli esperti in economia sanitaria non è mai semplice dare un valore alla salute dei cittadini ma nel caso della SCS, essendo una tecnica di trattamento relativamente costosa rispetto alla terapia farmacologica convenzionale, è necessaria una valutazione economica ancora più attenta e complessa. Però non si possono valutare solo i costi ma sono necessarie analisi costo/utilità, che prendano in considerazione non solo i classici outcome clinici di costo/benefici o costo/efficacia, ma anche la qualità di vita dei pazienti.

DAL VALORE CLINICO AGLI ASPETTI ORGANIZZATIVI

L'analisi costo/utilità della SCS nel trattamento della FBSS evidenzia una superiorità della stessa sia nei confronti della terapia medica convenzionale che del re-intervento chirurgico. Tuttavia, per rendere sostenibile economicamente la neuromodulazione, è importante una corretta selezione dei pazienti, l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali sul modello Hub&Spoke, che prevedano l'utilizzo di terapie di comprovata efficacia clinica e che presentino vantaggi in termini di costo/utilità. Inoltre è importante uniformare i Drg ed avere un coordinamento su queste patologie croniche invalidanti tra le varie Regioni per un riconoscimento tariffario che copra almeno le spese.

A PROPOSITO DI IPERCOLESTEROLEMIA: QUALI BISOGNI INSODDISFATTI TRA EFFICACIA, TOLLERABILITÀ E TARGET DA RAGGIUNGERE. IL RUOLO DELL'ADERENZA TERAPEUTICA

Nonostante siano a disposizione terapie ipolipidemizzanti che permettano il calo della colesterolemia di oltre l'80%, nel mondo reale, secondo i dati del recente studio Da Vinci, solo il 18% dei pazienti in prevenzione cardiovascolare secondaria (rischio cardiovascolare molto elevato) raggiunge il target raccomandato di colesterolo LDL, anche detto "cattivo" (< 55 mg/dl). Da quanto rilevato da una recente analisi svolta in Gran Bretagna, poco più del 20% di oltre 10 mila pazienti sottoposti ad una angioplastica coronarica aveva livelli di colesterolo a target. Secondo quanto emerso dalla discussione le cause sono differenti: la strategia di utilizzo dei vari farmaci ipolipidemizzanti secondo una modalità graduale, "stepwise", consigliata dalle linee guida correnti, ma soprattutto la scarsa aderenza alla terapia che costituisce un vero e proprio fattore di rischio cardiovascolare aggiuntivo ed è responsabile dell'aumento degli eventi coronarici e delle ricorrenze di infarto del miocardio. I fattori predittivi di mancata aderenza alle prescrizioni terapeutiche sono molteplici come l'elevato numero di farmaci da assumere e la comparsa di effetti collaterali. Una possibile soluzione a queste problematiche è il ricorso di terapie di combinazione (possibilmente precostituite), che potrebbero, anticipando la strategia a step e utilizzando dosi di farmaci in associazione più basse rispetto alla monoterapia, migliorare il grado di aderenza terapeutica, garantendo il raggiungimento dei target.

L'aderenza alla terapia ipolipemizzante può ridursi nel tempo. I maggiori problemi sono:

- La gestione di una condizione asintomatica come la dislipidemia rappresenta una sfida complessa per garantire l'aderenza ottimale alla terapia.
- Il mancato raggiungimento del target lipidico è stato attribuito a diverse cause, e tra le più rilevanti c'è la scarsa aderenza al trattamento terapeutico.
- Quando i target non sono raggiunti, l'aderenza deve essere il primo fattore indagato dal medico.

Le implicazioni di una ridotta aderenza:

- I farmaci per la prevenzione delle malattie cardiovascolari sono spesso farmaci da assumere per tutta la vita, e quindi l'aderenza a queste terapie è particolarmente importante
- Una scarsa aderenza riduce l'efficacia delle terapie ed è associata ad un aumento di morbidità e mortalità. Inoltre, la ridotta aderenza ai trattamenti è motivo di un significativo spreco di risorse sanitarie.

Come ribadito dall'organizzazione mondiale della sanità, se l'aderenza alle terapie antipertensive salisse al 70% si potrebbero evitare oltre 82 mila infarti e ictus, con un risparmio di 330 milioni di euro in Italia. La riduzione di costo individuale potrebbe essere di 659 euro per la dislipidemia long life. La dimensione del problema vede un 23% di donne e un 21% di uomini ipercolesterolemici in Italia, mentre le percentuali arrivano fino al 37% per quanto riguarda il riscontro di valori colesterolemia borderline. Quasi 10 miliardi di euro. Inoltre, esiste una correlazione tra aumento dell'aderenza terapeutica e minori costi per il SSN.

ADERENZA TERAPEUTICA E PESO ECONOMICO DEI PAZIENTI NON A TARGET

Dalle analisi contenute nel Rapporto OsMed di AIFA, è evidenziato che è aderente alle terapie solo il 55,1% dei pazienti con ipertensione, il 52-55% dei pazienti con osteoporosi, il 60% dei pazienti con artrite reumatoide, il 40-45% dei pazienti con diabete di tipo 2, il 36-40% dei pazienti con insufficienza cardiaca, il 13-18% dei pazienti con asma e BPCO, e il 50% dei pazienti in trattamento con antidepressivi sospende il trattamento entro 3 mesi ed oltre il 70% entro 6 mesi.

Eppure, dopo un infarto cardiaco rispettare le indicazioni di assunzione riduce del 75% la probabilità di recidive mentre nell'ipertensione non aderire agli antipertensivi aumenta di circa il 30% il rischio di infarto o ictus; di 7-8 anni è la riduzione di aspettativa di vita nella persona con diabete non in controllo glicemico. Altri fonti esaminate confermano che solo il 13,4% dei pazienti è risultato aderente ai trattamenti con i farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie, con trend purtroppo stabile negli anni. Nelle dislipidemie il 50% dei pazienti non è aderente (1 su 2 non coglie i benefici importanti della prevenzione); con ipertensione non sono aderenti il 40-45% dei pazienti. Nel diabete mellito l'adesione al trattamento orale antidiabetico (metformina e altri ipoglicemizzanti orali) è compresa tra il 36% e il 93%; l'aderenza alla terapia insulinica oscilla tra il 20 e l'80%; l'adesione alle raccomandazioni dietetiche è circa 65%; l'autocontrollo della glicemia è attuato nel 50% dei pazienti e l'attività fisica è praticata da meno del 30% dei pazienti. Durante la pandemia, tra gennaio e febbraio 2021 rispetto allo stesso periodo del 2020, si è registrato un calo dei consumi interni di farmaci e dispositivi dell'11% e dei consumi retail del 7%. In questo scenario la non aderenza terapeutica rappresenta un moltiplicatore di danno clinico, economico, sociale.

CAR-T: RIPARTIAMO?

Le CAR-T rappresentano una innovazione dirompente nella cura dell'oncoematologia, permettendo la guarigione di pazienti ematologici che altrimenti morirebbero. La pandemia Covid-19 ha rallentato l'uso di questa terapia che pone problemi organizzativi importanti: vanno perfezionati i percorsi da adottare, aggiornati i DRG, garantiti il coordinamento fra i vari centri e potenziate le risorse. Come moltissimi altri ambiti clinici anche le Car-T hanno subito un forte rallentamento durante la pandemia da Covid-19, però data la loro unicità e le scarse aspettative di vita dei pazienti si deve riprendere il prima possibile il percorso iniziato prima della pandemia.

Il punto di vista scientifico

Le cellule CAR-T vengono definite come "la modalità di cura degli inguaribili". I pazienti con prognosi severissima, candidabili oggi alla terapia e che hanno un linfoma ricaduto o refrattario, hanno un'attesa di vita con terapie convenzionali inferiori al 20%. Le terapie garantiscono una sopravvivenza globale intorno al 50%, seppur bisogna considerare che esiste una eterogeneità nelle popolazioni di pazienti candidabili e una eterogeneità in termini di risposte al trattamento, e questo offre grandi spazi di saggezza clinica nella candidabilità dei pazienti.

Il punto sull'accesso: Osservatorio terapie Avanzate

Secondo il panel di esperti intervenuto, l'accesso alle terapie avanzate, tra cui le CAR-T, comporta sfide regolatorie, organizzative e economiche. I sistemi sanitari di tutto il mondo, tra cui il Servizio sanitario nazionale stanno sperimentando soluzioni innovative per rispondere a queste sfide ma è idea diffusa che molto ancora debba essere fatto alla luce di una popolazione di pazienti candidabili in continua crescita.

CAR-T dai costi a una nuova forma di finanziamento

Esiste attualmente l'esigenza di dare una corretta dimensione economica per il percorso da effettuare per dare vita a queste terapie. A tale riguardo, è stato avviato dal Network Italiano Sanitario (N.I.San.), con la partecipazione dell'azienda ospedaliera di Alessandria, dell'Asl dell'Alto Adige e dell'ARESS Puglia, un progetto, che si concluderà nell'ottobre di quest'anno, per la determinazione dei costi per realizzare il processo ospedaliero delle terapie CAR-T. Lo scopo del progetto è quello di individuare il costo per i diversi percorsi CAR-T e delle relative fasi (prelievo linfociti T, eventuali chemio per pazienti con malattia in progressione, infusione/monitoraggio cellule CAR-T, controlli). L'utilizzo dei risultati sarà quello di disporre di elementi probanti, costruiti scientificamente, per definire finanziamenti coerenti e parametri utili per la programmazione ed il budgeting.

Il punto di vista dei clinici

L'ingegnerizzazione in laboratorio di linfociti T di pazienti per poter esprimere sulla superficie un recettore chiamato CAR (chimeric antigen receptor) in grado di riconoscere e legare una proteina bersaglio sulla superficie delle cellule tumorali cui era stato preventivamente "educato" rappresenta la nuova frontiera delle terapie neoplastiche. In questo contesto la terapia con cellule CAR-T è l'esempio più esemplificativo delle terapie personalizzate oggi applicabile in leucemie acute linfoblastiche e in diversi tipi di linfomi. Per un utilizzo su vasta scala vanno però ancora perfezionati i percorsi da adottare, l'aggiornamento dei DRG, il coordinamento fra i vari Centri, per i quali sarà necessario un adeguamento delle risorse.

DAL CONCETTO OSPEDALE/TERRITORIO AL CONCETTO DI CONTINUITÀ DELLE CURE: RUOLI E FUNZIONI ALL'INTERNO DI UN PERCORSO DI CURA

Il PNRR grazie soprattutto ai fondi del Recovery Plan destinati dalla UE nel progetto Next Generation UE, stanZIA circa 10 miliardi per la ricostituzione e l'implementazione della medicina territoriale nel nostro paese. L'Home Care, le Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità e le centrali di coordinamento sono gli assi su cui poggia la nuova medicina extraospedaliera, con gli obiettivi di una presa in carico completa e possibile ed una trasversalità vera e non solo dichiarata tra ospedale e territorio. Parte degli obiettivi da raggiungere in tre anni sono frutto del lavoro già in essere in alcune Regioni, come le case della salute o le strutture intermedie, l'assistenza domiciliare che vada oltre l'ADI sono da costruire così come l'uso progressivo della tecnologia. Alla base del progetto sta un nuovo rapporto con la Medicina di Famiglia ed i Pediatri di Libera Scelta ed un rilancio del Distretto Socio Sanitario già compreso nella legge 833. Aspetto critico su cui sarà necessario lavorare rapidamente è la connessione tra tutti gli attori di sistema per la condivisione dei dati clinici, che diventa punto non più rimandabile per la riuscita del nuovo progetto organizzativo.

APPLICAZIONE DEL CLINICAL COSTING NEGLI ENTI SANITARI

Il Clinical Costing è lo strumento più usato nel mondo occidentale per misurare l'efficienza dei sistemi sanitari e delle singole aziende e per valutare la redditività sociale dell'allocazione di risorse economico-finanziarie e del capitale umano. E' l'unico sistema attualmente presente in Italia che determini i costi per singolo episodio di ricovero e permetta di realizzare un sistema di programmazione/benchmarking per ogni unità di diagnosi e cura. Il confronto dei propri consumi di risorse, con i consumi medi, è funzionale sia per effettuare analisi di consuntivo, sia per proiezioni e simulazioni di budget. Il Clinical Costing è quindi lo strumento migliore per dare un valore reale a un servizio o a uno strumento in sanità.

RIMETTERE AL CENTRO DELL'AGENDA DI GOVERNO LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE

Non c'è salute senza salute mentale, è questo il messaggio lanciato anni fa dall'OMS per affermare che la tutela delle problematiche psichiche è indispensabile requisito delle politiche sanitarie. Il nostro Paese vanta indubbiamente una delle legislazioni più avanzate al mondo, se non la più avanzata, in materia di organizzazione dei servizi di salute mentale. Le leggi 180 e 833 del 1978, hanno reso i servizi psichiatrici parte integrante del Servizio sanitario nazionale e le cure sono divenute di norma volontarie. E' questa la cornice di riferimento entro la quale muovere i passi necessari per l'adeguamento e l'innovazione dell'offerta di cura ai bisogni della popolazione alla crescente domanda di interventi. L'applicazione dei percorsi di cura costituisce un irrinunciabile traguardo per il miglioramento della qualità dell'offerta di servizi di salute mentale in particolare per quanto riguarda il miglioramento dell'appropriatezza, della sicurezza e della tempestività delle cure erogate. Attualmente, hanno sottolineato gli esperti durante il panel, l'intervento precoce costituisce un fattore critico per la riduzione della gravità delle prognosi dei disturbi psichiatrici.

Intervenire presto sugli esordi riducendo il gap che intercorre tra le prime prestazioni e l'ingaggio in cura è una priorità. Per questo è importante orientare interventi specifici sugli adolescenti e le popolazioni giovanili e favorire l'integrazione con le aree della neuropsichiatria infantile e delle dipendenze patologiche, viste le frequenti comorbidità con l'abuso di sostanze. È necessario quindi aumentare le risorse, migliorare la qualità delle prestazioni in riferimento alle linee guida e incidere maggiormente sugli esordi delle patologie più gravi.

LA SALUTE MENTALE DOPO LA PANDEMIA: LUCI ED OMBRE

La fotografia scattata dalla Società Italiana di Psicologia (SIP) conferma che l'emergenza Covid ha colpito profondamente la salute mentale degli italiani. Le visite psichiatriche programmate, sia a domicilio sia a studio, stanno continuando solo in alcuni casi, e sono state sostituite da incontri su appuntamento e a distanza, tutte le altre attività hanno avuto una significativa diminuzione, come i consulti psichiatrici ospedalieri (-30%), le psicoterapie individuali (-60%), le psicoterapie di gruppo e gli interventi psicosociali (-90/95%), il monitoraggio di casi in strutture residenziali (-40%) e di autori di reato affetti da disturbi mentali affidati dai tribunali ai Centri di salute mentale (-45%). E poi aumentano le richieste di aiuto da parte dei giovani e giovanissimi, molto spesso vittime di autolesionismo. Predomina il senso di incertezza per il futuro. Gli esperti intervenuti al panel hanno enumerato gli effetti del Covid: il numero dei reparti di psichiatria degli ospedali è sceso del 12%, soprattutto a causa della conversione in unità per pazienti positivi al Covid, e i posti letto disponibili sono diminuiti del 30%, per la necessità di garantire una maggiore distanza fisica tra i pazienti. Si è registrata anche una riduzione complessiva dei ricoveri (-87%), mentre la maggioranza dei reparti ha continuato a eseguire consulti psichiatrici al pronto soccorso e, in misura minore, nelle unità mediche e chirurgiche o, in un caso su cinque, nelle unità Covid. Disturbi dell'umore, psicosi, disturbi d'ansia e tentativi di suicidio sono i problemi più frequenti tra i pazienti, ma il 21,4% dei centri segnala anche un preoccupante aumento dell'aggressività e della violenza, con episodi gravi nell'8,6% dei casi. Dai dati di diverse Regioni è stato rilevato che nella prima fase pandemica, nei mesi a cavallo tra marzo e maggio 2020, a fronte di un lieve calo del numero dei pazienti in contatto (circa il 10%), il calo delle prestazioni, in particolare quelle psicosociali, è stato più consistente (circa il 30%) e anche un rilevante calo sia dei ricoveri ordinari che dei TSO (rispetto allo stesso periodo del 2019 del 50-70%). Dall'inizio dell'estate 2020 nei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) italiani si è assistito ad una graduale ripresa verso livelli di attività prepandemici. Da una recente metanalisi di 23 studi internazionali (Prati e Mancini, 2021), superato l'iniziale momento di disorientamento relativo all'imprevista emergenza sanitaria e ai pesanti risvolti socio-relazionali connessi, la richiesta di supporto psicologico è andata riducendosi attestandosi a livelli ordinari.

MALATTIE PSICHIATRICHE: EFFETTI DELLA NON PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI NEL PERIODO PANDEMICO

Tra gli esperti italiani sta emergendo la consapevolezza che ciò che precedentemente poteva essere inquadrato in una situazione da stress-test acuto si è andata trasformando in una situazione di media-lunga durata. Al contrario della prima fase pandemica in cui i sentimenti prevalenti erano legati alle conseguenze psicologiche dell'isolamento e alla paura, ora predomina il senso di incertezza per il futuro. Questo sentimento peraltro è amplificato dai primi, tangibili segni della crisi economica e sociale che la pandemia sta evidenziando. Il rischio è di un progressivo aumento del disagio psicologico e delle conseguenze, anche sul piano psicopatologico. Il rischio, secondo gli esperti intervenuti durante il panel, è di assistere ad un aumento di epifenomeni quali abuso di sostanze e alcool, fenomeni depressivi, crisi dei rapporti coniugali, fenomeni di violenza, suicidi. Ciò che gli psichiatri italiani osservano in prima battuta, accanto ad un evidente aumentata richiesta, diretta o indiretta, di accesso ai servizi da parte di giovani e giovanissimi, sono fenomeni più di carattere sociologico, in particolare relativamente a condotte finalizzate all'autolesionismo, spesso improntato ad una forte componente imitativa. La capacità di resilienza, più volte espressa dagli individui in situazioni particolarmente difficili, potrebbe far emergere risorse e strumenti inattesi che possano far ipotizzare un futuro a tinte meno fosche. Pertanto è fondamentale adottare una certa misura nella comunicazione pubblica a questi temi. Il ruolo dei DSM e la loro tenuta in queste fasi successive alla pandemia ne ha evidenziato sia il ruolo fondamentale nell'assistenza territoriale che la versatilità e la flessibilità. Uno degli strumenti chiave si è rivelata la gestione della domiciliarità da parte dell'equipe multiprofessionale. Va quindi sottolineato come il ricorso all'innovazione, in particolare con l'implementazione della telemedicina, sia per televisite che per teleconsulti sia di fondamentale importanza. Risulta indispensabile, anche a fronte delle rilevanti carenze di organico (figure mediche), valorizzare queste articolazioni evitando di depotenziarle, utilizzandole caso mai come modello di riferimento per l'assistenza territoriale e la continuità ospedale-territorio.

INNOVAZIONE IN SANITÀ E CITTADINO INFORMATO: IL CONCETTO DI VALORE

Una comunicazione corretta ed efficace è elemento fondante per il successo della cura. Il cittadino consapevole e correttamente informato è un obiettivo chiave da raggiungere e tutti gli attori di sistema devono trovare congiunzione di intenti. Perché l'informazione corretta rappresenta un vero valore aggiunto della sostenibilità del SSN. L'innovazione in sanità non deve riferirsi soltanto agli aspetti di carattere tecnologico, organizzativo e gestionale ma deve riferirsi anche a nuove modalità dei processi e delle modalità di coinvolgimento e di partecipazione, a partire dai cittadini ma anche delle associazioni di rappresentanza dei cittadini e dei pazienti. Quindi quando si parla di innovazione bisogna anche includere la necessità di innovativi strumenti giuridici che garantiscano la partecipazione in tutti i processi decisionali. Strumenti giuridici che garantiscano una partecipazione per non soltanto una-tantum ma che strutturino la partecipazione in maniera organica all'interno dei processi decisionali.

CONCLUSIONI SUMMER SCHOOL 2021

La parola d'ordine di questa Summer School è stata "Revolution", una rivoluzione che deve vedere coinvolta l'assistenza ospedaliera, un nuovo percorso che tenga conto della centralità del modello ospedale-territorio. Ma anche uno snellimento di quella parte di burocrazia che appesantisce i processi, in modo da poter così liberare nuove risorse, così come diventa indispensabile aprire un dibattito sul "capitale umano", colonna portante del Sistema sanitario, ma ancora numericamente troppo carente. Sono tutti temi centrali che nel corso della tre giorni di eventi sono stati oggetto di un dibattito alto tra esperti e amministratori.

15 SETTEMBRE - SONO INTERVENUTI (I NOMI RIPORTATI SONO IN ORDINE ALFABETICO):

Vincenzo Adamo, Direttore Oncologia Medica A.O. Papardo-Messina e Coordinatore Rete Oncologica Siciliana (Re.O.S.)
Marco Alghisi, Presidente Union Food e BEO Nestlè Health Science
Gianni Amunni, Direttore Rete Oncologica Regione Toscana
Emanuele Angelucci, Direttore Ematologia IRCCS San Martino, Genova - Vice Presidente Sie
Brando Benifei, Europarlamentare dispositivi medici
Felice Bombaci, Consigliere AIL
Daniela Boresi, Giornalista Scientifico
Roberto Ciambetti, Presidente Consiglio Regionale del Veneto
Pierfranco Conte, Direttore SC Oncologia Medica 2 IRCCS Istituto Oncologico Veneto, Padova - Coordinatore Rete Oncologica Veneta
Antonio Cuneo, Direttore Reparto Ematologia Arcispedale Sant'Anna Ferrara
Fernanda Gellona, Direttore Generale Confindustria
Giulia Gioda, Direttore Mondosanità
Valentina Guarneri, Professore Ordinario, Direttore della Scuola di Specializzazione in Oncologia Medica, Università di Padova
Lorenzo Latella, Segretario Cittadinanzattiva Campania
Francesco Saverio Mennini, Presidente SIHTA
Emanuele Munari, Sindaco del Comune di Gallio
Paolo Pronzato, Direttore Oncologia Medica IRCCS San Martino, Genova - Coordinatore DIAR Oncoematologia Regione Liguria
Alfredo Santinelli, Direttore Unità Operativa Complessa Anatomia Patologica di Marche Nord
Claudio Zanon, Direttore Scientifico Motore Sanità

16 SETTEMBRE - SONO INTERVENUTI (I NOMI RIPORTATI SONO IN ORDINE ALFABETICO):

Gianni Amunni, Direttore Generale ISPRO e Responsabile Rete Oncologica Regione Toscana
Lorenzo Angelone, Direttore Sanitario AOU Città della Salute e della Scienza Torino
Massimo Annicchiarico, Direttore Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria Regione Lazio
Filippo Ansaldo, Direttore Generale Alisa Regione Liguria
Laura Avalor, Giornalista
Simone Baldovino, Referente Regione Piemonte presso il Tavolo Interregionale Malattie Rare - Centro di Coordinamento della Rete Interregionale per le Malattie Rare del Piemonte e della Valle D'Aosta e Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche - Università di Torino
Andrea Belardinelli, Direttore del Settore Sanità Digitale e Innovazione della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale di Regione Toscana
Francesco Benazzi, Direttore Generale Ulss 2 Marca Trevigiana
Giordano Beretta, Presidente Nazionale AIOM
Federico Bertuzzi, Responsabile Diabetologia ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda Milano
Fabiola Bologna, Camera dei Deputati – XVIII Legislatura
Mauro Bonin, Regione del Veneto
Alberto Bortolami, Area Sanità e Sociale Direzione Farmaceutico-Protesica-Dispositivi Medici
Massimo Braganti, Direttore Generale Salute e Welfare Regione Umbria
Silvio Brusaferrò, Presidente Istituto Superiore di Sanità
Pietro Buono, Direzione Generale per la Tutela della Salute e il coordinamento del Sistema Sanitario Regionale Regione Campania
Stefano Campostrini, Professore di Statistica Sociale Università Ca' Foscari, Venezia Territoriale
Antonio Cascio, Direttore Unità Operativa Malattie Infettive Policlinico P. Giaccone Palermo
Luigi Cavanna, Presidente CIPOMO
Francesco Colasuonno, Funzionario Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti, Servizio politiche del farmaco, Regione Puglia
Luca Coletto, Assessore alla Sanità, Regione Umbria già Viceministro della Salute
Umberto Comberiati, Business Unit Head Teva
Matteo Corradin, Dirigente Unità Organizzativa Polo Ospedaliero, Regione Lombardia
Francesco G. De Rosa, Professore Associato Malattie Infettive SC Malattie Infettive AOU Città della Salute e della Scienza Torino e Ospedale Cardinal Massaia Asti
Luca Degli Esposti, Presidente CliCon S.r.l. Health, Economics Outcomes Research
Paola Facchin, Responsabile Coordinamento Malattie Rare Regione del Veneto
Paolo Fattori, Direttore Edilizia ospedaliera a finalità collettiva Regione del Veneto
Lucia Ferrara, Lecturer di Healthcare Management presso SDA Bocconi School of Management
Luciano Flor, Direttore Generale Area Sanità e Sociale Regione del Veneto
Giulio Fornero, Direzione Scientifica Motore Sanità
Domenico Gallus, Consigliere Regionale e Componente VI Commissione Permanente Salute e Politiche Sociali Regione Sardegna
Andrea Giaccari, Dipartimento Scienze Mediche e Chirurgiche UOC Endocrinologia e Diabetologia Policlinico Universitario Agostino Gemelli Roma
Giulia Gioda, Direttore Mondosanità
Paolo Guzzonato, Direzione Scientifica Motore Sanità
Concetta Irace, Professore Ordinario Università degli Studi Magna Grecia Catanzaro
Maria Grazia Laganà, Qualità, rischio clinico e programmazione ospedaliera Ministero della Salute
Manuela Lanzarin, Assessore alla Sanità e al Sociale Regione del Veneto
Pierluigi Lopalco, Assessore Sanità Regione Puglia
Alessandro Malpelo, Giornalista Scientifico
Marco Marchetti, Direttore Centro HTA, Istituto Superiore di Sanità
Barbara Mazzi, Field Access Director MSD Italia
Francesco Menichetti, Direttore U.O. Malattie Infettive, Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, Presidente GISA
Francesco S. Mennini, Professore di Economia Sanitaria e Economia Politica, Research Director-Economic Evaluation and HTA, CEIS, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" - Presidente SIHTA"

Felice Alfonso Nava, Direttore della U.O. Sanità Penitenziaria e Area. Dipendenze dell'Azienda ULSS 6 Euganea Padova

Stefano Nervo, Presidente Diabete Italia

Marina Panfilo, Vaccine Policy & Communication Director MSD Italia

Giorgio Perilongo, Coordinatore Dipartimento Funzionale Malattie Rare AOU Padova

Carmelo Pullara, Vicepresidente VI Commissione Salute e Sanità Regione Sicilia

Annarosa Racca, Presidente Federfarma Lombardia

Barbara Rebesco, Direttore SC Politiche del Farmaco Alisa Regione Liguria

Riccardo Riccardi, Vicepresidente e Assessore Salute, Politiche Sociali e Disabilità, Cooperazione Sociale e Terzo Settore Regione Friuli Venezia Giulia

Walter Ricciardi, Professore ordinario di Igiene e Sanità Pubblica , Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Francesca Romanin, Direttore Comunicazione Motore Sanità

Mauro Ruggeri, Responsabile Sede Nazionale SIMG

Giancarlo Ruscitti, Direttore Generale Salute e Politiche Sociali Provincia Autonoma Trento

Francesca Russo, Direttore della Direzione prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria presso area sanità e sociale Regione del Veneto

Domenico Scibetta, Vice Presidente Federsanità ANCI

Andrea Silenzi, Prevenzione Sanitaria Ministero della Salute

Valentina Solfrini, Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare, Servizio assistenza territoriale, area farmaci e dispositivi medici Regione Emilia Romagna

Rita Lidia Stara, Presidente Federazione Diabete Emilia-Romagna

Alessandro Stecco, Presidente IV Commissione Sanità Regione Piemonte

Erika Stefani, Ministro per le disabilità

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

Roberto Tobia, Segretario Nazionale Federfarma

Ugo Trama, Responsabile Politiche del farmaco e dispositivi Regione Campania

Riccardo Trentin, Federazione Rete Sarda Diabete

Giuseppe Turchetti, Professore Ordinario in Economics and Management of Innovation in Healthcare at Scuola Superiore Sant'Anna

Marco Vecchietti, Amministratore Delegato e Direttore Generale Intesa Sanpaolo RBM Salute

Gianna Zamaro, Direttore Centrale salute, politiche sociali e disabilità Regione Friuli Venezia

Claudio Zanon, Direttore Scientifico Motore Sanità

17 SETTEMBRE - SONO INTERVENUTI (I NOMI RIPORTATI SONO IN ORDINE ALFABETICO):

Daniele Amoruso, Giornalista Scientifico
Gianni Amunni, Direttore Generale ISPRO, Regione Toscana
Laura Avalor, Giornalista
Paolo Bandiera, Direttore Affari Generali AISM
Micaela Barbotti, A&A Studio legale
Pierluigi Bartoletti, Vice Segretario Nazionale FIMMG
Mario Alberto Battaglia, Presidente Nazionale FISM
Francesco Benazzi, Direttore Generale AULSS 2 Marca Trevigiana
Luigi Bertinato, Responsabile Segreteria Scientifica del Presidente, Istituto Superiore di Sanità
Marzio Bevilacqua, Direttore UOC di Terapia del Dolore presso AULSS n. 2 Marca trevigiana Ospedale di Treviso
Claudio Bilato, Direttore UOC Cardiologia, Ospedale Cazzavillan AULSS 8 Berica
Felice Bombaci, Consigliere AIL
Mauro Bonin, Regione del Veneto
Paolo Bordon, Direttore Generale AUSL Bologna
Alberto Bortolami, Coordinamento Attività Scientifica Rete Oncologica Veneta
Carlo Bramezza, Direttore Generale AULSS 7 Pedemontana
Giacomo Caudò, Presidente Nazionale FIMMG
Antonio Cerqua, Head of Data, AI & GIS Solutions, Almayviva
Pasquale Chiarelli, Direttore Generale Azienda Ospedaliera Santa Maria Terni
Francesco Costa, Lecturer di Health Economics and HTA presso SDA Bocconi School of Management
Claudio Cricelli, Presidente SIMG
Domenico Crupi, Presidente NiSan
Paola Deambrosis, Direzione Farmaceutico - Protesica - Dispositivi medici, Regione del Veneto
Luca Degli Esposti, Presidente CliCon S.r.l. Health, Economics Outcomes Research
Franca Fagioli, Direttore SC Oncoematologia Pediatrica e Centro Trapianti, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino - Direttore Rete Oncologica Pediatrica del Piemonte e della Valle d'Aosta
Luciano Flor, Direttore Generale Area Sanità e Sociale Regione del Veneto
Giulio Fornero, Direzione Scientifica Motore Sanità
Francesco Gabbriellini, Centro Nazionale Telemedicina e Nuove Tecnologie Istituto Superiore di Sanità
Patrizio Giacomini, Oncogenomica ed epigenetica Istituto Regina Elena, Roma
Giulia Gioda, Direttore Mondosanità
Pietro Girardi, Direttore Generale AULSS 9 Scaligera
Paolo Guzzonato, Direzione Scientifica Motore Sanità
Roberta Joppi, Direzione Farmaceutico - Protesica - Dispositivi Medici Regione del Veneto
Giovanni La Valle, Direttore Generale Città della Salute e della Scienza Torino
Giovanni Leoni, Vicepresidente FNOMCeO
Antonella Levante, Vice Presidente IQVIA
Walter Locatelli, Collegio Probiviri FIASO, già Commissario Alisa Regione Liguria
Giuseppe Maduri, Amministratore Delegato Astellas Pharma
Tommaso Maniscalco, Direttore Dipartimento di salute Mentale AULSS 7 e Referente Area Salute mentale e sanità penitenziaria Regione del Veneto
Antonio Marchetti, Professore Università Chieti - Segretario Gruppo Patologia Molecolare Medicina Predittiva SIAPeC
Adriano Marcolongo, Direttore Generale AOU S. Andrea Roma
Alberto Mazzariol, Componente del Comitato Tecnico-Scientifico NiSan
Francesco S. Mennini, Professore di Economia Sanitaria e Economia Politica, Research Director-Economic Evaluation and HTA, CEIS, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" Presidente SIHTA
Giovanni Migliore, Presidente Fiaso e Direttore Generale AOU Policlinico Bari
Vittorio Morello, Amministratore Delegato ed Amministrativo Casa di Cura Privata Santa Maria Maddalena, Occhiobello (RO)
Matteo Moscatelli, Country Head Vree Health at MSD

Stefano Nervo, Presidente Diabete Italia

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

Patrizia Palazzi, Strategic Sales Expert Siemens Healthineers

Gilberto Pari, Responsabile U.O. Medicina del Dolore Casa di Cura Privata Santa Maria Maddalena (RO). Presidente Associazione riconosciuta per la ricerca scientifica Advanced Algology Research

Alberto Pasdera, Coordinatore Scientifico NiSan

Giovanni Petrosillo, Presidente Federfarma-Sunifar

Carlo Picco, Commissario ASL Città di Torino

Claudio Pileri, Direzione Programmazione sanitaria – LEA Regione del Veneto

Carmine Pinto, Direttore Dipartimento Oncologico e Tecnologie Avanzate IRCCS Santa Maria Nuova Reggio Emilia Cazzavillan Azienda ULSS 8 Berica

Alessandra Poggiani, Head of Corporate Programmes Human Technopole

Enrico Polati, Direttore Dipartimento Anestesia e Rianimazione e Terapia del Dolore Ospedale Borgo Roma di Verona

Barbara Polistena, Direttore Generale e Direttore Scientifico CREA Sanità

Stefano Quintarelli, Membro del gruppo di esperti ad alto livello sull'AI per la Commissione UE

Giuseppe Quintavalle, Direttore Generale Policlinico Tor Vergata Roma

Alessandro Rambaldi, Professore di Ematologia Università degli Studi di Milano e Direttore Dipartimento Oncologia e Ematologia Ospedale Papa Giovanni XXIII Bergamo

Annarosa Racca, Presidente Federfarma Lombardia

Franco Ripa, Dirigente Responsabile Programmazione Sanitaria e Socio-sanitaria. Vicario Direzione Sanità e Welfare Regione Piemonte

Francesca Romanin, Direttore Comunicazione Motore Sanità

Marco Ruggeri, Direttore Reparto Ematologia AULSS 8 Berica

Michele Sanza, Presidente Eletto Società Italiana di Psichiatria delle Dipendenze

Gianpietro Semenzato, Coordinatore Tecnico Scientifico Rete Ematologica Veneta (REV)

Maria Beatrice Stasi, Direttore Generale ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo

Giuseppe Tonutti, Direttore Generale Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS) Regione Friuli - Venezia Giulia

Giuseppe Turchetti, Professore Ordinario in Economics and Management of Innovation in Healthcare at Scuola Superiore Sant'Anna Pisa

David Vannozzi, Direttore Generale del Consorzio Interuniversitario CINECA

Claudio Zanon, Direttore Scientifico Motore Sanità

IL WEBINAR È STATO ORGANIZZATO DA



Mondosanità

CON IL PATROCINIO DI



REGIONE DEL VENETO



CONFERENZA DELLE REGIONI
E DELLE PROVINCE AUTONOME

CON IL PATROCINIO SCIENTIFICO DI



ASSOCIAZIONE ITALIANA
CONTRO LEUCEMIE
LINFOMI E MIELOMA



Sistema Sanitario Regione Liguria



ASSOCIAZIONE NAZIONALE
MEDICI CURATORI ONCOLOGICI
NEXT GENERATION



AZIENDA OSPEDALE
UNIVERSITÀ
PADOVA



AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
Città della Salute e della Scienza di Torino



Servizio
Sanitario
della
Toscana



Collegio Italiano dei Primari Oncologici
Medici Ospedalieri



CITTADINANZAATTIVA



CONFINDUSTRIA
Dispositivi Medici



Diabete Italia
onlus



Federazione Italiana delle
Associazioni di Volontariato
in Oncologia



Federazione Dislessia Emilia Romagna ODV



federfarma



CONFEDERAZIONE
FEDER SANITÀ
ANCI REGIONALI



Federazione Italiana
Medici di Famiglia



FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri



GRUPPO ITALIANO PER LA STEWARDSHIP ANTIMICROBICA



Istituto Superiore
di Sanità



ISPRO
Istituto per lo studio, la prevenzione
e la rete oncologica



SOCIETÀ ITALIANA DI HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT



SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA
Affiliated to World Psychiatric Association



SIP DIP



Fondazione
theBRIDGE
SCIENZA
TRA CLINICA
E SOCIETÀ



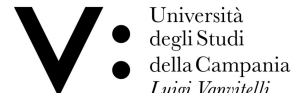
UMG



Università
Ca' Foscari
Venezia



Università di Roma
Tor Vergata



Università
degli Studi
della Campania
Luigi Vanvitelli

CON IL CONTRIBUTO INCONDIZIONATO DI



Abbott

abbvie



astellas



Daiichi-Sankyo

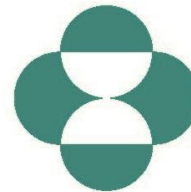


GILEAD



Kite

A GILEAD Company



MSD

Almaviva

ANGELINI
PHARMA

BD

Biogen

Chiesi

MENARINI
group

NOVARTIS

Roche

teva

AstraZeneca

Boehringer
Ingelheim

Celgene | Bristol Myers Squibb™
Company

gsk

GRÜNENTHAL

INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE

Intercept

Janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF Johnson & Johnson

Lilly

Lundbeck

SANOFI

SERVIER

SERVIZI
OSPEDALIERI

SIEMENS
Healthineers

SHIONOGI

VitalAire
Home Healthcare

vree health
MORE LIFE TO LIFE

IN COLLABORAZIONE CON



Comune di Gallio

MEDIA PARTNER



Eurocomunicazione

