



Al Forum Mediterraneo in Sanità si fa il punto sul Piano nazionale Cronicità

Le criticità delle patologie croniche ma anche i migliori modelli assistenziali, al centro dell'incontro "Piano nazionale Cronicità: i progetti ed i piani operativi delle Regioni".

La storia e la struttura del Piano Nazionale delle Criticità (PNC) è raccontata dalla dott.ssa **Paola Pisanti** del Ministero della Salute, che a due anni dalla sua approvazione rappresenta uno spartiacque per l'innovazione e la riorganizzazione del Sistema Sanitario Italiano.

"L'Italia è riuscita a capire prima di altri Paesi europei - ha detto la **Pisanti** - che occorre adottare un sistema che valga per tutte le cronicità. Il Piano Cronicità è stato approvato in Conferenza Stato Regioni nel 2016 e previsto anche dal contemporaneo Piano della salute. Il Piano ha voluto rispondere alla necessità di sostenere la Persona e le famiglie ad affrontare il futuro, tenendo presente la difficoltà nel reperimento delle risorse."

"Il Piano ha inteso pensare a una Medicina Generale diversa, aperta alla integrazione dei medici, modello di *casa* dove inserire tutti gli attori; una Medicina capace di integrazione tra cure primarie, specialistiche e ospedali, che consideri la Persona con la sua malattia per ridurre quello che la patologia comporta, potenziando i servizi e la possibilità al loro accesso".

Il Piano si compone di due parti: la prima contiene gli indirizzi generali per la cronicità, mentre nella seconda si trovano approfondimenti su patologie con caratteristiche e bisogni assistenziali specifici.

Nella prima parte vengono indicati la strategia complessiva e gli obiettivi di Piano, proposte alcune linee di intervento ed evidenziati i risultati attesi, attraverso i quali migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA). Inoltre viene approfondita la parte relativa alla cronicità in età evolutiva.

Nella seconda parte il Piano individua un primo elenco di patologie croniche individuate attraverso criteri quali la rilevanza epidemiologica, la gravità, l'invalidità, il peso assistenziale ed economico, la difficoltà di diagnosi e di accesso alle cure.

Aspetti trasversali sono la formazione, la tecnologia, l'umanizzazione, il ruolo delle farmacie. Le leve sono la informazione della popolazione e la formazione degli operatori.

Numerose sono le innovazioni di cui il PNC è portatore - le risorse della comunità, il coinvolgimento dell'associazionismo, l'organizzazione, il supporto delle linee guida, l'informatica - tutte a sostegno di un concetto fondamentale: "bisogna medicalizzare il più possibile le persone strettamente per la cura della loro patologia, ma demedicalizzarle all'interno della quotidianità".

Per rendere attuale il Piano è stata istituita la **Cabina di Regia** per valutare modelli innovativi che possano aggiornarlo nel tempo. Il nuovo sistema di garanzia ha dato alle Regioni un **manuale operativo** che riguarda per ora 6 patologie ed individua degli indicatori di processo e di esito sui quali le Regioni dovranno lavorare



quando definiranno i PDTA clinici. Tutti i modelli attuati sino ad oggi dalle Regioni – ha concluso la **Pisanti** - hanno degli elementi in comune: l'assistenza primaria ne rappresenta il punto chiave, la proattività e l'investimento per quanto riguarda l'empowerment del paziente e della famiglia”.

La gestione ottimale delle malattie croniche in Puglia Il Progetto “Care Puglia 3.0”

Parte dalla capacità di conoscere in maniera accurata i bisogni di salute e le dinamiche di generazione dei bisogni stessi, il Progetto dell'ARESS Puglia “Care Puglia 3.0” per la gestione ottimale delle malattie croniche.

“Care 3.0 – ha spiegato **Lucia Bisceglia**, Dirigente Epidemiologia e Care Intelligence ARESS Puglia - verrà implementato in via sperimentale dalla Regione Puglia sui pazienti ultra-quarantenni affetti patologie croniche come ipertensione arteriosa, scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronico-ostruttiva e diabete. Si tratta di un numero consistente di pazienti che potranno essere presi in carico dai Medici di medicina generale che abbiano un infermiere professionale e un collaboratore di studio che possano garantire la presa in carico effettiva del paziente attraverso la sottoscrizione di un Piano Assistenziale Individuale. L'Infermiere svolgerà funzione di Care Manager e il collaboratore di studio che garantirà la gestione del percorso anche attraverso la prenotazione in agende dedicate. Ci aspettiamo oltre ad un effettivo miglioramento del contatto con il Sistema Sanitario anche il mantenimento, per più tempo possibile, delle migliori condizioni di salute possibile di questi pazienti. Parola d'ordine presa in carico ottimale e una gestione integrata del percorso del paziente.

La Regione ha voluto anche creare il luogo fisico rappresentato dal presidio territoriale di assistenza che corrisponde a 30 presidi in grado di dare risposta h24 ai pazienti.

Altri interventi:

Punta sull'importanza fondamentale dei dati **Nello Martini**, Presidente Fondazione Ricerca e Salute: “finalmente – dichiara Martini – con il modello pugliese sarà possibile avere dei dati che diventino lo strumento fondamentale per programmare e conoscere gli output di quello che si produce. Abbiamo necessità di ridisegnare il percorso attraverso dati veri, non di letteratura, di conoscere quali e quanti sono questi pazienti, le differenze nell'ambito di distretti e aziende per identificare indicatori di processo e di esito.”.

Tiziana Frittelli, Presidente Federsanità ANCI ha evidenziato la necessità che nella Cabina di Regia del PNC si seggano anche le Federazioni affinché possano dare il loro contributo al Sistema Paese. Tra le tematiche sottolineate come centrali per la reale applicazione del PNC: “l'empowerment del paziente, particolarmente caro alla Federazione, realizzato con tutte le Istituzioni partendo da quelle comunali più vicini alle persone, e gli interventi sistemici in ambito organizzativo, in particolare ripensando i sistemi di finanziamento”.

L'esperienza della Regione Campania è stata raccontata da **Maddalena Illario** (Regione Campania), che ha sottolineato l'importanza della progettualità e della collaborazione sia con l'Europa che con



le altre Regioni d'Italia per combattere la frammentazione, mettere a sistema e implementare i migliori modelli per le cure integrate. Tra questi, gli esempi del Progetto Promis, di cui la Regione Campania è partner, e del **Progetto SCIROCCO** realizzato con il contributo della Regione Puglia - attraverso l'ARESS, di cui la Regione Campania sta invece utilizzando lo strumento on line (il Maturity Model) che permetterà di misurare il livello di maturità del sistema sanitario regionale. "Il Piano Nazionale della Cronicità – ha concluso **Ilario** - è una esperienza unica per rendere fruibili per tutti i cittadini delle Regioni queste soluzioni innovative".

"Il Piano Nazionale della Cronicità - dichiara **Tonino Aceti**, Coordinatore Nazionale Tribunale Diritti per il Malato Cittadinanzattiva è un esempio virtuoso di partecipazione civica nelle politiche pubbliche che dovrebbe essere esteso su tutti i fronti delle politiche pubbliche, e a tutti i livelli. È una buona pratica che dovrebbe essere estesa nei territori. L'idea del PNC nasce in prima istanza da una richiesta delle associazioni, viene scritto insieme alle associazioni dei cittadini e dei pazienti. Le associazioni hanno aiutato a far approvare il Piano in sede di Conferenza Stato-Regioni e oggi siedono nella cabina di regia per la sua attuazione. Diversi sono ancora, però, i rischi che stiamo cercando di scongiurare – conclude **Aceti** - rappresentati dalla lentezza con cui il Piano si sta attuando (recepito ancora oggi solo da 6 regioni), l'importanza dei sistemi di stratificazione che devono essere inclusivi e rappresentativi della popolazione, e la reale inclusione delle associazioni dei pazienti".

"Ci siamo concentrati moltissimo sugli ospedali - ha ribadito **Angelo Muraglia**, Direttore Dipartimento Salute e Welfare Regione Abruzzo, senza riversare sul territorio quelle risorse che avrebbero dovuto sopperire alle necessità del cittadino. Oggi, il primo obiettivo della Regione Abruzzo è invece quello di portare le cure a domicilio. Ci siamo sempre chiesti come garantire una migliore qualità della prestazione sul territorio, partendo dalle competenze, ma anche delle tecnologie. Sul territorio non si era mai acceso un faro. Oggi in Abruzzo sarà possibile avere degli indicatori di autorizzazione e di accreditamento che consentiranno di elevare questa qualità a garanzia della sicurezza del paziente stesso."

"La Regione Friuli Venezia Giulia ci dimostra che se il paziente è tenuto all'interno di un sistema proattivo di Sanità – ha affermato **Barbara Mangiacavalli**, Presidente Nazionale FNOPI - questo può fare crollare i ricoveri dei frequent user e i costi del sistema. In questo scenario importante innovare ruoli e funzioni e lavorare in équipe, è fondamentale la figura del Care Manager e il nuovo ruolo degli infermieri ma anche la stratificazione dei pazienti e i sistemi informativi per la cui attivazione il professionista sanitario deve collaborare attivamente affinché siano uno strumento della continuità assistenziale".

**Forum2018
Mediterraneo
in Sanità**

**13-14 SETTEMBRE 2018
BARI | FIERA DEL LEVANTE**

Promosso da:



Fondazione
Sicurezza
in Sanità

IL CAMBIAMENTO NECESSARIO PER IL DIRITTO ALLA SALUTE DI TUTTI - PROPOSTE DAL SUD E PER IL SUD

FLASH DALLA PRIMA GIORNATA DEL FORUM MEDITERRANEO IN SANITÀ

I Paesi del Mediterraneo a confronto sul ruolo dell'Ingegneria Clinica in Sanità

Esperti e rappresentanti istituzionali di diversi Governi d'Europa si sono confrontati al Forum Mediterraneo in Sanità nel workshop a cura di AIIC, sul ruolo dell'Ingegneria clinica nella sanità odierna soprattutto per quanto attiene alla possibilità di incidere nel suo cambiamento e nella sua modernizzazione.

Mai come oggi i temi e le riflessioni che riguardano il settore dell'ingegneria clinica e biomedica stanno travalicando i confini, per assicurare competenze condivise anche in situazioni professionali e operative trans-nazionali differenziate. Al tavolo **Josè Domingo Sanmartin** (in rappresentanza della Sociedad Espanola de Electronico y Ingenieria Clinico SEEIC; Hospital Universitario Virgen del Rocio, Siviglia), **Christophe Parret** (Association Française des ingénieurs biomédicaux – AFIB), **Mario Medvedec** (Croatian Biomedical Engineering and Medical Physics Society, CROBEMPS), **Almir Badnjevic** (Bosnia and Herzegovina Medical and Biological Engineering Society, DMBIUBIH), **Dusan Perovic** (Clinical Centre of Montenegro), **Ledina Picari** (Albania - Ministero della Salute), **Nicolas Pallikarakis** (Hellenic Society of Biomedical Technology, ELEVIT).

"All'interno di questo Forum – ha dichiarato **Lorenzo Legrande**, presidente AIIC - il nostro auspicio è quello di lanciare da Bari una consuetudine di incontro autorevole tra Paesi e professionisti del Mediterraneo, istituzionalizzarlo anche per i prossimi anni, creando già oggi un documento condiviso che delinea principi comuni all'ingegneria clinica e biomedica e che faccia circolare a livello istituzionale e mediatico i valori e le problematiche che la nostra professione vuole esprimere".

"Il problema della risorse per il mantenimento della qualità dei servizi in sanità ed assicurare l'innovazione tecnologica ci accomuna tutti – ha dichiarato **Christopher Parret** responsabile del servizio di ingegneria clinica dell'Ospedale di Grenoble e membro del direttivo dell'AFIB - . Trovare il modo per condividere le migliori esperienze, per cercare di comprendere come sviluppare al meglio i nostri servizi di ingegneria clinica è un obiettivo che tutti auspichiamo. Inoltre il confronto sul nuovo regolamento europeo sui medical device è qualcosa che ci può unire da subito, per garantire un'implementazione equilibrata e coerente in tutti i Paesi europei".

Bari, 13.09.2018

APPUNTAMENTO A DOMANI CON IL FORUM MEDITERRANEO IN SANITÀ