A cura di

MICOM - *Educational Medical Writing Area*

Si è svolto in data Venerdì 26 Maggio a Padova l'evento dal titolo "Dal PNRR alla Medicina del futuro: competenze cliniche e prossimità delle cure", un incontro rivolto ai professionisti sanitari e alle figure dirigenti per valutare le potenzialità offerte dal PNRR, ragionare sulle caratteristiche degli interventi da promuovere e condividere le necessità e i bisogni sia dei pazienti sia dei professionisti stessi; durante l'evento, è stato dato ampio spazio alla discussione e alla collaborazione tra professionisti e dirigenti sanitari con l'obiettivo di promuovere una sinergia efficace nel raggiungimento degli obiettivi del PNRR: tale interazione è risultata fondamentale per individuare le criticità del sistema sanitario attuale e per delineare strategie e soluzioni innovative per affrontarle. Un altro focus ha riguardato l'attenta disamina del PNRR al fine di comprenderne al meglio la struttura, le fonti di finanziamento e le modalità di accesso ai fondi: grazie a questo approfondimento, i partecipanti hanno avuto l'opportunità di acquisire una conoscenza approfondita delle misure previste dal piano e delle loro implicazioni nel contesto sanitario, condividendo al contempo best practice e strategie efficaci per garantire l'elargizione dei fondi. Sempre in ambito sanitario, infine, la discussione sullo stato dell'arte ha concesso ai partecipanti l'opportunità di conoscere e discutere progetti e iniziative già in attività e da implementare in futuro, in modo da poter affrontare al meglio le sfide attuali e future: tale analisi ha consentito di identificare le priorità e le azioni necessarie per garantire un sistema sanitario equo ed efficiente su tutto il territorio nazionale.

All'incontro hanno partecipato il Dott. **Vincenzo Lolli** (*Direttore UOC Farmacia Ospedali Riuniti Padova Sud AULSS6 Euganea*) in qualità di Responsabile Scientifico e la Faculty composta da:

- **Giuseppe Azzarello** (*Direttore UOC Oncologia - Ematologia Oncologica AULSS 3 Serenissima Distretto Mirano / Dolo (Venezia)*)
- **Francesca Bano** (*Direttore UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale AULSS6 Euganea*)
- **Valentino Bertasi** (*Direttore Unità Operativa Complessa Farmacia Ospedaliera AULSS9 Scaligera*)
- **Giovanni Berti** (*Direttore UOSD distribuzione diretta dei farmaci e assistenza farmaceutica ospedale territorio AULSS 2 Marca Trevigiana*)
- **Mauro Bonin** (*Direttore Programmazione e Controllo SSR*)
- **Alberto Bortolami** (*Referente tecnico-scientifico Rete Oncologica del Veneto*)
- **Vito Bossone** (*Vicesegretario Vicario FIMMG Padova*)
- **Arturo Cavaliere** (*Presidente Nazionale SIFO*)
- **Luigi Cavanna** (*Direttore Dipartimento di Oncologia-Ematologia dell'Azienda USL di Piacenza e Presidente CIPOMO*)
- **Domenico Maria Crisarà** (*Vicepresidente Nazionale FIMMG*)
- **Paolo Fattori** (*Direttore Edilizia ospedaliera – Regione Veneto*)
- **Andrea Favaretto** (*Direttore Centro studi sintesi di CGIA Mestre*)
- **Annunziata Lapolla** (*Professore Ordinario Endocrinologia Università di Padova Responsabile UO di Diabetologia ULSS Euganea*)
- **Carlo Mursia** (*Componente Direttivo Regionale Veneto*)
- **Nicola Realdon** (*Direttore Scuola Specializzazione Farmacia Ospedaliera UniPD*)
- **Nicola Smania** (*Professore Ordinario Medicina Fisica e Riabilitativa Università di Verona*)
- **Valentina Varalta** (*Psicologa UOC Neuroriabilitazione AOUI Verona, Centro di Ricerca in Riabilitazione Neuromotoria e Cognitiva Università di Verona*)

I dati qui riportati sono gestiti in conformità al Regolamento (UE) 2016/679 e s.m.i – Vedere Informativa su www.micom.it/privacy

MICOM S.r.l. - Via Savona, 97 I-20144 Milano Tel.: +39 02 89 51 88 95 (r.a.) - Fax +39 02 89 51 89 54

P. I.V.A. 10547540152 - C.C.I.A.A. 1387696 - Iscr. Trib. 323946/8061/46 MI - Cap. Soc. € 41.600,00 € i.v.

www.micom.it - E-mail: micom@micom.it

UNI EN ISO 9001: 2008

- **Stefano Vianello** (*Direttore Distretto 4 Chioggia e ff UOS Cure Intermedie presso Azienda ULSS 3 Serenissima*)

In apertura di evento sono stati presentati i saluti del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera di Padova **Giuseppe Dal Ben**, il quale ha sottolineato l'importanza di focalizzare il ruolo dell'AO all'interno della riforma territoriale, condividendo con i partecipanti le sue considerazioni sul DM77 e sottolineando che tale Regolamento rappresenta un salto epocale in ambito sanitario: il PNRR sta infatti fornendo al nostro sistema sanitario notevoli opportunità economiche e se gli strascichi della pandemia da un lato ci hanno mostrato l'importanza di investire in tutte quelle skill divenute vitali in periodo di isolamento (ad esempio le tecnologie informatiche e i servizi a distanza), dall'altro ci hanno dimostrato che è importante superare il preconcetto secondo cui "un individuo può fare tutto"; la collaborazione tra figure professionali è risultato essere un punto fondamentale per garantire un percorso sanitario efficiente ed efficace. La lezione fondamentale che ci ha impartito la pandemia è dunque l'importanza dell'integrazione e del lavoro di squadra, elementi fondamentali e fondanti della Nuova Sanità, la cui costruzione sarà un percorso graduale che porterà il DM77 stesso ad essere, in futuro, obsoleto per via delle continue innovazioni e dei costanti sviluppi. Pertanto, in un sistema in continuo divenire, è indispensabile che le fondamenta siano solide affinché sia garantita la stabilità della struttura globale, e tali fondamenta sono rappresentate proprio dall'integrazione e dal lavoro di squadra.
A seguire **Fabio Verlato**, Direttore del Distretto 1 Padova e Bacchiglione della Ulss 6 Euganea, ha condiviso con i partecipanti preoccupazioni e speranze riguardo alla situazione corrente: il timore di non riuscire a sfruttare adeguatamente le potenzialità del PNRR si contrappone alla speranza di potenziare il sistema sanitario grazie agli strumenti forniti dal Programma, potenziamento che dovrebbe colpire in particolare punti critici della sanità quali la continuità delle cure, l'attuale carenza di personale e la necessità di una digitalizzazione uniforme e più facilmente fruibile da cittadini e clinici.

Il primo intervento dell'Ingegner **Paolo Fattori**, Direttore dell'Edilizia ospedaliera per la Regione Veneto nonché referente unico per il PNRR, ha focalizzato l'attenzione sulle sfide e sulle opportunità che il PNRR porterà in particolare alla Regione Veneto. Come già ripetuto in varie occasioni, la pandemia ha evidenziato diverse carenze e criticità di natura strutturale presenti nel nostro sistema sanitario quali disparità territoriale, inadeguata integrazione, elevati tempi di attesa e carenza di personale; il PNRR nasce da queste considerazioni e si qualifica come strumento di potenziamento del sistema nazionale, attraverso strategie di riorganizzazione, implementazione e sviluppo che puntino al rafforzamento del Sistema Sanitario.
La Missione 6, dedicata al tema della Sanità, è suddivisa in due principali componenti: la prima riguarda le reti di prossimità, le strutture intermedie, l'assistenza territoriale e in generale le reti territoriali di assistenza sanitaria; la seconda è dedicata all'innovazione, alla ricerca e alla digitalizzazione del SSN, sottolineando il tema della "tecnologia" come punto chiave ricorrente all'interno del PNRR: sono due, infatti, i punti chiave su cui il Piano Nazionale insiste, uno è appunto la tecnologia, un altro è invece l'ambiente. A tal proposito, è necessario ricordare che le strutture ospedaliere rappresentano all'atto pratico strutture altamente energivore; la costruzione di nuove infrastrutture sarà quindi legata alla necessità di rispettare determinate condizioni di efficienza energetica per rispettare i principi elencati nel documento europeo.
La rete sanitaria dovrà garantire un continuum di cure per la presa in carico del paziente e per far ciò dovrà mettere in atto strategie di riorganizzazione e di potenziamento dei servizi, anche grazie all'attivazione di case di comunità, all'estensione dell'assistenza domiciliare e al consolidamento della telemedicina. In Veneto a tal proposito è prevista la costruzione di 99 nuove Case di Comunità, i cui lavori saranno da avviare entro il 2023. Riguardo alla telemedicina invece, il piano operativo è stato presentato nel 2022 ed è attualmente in definizione il modello regionale che sarà attivato entro il prossimo anno.
Infine, è necessario ricordare che l'Europa non paga spese ma investimenti, e in sanità spesso è difficile applicare e mettere in atto un investimento; le regole per l'erogazione dei fondi sono ferree, gli step da raggiungere entro determinate tempistiche sono una condizione imprescindibile per l'ottenimento dei soldi che, altrimenti, vengono persi senza possibilità di recupero. Gli unici fondi che vengono erogati come spesa

corrente sono i soldi destinati all'assistenza per i pazienti a domicilio. In conclusione, per garantire l'erogazione del budget prestabilito è necessario saper elaborare strategie e progettualità funzionali al potenziamento del Sistema Sanitario, portandole a conclusione nei vari step previsti entro i termini prestabiliti per non rischiare di perdere i fondi stanziati dal PNRR e con essi un'enorme opportunità di riorganizzare in maniera efficiente la rete strutturale sanitaria nazionale.

A seguire il Prof. **Nicola Realdon** ha focalizzato l'attenzione sul ruolo del farmacista ospedaliero a supporto della ricerca, esaminando in particolare le nuove prospettive di formazione e di sviluppo professionale della figura. La formazione del farmacista ospedaliero ha avuto negli ultimi anni una trasformazione enorme anche e soprattutto grazie a due grandi riforme nel 2005 e nel 2015 che hanno radicalmente cambiato il volto della formazione specialistica; la riforma del 2005 in particolare ha permesso di collocare la scuola di specializzazione in Farmacia Ospedaliera all'interno dell'area dei servizi clinici, una delle tre aree tipiche della medicina. Gli stessi obiettivi che il PNRR pone alla sanità pubblica valgono anche per la figura del farmacista: miglioramento dell'assistenza territoriale, innovazione ospedaliera, trasformazione digitale, incremento delle risorse umane, ma soprattutto potenziamento della ricerca, un elemento fondamentale alla luce dell'ingresso del farmacista in questo settore, in particolare in ambito di sperimentazione clinica. Esistono a tal proposito due figure che possono essere definite complementari: il farmacista ricercatore, che promuove ricerca clinica e partecipa alla stesura di protocolli sperimentali in collaborazione con clinici e altri professionisti, e il farmacista di ricerca, ossia il farmacista ospedaliero che accede in qualità di componente ai comitati etici o negli osservatori regionali per la sperimentazione clinica; in questi ambiti il farmacista assume un ruolo essenziale, applicando una metodologia sperimentale ben precisa acquisita nel corso degli studi, raccogliendo dati ed evidenze dal real world a livello locale e regionale.
Fino a poco tempo fa il termine "ricerca" non era associato alla figura del farmacista poiché tale ruolo veniva in un certo senso relegato ad una serie di attività organizzativo-logistiche legate alla preparazione galenica. Le capacità e le competenze che il farmacista acquisisce in funzione dell'attività di ricerca che andrà a svolgere derivano in realtà dal suo stesso percorso di formazione nonché dall'attività svolta quotidianamente: egli viene infatti formato a identificare i pazienti con problematiche terapeutiche particolari (interazioni dannose, reazioni avverse, ecc.), a prevenire e risolvere coordinatamente con altri professionisti i problemi legati alla terapia del paziente, è in grado di illustrare i regimi terapeutici con un livello informativo compatibile a quello del malato, collabora al monitoraggio del paziente e molto altro; allo stesso modo, viene formato a livello di competenze farmacocinetiche e farmacodinamiche, conoscendo i farmaci per cui è consigliato il monitoraggio di determinati parametri, proponendo regimi terapeutici personalizzati, individuando tipologie di pazienti particolari per cui è consigliato il monitoraggio dei suddetti parametri e via dicendo. La figura del farmacista possiede un grado di trasversalità anche per ciò che riguarda la valutazione del rischio clinico: egli ha infatti un ruolo fondamentale nel riconoscimento, nella prevenzione e nel monitoraggio degli errori in terapia, essendo formato all'analisi preventiva e retrospettiva del tipo di errore e alle possibili conseguenze. La figura del farmacista possiede inoltre importanti competenze in ambito di counseling poiché capace di programmare ed effettuare interventi appropriati dal punto di vista relazionale con strategie incentrate sui bisogni e sulle richieste dei singoli pazienti.
La figura del farmacista ricercatore, in sintesi, deriva dal manifestarsi di tutte le sopracitate competenze; la ricerca diventa perciò un atteggiamento, un'attitudine intrinseca del Farmacista che sviluppa una capacità di attenzione alla realtà assistenziale rivelandosi in grado di intuire problematiche da analizzare e discutere con altri professionisti sanitari, fornendo una decisiva spinta verso la creazione di un determinato percorso di ricerca. Da tali premesse appare chiaro che il ruolo del Farmacista Ospedaliero è quello di entrare di diritto nella stesura del monitoraggio dei percorsi diagnostico-terapeutici per garantire una migliore domiciliarizzazione delle cure.
Per ciò che riguarda il farmacista di ricerca, non si tratta di una figura nuova, bensì di una figura già esistente ma meglio strutturata dal momento in cui il nuovo regolamento sulla sperimentazione clinica è entrato in

vigore; si tratta del farmacista ospedaliero o dei servizi territoriali che opera a supporto della ricerca grazie alle sue competenze, svolgendo determinate attività all'interno di un comitato etico o nelle segreterie tecnico-scientifiche dei comitati etici.
In conclusione, il PNRR offre potenzialità enormi che aprono nuove prospettive e opportunità di formazione e di sviluppo professionale per la figura del farmacista, opportunità che saranno strettamente connesse a tre parole chiave per lo sviluppo dell'assistenza sanitaria del futuro: prossimità, digitalizzazione e monitoraggio del paziente cronico.

La relazione seguente del Dott. **Alberto Bortolami** ha analizzato il tema dei dati Real World e dell'importanza della collaborazione portando come esempio il Molecular Tumor Board, uno strumento di governance in ambito oncologico composto da un gruppo multidisciplinare di specialisti. L'attuale momento storico è caratterizzato da un crescente bisogno di salute, da nuove alternative terapeutiche e diagnostiche, da una nuova concezione della malattia in diversi setting e questo si accompagna inevitabilmente sia ad un aumento di aspettative dei pazienti sia ad un aumento dei costi sanitari. Per ciò che riguarda la regione Veneto, l'oncologia copre circa il 25-30% della spesa nazionale; si tratta di un ambito che ha subito la generale ridefinizione del concetto di medicina da "generale" a "personalizzata" perché il concetto stesso di oncologia di precisione si è evoluto in seguito alla presa di coscienza che ciascun soggetto possiede una propria specificità e quindi, in senso più esteso, anche ogni tumore è unico. In questo contesto dominato da cambiamenti di paradigma, trattamenti sempre più personalizzati, terapie sempre più efficaci e outcome migliori, si inserisce il Molecular Tumor Board, strumento multidisciplinare destinato a massimizzare l'efficienza del percorso terapeutico del paziente oncologico.
Il nuovo paradigma dell'oncologia è legato ad un passaggio da un modello istologico ad un modello agnostico, in cui una mutazione trasversale può essere legata a più tumori. Questo cambiamento sta interessando anche la figura del farmacista, il quale si trova ad interagire con un maggior numero di professionisti coinvolti nel percorso di cura del paziente oncologico; altro elemento soggetto al cambiamento è il numero di farmaci rimborsabili e anzi a tal proposito è da sottolineare che l'aspetto di rimborsabilità del farmaco ha avuto un inquadramento organizzativo grazie all'inserimento in Gazzetta Ufficiale di un passaggio in cui si afferma che l'inquadramento diagnostico oncologico viene effettuato da un team multidisciplinare al cui interno figuri anche un Farmacista Ospedaliero. Appare chiara, dunque, la necessità formativa della figura del farmacista in questo specifico ambito.
Il paradigma varia anche dal punto di vista organizzativo: ogni paziente oncologico va opportunamente testato per il farmaco adeguato e se si considera che solo in Veneto ogni anno si contano circa 30.000 pazienti oncologici diventa imperativo capire quando testare i pazienti e come, capire se testare tutti i geni o uno alla volta, se testarli step by step o in unica formula, valutando anche l'aspetto economico di tali decisioni. La presenza del farmacista ospedaliero risulta un'altra volta fondamentale all'interno del team multidisciplinare deputato a risolvere questi dubbi per identificare il test più adatto e più economicamente sostenibile.
La multidisciplinarietà risulta essere dunque elemento fondamentale nel percorso di cura del paziente oncologico e il Molecular Tumor Board incarna perfettamente la trasposizione di questo concetto in atto pratico; istituito in Veneto nel 2021, il MTB consiste in un gruppo di lavoro formato da 24 componenti di diversa professione e specializzazione clinica, i cui ambiti di attività e criteri di accesso sono stati definiti da un documento regionale specifico: l'accesso al MTB è aperto solo a un numero di pazienti limitato, in particolare è aperto a quei pazienti privi di alternative terapeutiche efficaci, i test molecolari da eseguire sono definiti in base a criteri ESCAT condivisi, le strategie di accesso al trattamento vengono definite dal clinico e dal farmacista che lavorano in collaborazione per garantire l'accesso del paziente al farmaco, i cui costi sono spesso piuttosto sostenuti.
Parlando di Real World Data, essi rappresentano raccolte di dati che si svolgono in fase successiva agli studi randomizzati e che permettono la comprensione di informazioni più approfondite circa l'utilizzo e l'efficacia di un dato farmaco; considerato che soltanto il 2-4% della popolazione accede ai trial clinici, i dati Real World

rappresentano una fonte vitale di informazioni circa la reale efficacia del farmaco analizzato. I RWD rappresentano dei dati di outcome e in quanto tali necessiterebbero di studi osservazionali ad hoc caratterizzato da un impegno importante; questi stessi dati ci permettono però di definire in maniera più precisa il paziente, di allocare meglio le risorse, di comprendere quale percentuale di popolazione accede a una data terapia e di inquadrare le caratteristiche dei pazienti eleggibili a tali terapie, offrendo un aiuto importante anche in ambito regolatorio ed organizzativo.
In conclusione, il farmacista necessita di essere inserito nei percorsi diagnostici e deve essere in grado di monitorarli attraverso indicatori di processo ed esito, calcolando anche i costi del percorso di assistenza; il farmacista ospedaliero è dunque chiamato a rispondere a varie sfide e opportunità che possono essere categorizzate in tre particolari aree: l'area delle terapie sperimentali e innovative; l'area inerente a temi di governance, accesso, HTA, real world e farmacoeconomia; l'area della farmacia clinica, farmacovigilanza e counseling.

Mauro Bonin, nella relazione successiva, ha approfondito le caratteristiche della Missione 6 del PNRR, partendo dalla considerazione che sebbene il PNRR nasca come strumento di ripresa per le criticità emerse durante la pandemia, esso si offre anche come opportunità di risoluzione dei problemi legati alla questione demografico-economica che grava sul Sistema Sanitario da lungo tempo: si parla nello specifico del tema dei contributi previdenziali e della spesa pensionistica, elementi che assorbono l'80% delle spese dello Stato e che contribuiscono al progressivo definanziamento del servizio sanitario pubblico, la cui spesa a livello nazionale si aggira intorno al 6%. Lo scenario preannuncia un disallineamento netto tra offerta pubblica e aspettative collettive che, con il progressivo declino demografico, andrà a inasprire le divergenze tra risorse e bisogni generando un sovraccarico sulle Direzioni Generale delle Aziende Sanitarie.
In questo scenario sfavorevole il PNRR si inserisce partendo dalle criticità evidenziate dal COVID per sottolineare la necessità di nuove tecnologie, di nuove competenze digitali e di nuovi processi e metodi di erogazione delle cure, individuando componenti di miglioramento quali infrastrutture edilizie, tecnologie digitali e sistemi di competenze su cui investire; si tratta di un investimento finalizzato alla generazione di lavoro attraverso la possibilità di mettere le persone che accedono ai servizi sanitari in condizione di essere produttivi. Questa logica ha origine dal fatto che la maggior parte delle fonti di finanziamento deriva da prestiti che, in quanto tali, andranno restituiti.
Gli interventi previsti avranno l'obiettivo di modificare il metodo di lavoro e di gestione del percorso sanitario, agendo in particolare su determinati processi territoriali e distrettuali; l'impatto qualitativo ed economico degli interventi sarà valutato in base al potenziale di recupero di giovani, donne e territori, le risorse dovranno essere impiegate in maniera efficace per garantire uno sviluppo nel lungo periodo che sia in grado di generare crescita economico-sociale e di ripagare il debito. L'obiettivo finale del PNRR in praticola è aumentare il rapporto costo-efficacia del SSN a favore del secondo, per generare crescita e guadagno.
Grazie agli investimenti previsti sarà possibile ridisegnare i servizi e i processi del sistema sanitario: i finanziamenti, infatti, non puntano ad espandere il sistema, bensì a riorganizzarlo; in assenza di crescita assoluta della spesa, lo sviluppo dell'assistenza territoriale dovrà avvenire tramite riconversione dell'assistenza ospedaliera. Si tratta però di un processo "libero": il PNRR non fornisce, infatti, rigide indicazioni da seguire alla lettera, gli indirizzi nazionali sono indeterminati e lasciano al management locale la scelta della strada da intraprendere, aprendo significativi scenari di autonomia e responsabilità.

In apertura di Seconda Sessione, il Dott. **Stefano Vianello** ha voluto approfondire il discorso legato a prossimità, strutture sul territorio e potenziamento dell'assistenza territoriale partendo dall'analisi di alcuni punti di lavoro fondamentali per la riorganizzazione della rete territoriale sanitaria. Sono 10 i punti chiave su cui lavorare in ambito di potenziamento del sistema sanitario: il Distretto, l'Assistenza Domiciliare Integrata, la Centrale Operativa Territoriale, l'Infermiere di Famiglia o Comunità, il Punto Unico di Accesso, i Medici di Medicina Generale, la Farmacia dei Servizi, il tema della Prevenzione, il numero unico 116117 e la Missione 1 (ossia la digitalizzazione dei processi). In Regione Veneto la Giunta Regionale ha deliberato nel mese di

gennaio la programmazione dell'assetto organizzativo-operativo della rete assistenziale territoriale in attuazione al PNRR e DM77: si stima che con i finanziamenti europei la regione promuoverà la costruzione di 95 Case di Comunità, 49 Centrali Operative Territoriali e 35 Ospedali di Comunità.
Le Case di Comunità rappresentano strutture fisiche in cui operano diversi professionisti (MMG, specialisti, infermieri e altri professionisti sanitari) e fungono da punto di riferimento continuativo per la popolazione, garantendo ai pazienti la presa in carico completa anche attraverso l'erogazione di servizi quali prelievi, strumentazione polispecialistica e diagnostica di base; in ogni CdC la presenza di Medici di Medicina Generale permette di garantire continuità assistenziale grazie a un servizio aperto 24 ore al giorno, sette giorni su sette e grazie alla presenza di infermieri di Famiglia e Comunità viene garantita anche assistenza ambulatoriale e domiciliare di base.
La Casa della Salute rappresenta la sede pubblica in cui, all'interno di uno stesso spazio fisico, si trovano i servizi che erogano prestazioni sanitarie e i servizi socioassistenziali; al suo interno si realizza la presa in carico delle persone attuando diagnosi, cura e prevenzione per tutto l'arco della vita. Secondo una prima analisi, gli assistiti con malattie croniche curati in una Casa della Salute hanno maggiori tassi di aderenza verso le raccomandazioni cliniche e in queste strutture, di conseguenza, si osservano performance migliori; le CdS rappresentano inoltre un setting favorevole all'integrazione tra MMG e infermieri, mentre in molti casi si osserva ancora una non adeguata integrazione professionale tra MMG e specialisti.
Altra figura rilevante nel processo di riorganizzazione delle strutture territoriali è l'Infermiere di Famiglia, un professionista sanitario che assicura l'assistenza infermieristica a vari livelli di complessità, assicurando la collaborazione con tutti i professionisti della comunità in cui opera. Per ciò che riguarda l'Assistenza Domiciliare l'obiettivo sarà raggiungere il 10% della popolazione globale Over 65; si tratta di un servizio garantito full time con presenza di personale sanitario e programmazione degli accessi sviluppata secondo la complessità clinico-assistenziale del paziente. Nell'assistenza domiciliare integrata, la casa viene identificata come il primo luogo di cura, abbattendo le complessità e le criticità legate allo spostamento geografico del paziente. Sempre in ambito di gestione domiciliare, la telemedicina e i servizi di sanità digitale fungeranno da supporto dei pazienti cronici; la Piattaforma Nazionale di Telemedicina avrà funzione di governo e validazione delle soluzioni di telemedicina, nonché della verifica e applicazione delle regole di processo comuni. Già il Decreto interministeriale del 2022 ha permesso di individuare le aree cliniche prioritarie in cui attuare i servizi di telemonitoraggio: tali aree sono l'area diabetologica, l'area delle patologie pneumologiche, l'area delle patologie cardiologiche, l'area oncologica e l'area neurologica.

A seguire il Dott. **Vito Bossone** in collaborazione con il Dott. **Domenico Maria Crisarà** hanno esaminato il tema della presa in carico del paziente in ambito di cronicità e di continuità ospedale-territorio, sottolineando come la direzionalità della parola sia generalmente male interpretata in quanto sarebbe meglio parlare di continuità territorio-ospedale essendo l'ospedale a ricevere il paziente proveniente dal territorio, o ancora meglio parlare di spostamento tra ospedale e territorio come di un circolo continuo in cui il paziente passa da cure territoriali a cure ospedaliere più volte nell'arco della vita. In questa relazione è stata in particolar modo definita l'importanza di un elemento già emerso in apertura di evento, ossia la condivisione delle basi tra tutti gli attori coinvolti nel processo di riorganizzazione del sistema sanitario: se manca la coesione e la condivisione di obiettivi e punti di vista, la struttura che si verrà a creare presenterà delle criticità intrinseche che andranno a minacciare la stabilità del sistema che si andrà a costruire; le criticità del nostro attuale sistema sanitario, che persiste da oltre 40 anni e rappresenta uno dei migliori e più sostenibili sistemi sanitari del mondo, sono proprio quegli elementi che il PNRR sta puntando a risolvere.
Naturalmente, oltre alle complessità presenti all'interno del sistema sanitario, esistono problematiche indipendenti dal sistema, legate alla popolazione stessa: si parla ad esempio del progressivo invecchiamento della popolazione e dell'aumento del tasso di patologie croniche. Verso questi scenari il PNRR fornisce numerosi spunti di miglioramento legati al potenziamento della continuità tra territorio e ospedale e al consolidamento dell'assistenza domiciliare; lo sviluppo di Case di Comunità è un altro elemento valido nella

riorganizzazione del sistema sanitario ma non bisogna sottovalutare la diversa densità di popolazione che impone la presenza di Medici di Medicina Generali anche sul territorio per garantire una medicina di prossimità funzionale e disponibile.
Se da un lato abbiamo quindi uno strumento importante come il PNRR che fornisce opportunità concrete di rivoluzionare il sistema sanitario per affrontare al meglio le sfide incombenti, dall'altro non dobbiamo dimenticare che oltre ai fondi e alle azioni di riorganizzazione e implementazione è necessario lavorare in un'ottica di sinergia e coesione tra tutti gli attori coinvolti, attraverso una linea di condivisione dei principi che funga da base su cui costruire la medicina del futuro, una medicina focalizzata sulla prossimità e sul concetto di "One Health".

La relazione successiva del Dott. **Arturo Cavaliere** ha esaminato il modello Hub & Spoke in ambito di rete organizzativa territoriale, parlando anche di ridefinizione dei processi distributivi del farmaco. Lo scopo del modello ideale di Hub & Spoke è quello di riuscire a intercettare il bisogno di salute del paziente ancora prima che egli si scompensi, in modo da evitare il ricovero ospedaliero; per far ciò, il sistema deve essere in grado di organizzarsi in modo da accompagnare il cittadino lungo tutto l'arco della malattia, mentre per ciò che riguarda i farmacisti, il modello deve essere in grado di modulare i setting assistenziali in base al bisogno di salute dell'individuo in modo da garantire continuità assistenziale e integrazione degli interventi. Rimodernare i setting assistenziali in relazione al PNRR significa rendere concreti gli attuali modelli integrandoli alla trasformazione digitale per ottimizzare la continuità tra ospedale e territorio.
Nel piano nazionale del 2016 promulgato dal Ministero della Salute vengono definiti gli obiettivi di cura dei pazienti cronici, obiettivi che consistono nel miglioramento del quadro clinico, nella minimizzazione della sintomatologia e del disagio del cittadino e nel miglioramento della qualità di vita; nel nuovo piano territoriale sarà fondamentale sviluppare un progetto di stratificazione della popolazione in base al profilo di rischio in modo da elaborare un progetto individuale di salute in grado di associare stratificazione a classificazione del bisogno di salute. Tale classificazione ricondurrà a tre grandi setting assistenziali: i pazienti sani o apparentemente sani saranno gestiti nelle case di comunità; i pazienti con cronicità semplice saranno indirizzati verso case di comunità, ospedali di comunità o saranno gestiti tramite Assistenza Domiciliare Integrata; infine, i pazienti complessi con necessità di cure domiciliari avranno accesso a ADI di secondo o terzo livello, inclusi gli hospice per i pazienti in fine vita.
La stratificazione è importante anche per conoscere il profilo epidemiologico: è necessario costruire una piattaforma uniforme su tutto il territorio che venga alimentata costantemente per ottenere degli indicatori di processo e di esito sulla prevalenza delle patologie croniche, utile per garantire equità di accesso e omogeneità nella presa in carico. Altro elemento fondamentale nel nuovo piano di potenziamento dell'assistenza territoriale è il già citato progetto individuale di salute, strumento grazie al quale si realizzano appropriatezza erogativa e corretto bilanciamento dell'utilizzo di risorse.
Qual è il ruolo del farmacista alla luce del DM77? La sua funzione, sebbene non sia stata del tutto chiarita, appare fondamentale in un'ottica di sinergia multidisciplinare all'interno di un team finalizzato all'individuazione dei bisogni socioassistenziali della popolazione; la funzione del farmacista è inoltre quella di garante dell'uso sicuro ed efficace dei farmaci utilizzati nel programma terapeutico, valutandone dosaggio e interazioni, effettuando farmacovigilanza e monitoraggio e garantendo sostenibilità economica.
La struttura organizzativa sarà quindi a grandi linee composta da un primo punto di contatto con il cittadino formato dai Medici di Medicina Generale, dagli ambulatori, dai PUA e dagli ospedali che fungeranno da driver che per primi intercettano il bisogno di salute dell'individuo; a questo punto la Centrale Operativa Territoriale aprirà un progetto di salute individuando la classificazione relativa al bisogno di salute e attivando i setting assistenziali più adeguati ed efficaci per il cittadino. In quest'ottica, il farmacista avrà la possibilità di attuare diverse strategie: potrà collaborare con la direzione strategica nella stratificazione di rischio della popolazione, potrà monitorare indicatori di processo ed esito, potrà valutare costi assistenziali integrati, potrà intercettare e monitorare prescrizioni potenzialmente appropriate ed infine potrà attivare nuovi modelli distributivi adeguati.

A seguire il Dott. **Giuseppe Azzarello** e il Dott. **Andrea Favaretto** hanno portato un'esperienza di delocalizzazione del follow-up nel paziente con carcinoma della mammella, esaminando gli impatti di questo tipo di organizzazione sulla produttività. Quando si parla di follow-up e in particolare di follow-up oncologico ci si riferisce a pazienti potenzialmente guariti che tornano a fare visite di controllo da uno specialista per un periodo di tempo definito in base a parametri di rischio e ricaduta; a prescindere dalla necessità della pratica, il follow-up presenta diverse problematiche: è in primis un'attività in costante crescita (solo in Veneto ogni anno circa 300.000 persone necessitano di visite di monitoraggio), è una pratica sbilanciata verso diagnosi precoci della recidiva piuttosto che sugli effetti tardivi del trattamento, ma soprattutto sta diventando con il tempo insostenibile per via della non corretta allocazione delle risorse.
La presenza di comorbidità anche importanti nei pazienti oncologici presuppone che l'individuo venga seguito da più specialisti; in questo caso l'attore ideale per affiancare sia il paziente sia i professionisti è il Medico di Medicina Generale. Le terapie stesse per il trattamento del carcinoma portano a comorbidità di varia natura e gravità (pneumologiche, diabetologiche, cardiologiche, …) e a problemi anche tardivi quali osteoporosi, dunque la collaborazione e la sinergia tra figure sanitarie diventa necessaria per garantire la salute del paziente.
Nei pazienti oncologici il tempo di guarigione è definito come il tempo necessario affinché l'eccesso di mortalità per tumore diventi trascurabile; nel caso del tumore della mammella, il tempo per la guarigione sfiora i 20 anni, quindi esiste una popolazione ampia e qualitativamente diversa che per molto tempo avrà necessità di visite di follow-up. Una rapida valutazione del numero di visite specialistiche annuali in base alla frequenza dei controlli permette di stimare per le sole visite di follow-up un impegno di circa 3000 ore per ogni medico; se a questi dati aggiungiamo anche che i costi del follow-up superano abbondantemente (di circa 10 volte) i costi attesi dalle Linee Guida, è evidente che la situazione nel lungo tempo diventerà insostenibile per carenza di risorse sia umane sia economiche. Le principali cause di questi costi possono essere ricondotte a due elementi: la mancata collaborazione con il territorio e la prescrizione di esami inappropriati.
Per ciò che riguarda la collaborazione specialista-territorio, i pochi studi svolti sul confronto tra follow-up specialistico e follow-up del Medico di Medicina Generale non denotano differenze significative tra recidive, decessi o eventi severi, aprendo alla possibilità di garantire a pazienti oncologici un follow-up ugualmente efficace anche sul territorio. Le Linee Guida però sottolineano che per trasferire un paziente oncologico sul territorio, il MMG deve ricevere un'adeguata formazione; è dunque necessario che vi sia una linea di dialogo continua tra MMG e specialista, aprendo gli orizzonti verso una nuova formula organizzativa di gestione del paziente oncologico.
Parlando invece di esami inappropriati, va sottolineato che l'unico esame utile che ha un impatto reale sulla sopravvivenza dell'individuo è la mammografia; tutti gli altri esami (markers tumorali, scintigrafia ossea, TAC, ecografie, …) sono esami inappropriati effettuati principalmente come medicina difensiva ma che oltre a non avere un impatto sulla prognosi, incrementano i costi del follow-up portandoli da cifre intorno ai 200 euro (costi attesi annuali per il follow-up) a oltre 2.000 euro.
Il modello proposto in Regione Veneto parte dalle linee guida delle Società Scientifiche per istituire un'attività di formazione poi tradotta in un vero e proprio PDTA regionale, approvato dalla rete territoriale e recepito su tutto il territorio; in questa nuova modalità di monitoraggio si supera il concetto di visita specialistica a tempo indefinito in favore di un passaggio da ospedale a territorio soggetto a modalità variabile in base alla prognosi, che non esclude quindi il ritorno dallo specialista in presenza di un sospetto di recidiva o in caso di necessità.
Tra le azioni attivate sono da evidenziare le riunioni programmate tra MMG e specialisti, la condivisione di un piano formativo e lo sviluppo di un modulo condiviso di follow-up, nonché la presenza di un servizio di psico-oncologia per gestire casi di disagio emozionale e l'invio di lettere a domicilio ai pazienti contenenti le indicazioni e le raccomandazioni su come ascoltare il proprio corpo, quali sintomi riferire e quali esami sono raccomandati in caso di sospetto clinico. Attualmente i dati del modello sono promettenti, con rarissimi decessi, bassissimo tasso di ricoveri e un limitato numero di visite specialistiche (alcune per conferma di dubbi, altri per follow-up condiviso).

Negli ultimi minuti della relazione si è poi parlato nuovamente del PNRR, ribadendo il concetto secondo cui i fondi elargiti dal Piano sono per la maggior parte prestiti che quindi andranno restituiti; l'elargizione della percentuale in fondi perduti, peraltro, è subordinata alla verifica dell'effettivo conseguimento di traguardi e obiettivi su scadenze temporali, rendendo di fatto il PNRR un contratto di performance incentrato su milestones e target. L'Europa valuta in ultima analisi gli impatti che le soluzioni adottate grazie ai fondi avranno dal punto di vista economico e sociale. Il PNRR, in conclusione, è un'opportunità enorme ma non si tratta di un regalo: gli investimenti a disposizione devono poter attivare una crescita economica in grado di consolidare i benefici futuri, rendendo sostenibile l'onere dei conti pubblici. Da questa prospettiva, la valutazione dell'impatto economico delle misure da attivare per il rafforzamento dell'assistenza sanitaria assume un'importanza strategica fondamentale.

Il Dott. **Nicola Smania** e la Dott.ssa **Valentina Varalta** hanno poi condiviso un progetto di presa in carico multidisciplinare territoriale del paziente post-ictus, illustrandone i vari aspetti in un'ottica di collaborazione tra specialisti. Nel percorso di ripresa del paziente post-ictus, l'aspetto riabilitativo delle cure è l'elemento fondamentale perché composto da interventi che permettono alla persona con disabilità di raggiungere il miglior livello di autonomia possibile nelle varie funzioni (cognitive, motorie, sociali, …). Il termine disabilità è un concetto che va immaginato come un continuum in quanto non esiste una distinzione netta tra paziente totalmente sano e totalmente disabile, il processo di cura e riabilitazione permette di spostare l'indice di disabilità lungo una scala che si estende tra i due estremi.
L'OMS nel 2019 ha identificato nella riabilitazione uno strumento fondamentale per contrastare le conseguenze della malattia, definendola una delle priorità del Ventunesimo secolo in virtù del sempre crescente numero di patologie croniche e del bisogno di cure in aumento; tra queste condizioni tendenti alla cronicizzazione si trovano le patologie neurologiche, in particolare l'ictus cerebrale. L'intervento riabilitativo sul paziente post-ictus deve avere natura multidisciplinare, con la figura del fisiatra che funge da primo professionista a entrare in contatto con il paziente per creare un piano riabilitativo individuale in collaborazione con le altre figure sanitarie coinvolte. Proprio l'equipe riabilitativa rappresenta il punto di forza del trattamento per i pazienti in recupero in quanto deputata a individuare il progetto riabilitativo adatto al paziente per garantire un recupero dell'autonomia nella vita quotidiana.
La frequenza di trattamento riabilitativo ha una tendenza alla diminuzione nel tempo, specialmente nel momento in cui il paziente viene dimesso e torna a casa. Si tratta però di un individuo che possiede una percentuale di disabilità residua e che, in quanto tale, ha necessità di continuare il percorso riabilitativo: è imperativo dunque rafforzare l'elemento della Home Therapy e sfruttare tutte le potenzialità derivanti dalla Digital Health e dalla medicina a distanza; alcuni studi effettuati hanno dimostrato che l'impegno del professionista sanitario impiegato nella telemedicina è circa 4 volte inferiore rispetto a quello in presenza, senza che vi sia una perdita sensibile di efficacia per il paziente.
Tecnologie come la terapia Robot-Assisted (che supporta il paziente senza sostituire il terapista bensì affiancandolo), il telemonitoraggio e la teleriabilitazione potrebbero sopperire alle criticità presenti in ambito riabilitativo, primo tra tutti il problema dei costi e del personale: se si calcola che il miglioramento delle cure si accompagna ad un aumento dell'aspettativa di vita, è chiaro che l'aumento di pazienti con disabilità nella popolazione genera un aumento dei costi per il SSN e un aumento di impegno temporale per i professionisti in riabilitazione. Altro problema è dovuto alla carenza di linee di indirizzo strutturate per le fasi post-acute dell'ictus: mancano, infatti, PDTA con carattere attuativo che siano in grado di organizzare in maniera dettagliata il percorso da intraprendere per il paziente cronico, provocando differenze regionali (e anche provinciali) e problematiche secondarie quali assenza di continuità nelle cure, differenze di servizi tra province e dispersione dei pazienti.
In conclusione, per garantire un adeguato percorso di riabilitazione del paziente cronico è necessario che venga strutturato un PDTA per la fase post-acuta dell'ictus che sia in grado di rispondere ai bisogni a lungo termine,

che riduca la perdita e la dispersione dei pazienti e che possa limitare i costi economici attraverso l'adozione di nuovi approcci tecnologici e organizzativi.

A seguire, il Dott. **Valentino Bertasi** ha parlato dell'evoluzione del ruolo del farmacista ospedaliero nel processo di territorializzazione delle cure, un processo progressivo che sta portando ad un'evoluzione delle linee di attività, ad un aumento della richiesta di servizi di farmacia clinica e ad un aumento della sicurezza del paziente tramite processi di automazione e digitalizzazione, processi che richiederanno in ogni caso competenze specifiche per gestire i flussi e i dati tecnologici.
La Farmacia Ospedaliera può identificare al proprio interno 16 macroaree di attività, alcune delle quali sono la governance, la distribuzione, la produzione galenica, la farmaceutica clinica e i servizi annessi, la sicurezza del paziente e la garanzia di qualità, la formazione e la ricerca. Il farmacista ha un ruolo ben definito anche nei processi di acquisto sia di beni sia di servizi, in cui viene coinvolto in fase pre-gara (per la raccolta dei fabbisogni, la definizione dei lotti, ecc.) e in fase post-aggiudicazione (per la definizione del contratto, nella stesura della relazione periodica, ecc.). L'integrazione è un elemento fondamentale per ogni attività del farmacista ospedaliero, specialmente in alcune fasi quali la definizione dei fabbisogni, nella valutazione delle offerte o in fase di esecuzione del contratto. Altre attività della farmacia ospedaliera riguardano la Distribuzione Diretta, la garanzia di continuità tra ospedale e territorio, la verifica dell'appropriatezza prescrittiva, la gestione di patologie complesse, il monitoraggio della spesa e altro.
Per ciò che riguarda il Farmacista Territoriale, egli ha un ruolo fondamentale nella verifica di appropriatezza prescrittiva, nella stesura delle linee guida e delle procedure di approvvigionamento, nella formazione ed informazione del MMG e nella sorveglianza, analisi e monitoraggio dei dati per migliorare la governance dei farmaci. Altre responsabilità del farmacista riguardano in particolare la riconciliazione terapeutica e il processo di de-prescribing nell'anziano; in queste attività il farmacista potrebbe e dovrebbe intraprendere azioni volte a garantire una corretta riconciliazione terapeutica e una riduzione degli errori attraverso la collaborazione con altre figure professionali, migliorando così l'appropriatezza terapeutica.
Con il DM 77 la promozione della salute viene sostenuta attraverso l'identificazione dei bisogni del cittadino tramite l'uso di dati e la stratificazione della popolazione per profili di rischio: in quest'ottica serviranno farmacisti esperti in gestione dei dati, farmacia clinica e formati sugli aspetti legislativi inerenti. Si delineano dunque nuove sfide per la figura del farmacista, il quale è tenuto ad acquisire nuove competenze in funzione di una rivoluzione del sistema sanitario che lo coinvolgerà direttamente; servirà anche rivalutare compiti e competenze della figura anche attraverso una rilettura del ruolo e delle funzioni, rivedendo e adeguando la normativa per formalizzare l'acquisizione di queste abilità.

Nella relazione successiva il Dott. **Luigi Cavanna** ha parlato di gestione in prossimità delle cronicità complesse, in particolare attraverso proposte di integrazione ospedale/territorio in oncologia. L'epidemiologia ci dice che ogni giorno in Italia circa 1000 persone vengono diagnosticate con un tumore maligno; sono oltre 3 milioni i pazienti oncologici in Italia, molti dei quali presentano co-patologie che rendono il percorso di cura più complesso. Un argomento spesso trascurato ma dal forte impatto sulla qualità di vita e sull'outcome terapeutico è il cosiddetto "Travel Burden": oltre ai disagi di natura sanitaria, il paziente soffre di complicanze psicologiche, sociali, economiche e spesso lavorative per via della distanza dalla sede di cura, del tempo impiegato nello spostamento e nella visita, nelle spese di trasporto e nei possibili disagi legati al viaggio; una metanalisi ha rivelato che la distanza dal luogo di cura è un elemento che influenza in maniera negativa numerosi aspetti del percorso terapeutico del malato oncologico, causando nello specifico ritardo diagnostico, inadeguatezza delle terapie, esito peggiore e diminuzione della qualità di vita. Se a questo aspetto si aggiunge la difficoltà crescente per i professionisti sanitari di gestire il carico aumentato dei pazienti nella normale attività quotidiana, risulta chiaramente necessario stabilire un piano operativo ed organizzativo che permetta di massimizzare il tempo trascorso dal paziente a casa, puntando su strumenti quali televisite e telemedicina.
Sul territorio provinciale di Piacenza è stato allestito un modello organizzativo destinato a ridurre il disagio legato al Travel Burden: l'attività oncologica svolta sul territorio include visite, follow-up e cure identiche a

quelle erogate presso la struttura ospedaliera, creando un unicum tra territorio ed ospedale; tale modello prevede ambulatori e day hospital allestiti presso Ospedali di Prossimità e Case della Salute per coprire l'offerta dei servizi di diagnosi e cura dei pazienti oncologici. Tale modello virtuoso è stato poi studiato da altre regioni con l'obiettivo di essere esportato ed integrato su tutto il territorio: dal dipartimento oncologico centrale, gli specialisti si recano negli ambulatori territoriali (negli OdP e nelle CdS) dove svolgono le visite e i follow-up; a questo punto, grazie a un sistema informatizzato di prescrizione, i farmaci preparati presso l'UFA dell'ospedale vengono inviati presso le periferie, garantendo una linea di comunicazione efficace tra territorio e ospedale e garantendo la continuità delle cure per i pazienti oncologici.
Per concludere, è necessario ricordare che la costruzione di una medicina del futuro sempre più personalizzata e precisa non può prescindere dal fatto che le cure somministrate al paziente non devono essere solamente adeguate ed efficaci, ma devono essere erogate nell'ottica di minimizzare il disagio legato al Travel Burden: le innovazioni tecnologiche (telemedicina, televisita, telemonitoraggio) sono necessarie, ma non sufficienti, poiché è necessario attivare anche un processo di innovazione organizzativa che permetta lo sviluppo di una medicina realmente "di prossimità".

Nel successivo intervento, la Dott.ssa **Annunziata Lapolla** ha parlato di gestione integrata del paziente diabetico fornendo una panoramica generale sulla patologia diabetica, un fenomeno che sta aumentando in maniera drammatica in tutto il mondo. Il diabete, in quanto patologia cronica, ha un costo elevato e in Italia si stimano circa 4 milioni di pazienti con diabete noto e circa 1 milione con diabete non noto; di questi, la maggior parte ha un rischio cardiovascolare elevato, mentre sono comuni i pazienti con complicanze anche gravi (malattia cardiovascolare manifesta, scompenso cardiaco, infarto, ictus, problemi renali, ecc.). Nonostante le dimensioni estese del problema, soltanto il 20% dei pazienti risulta essere a target per peso, pressione e valori di emoglobina glicata: considerando che, se il controllo metabolico migliora, allora anche le complicanze migliorano, risulta necessario impostare un percorso diagnostico-terapeutico assistenziale in grado di adottare una visione sistemica della patologia diabetica, superando il concetto di assistenza a compartimenti stagni.
In Veneto la rete assistenziale diabetologica risale al 2011 e nel 2015 è stato stilato il PDTA regionale per il diabete attraverso un percorso sviluppato attraverso il modello "Chronic Care" che identifica i livelli di gravità del paziente a seconda dell'evoluzione della patologia, identificando i settori e i luoghi di intervento: il ricovero ospedaliero per i pazienti diabetici ad esempio è riservato solo in caso di eventi gravi, mentre l'assistenza diagnostico-terapeutica in generale può essere erogata sul territorio grazie ad una stretta interdipendenza e collaborazione tra MMG e i servizi di diabetologia. Il PDTA stabilisce che il compito di identificare i pazienti affetti da diabete spetta al Medico di Medicina Generale il quale, sulla base dei fattori di rischio rilevati, effettua lo screening per la patologia diabetica; dopo aver identificato il paziente diabetico, il MMG dispone esami clinici per capire l'entità della patologia e può indirizzare il paziente verso esami più approfonditi per rilevare eventuali comorbidità, infine valuta l'opportunità di iniziare la terapia rinviando il paziente verso il centro diabetologico di competenza per concludere l'inquadramento diagnostico. A seguito di rivalutazione specialistica della terapia, il paziente diabetico effettua follow-up a cadenza semestrale presso il MMG e solo in caso di diabete complesso il monitoraggio viene affidato al servizio di diabetologia.
Un servizio diabetologico specialistico deve naturalmente possedere natura multidisciplinare: al suo interno devono collaborare specialisti in diabetologia, infermieri specializzati nella gestione del paziente diabetico, dietisti formati nell'alimentazione per la cura del diabete e altre figure specializzate. La telemedicina si è dimostrata molto efficace nella gestione del paziente diabetico, permettendogli di superare problemi logistici-geografici, riducendo la necessità di spostamenti, assicurando l'equità di accesso alle cure, garantendo una miglior gestione delle criticità grazie ad un'assistenza continuativa e multidisciplinare e riducendo l'accesso a strutture già di per sé affollate; per ottenere questi effetti positivi, è necessario instaurare un piano d'attività valido e condiviso basato su telenursing (terapia educazionale), televisite e telemonitoraggio.
L'elevato numero di farmaci sviluppati negli ultimi anni ha permesso di trattare e gestire il diabete in maniera più efficiente ma ha al contempo complicato il percorso di identificazione della terapia del paziente; a ciò va

aggiunta anche la novità introdotta con la Nota 100 secondo cui i nuovi farmaci possono essere prescritti (non in associazione) anche dal Medico di Medicina Generale.
Per concludere, i dati hanno dimostrato che i principali fattori di sopravvivenza nel diabete sono l'aderenza alle Linee Guida e l'invio allo specialista: attraverso l'analisi dei pazienti gestiti sul territorio regionale è emerso che i soggetti seguiti sia da MMG sia da specialista hanno mostrato una maggiore aderenza alle Linee Guida, con tassi di sopravvivenza aumentati del 40% in 5 anni; ciò dimostra la necessità di impostare un PDTA condiviso e multidisciplinare per la gestione integrata di patologie croniche e invalidanti come il diabete.

Nell'ultimo intervento della giornata, l'Avvocato **Carlo Mursia** ha condiviso il punto di vista di un altro attore importante nel panorama sanitario, ossia il cittadino, specificando cosa l'individuo si aspetta dal Sistema Sanitario e cosa lui stesso può fare all'atto pratico per rendersi proattivo nel processo di ridefinizione dei processi e dei percorsi sanitari. La prima criticità evidente riguardo al PNRR riguarda la mancanza di investimenti sul personale: analizzando il testo, infatti, si evince che le risorse fornite dal Piano Nazionale riguarderanno principalmente l'assistenza territoriale (tramite costruzione di infrastrutture) e la digitalizzazione. In questo scenario manca completamente una logica di collaborazione che coinvolga i cittadini nel processo di costruzione della sanità del futuro in favore di tecnicismi puramente volti all'investimento di risorse per la ridefinizione delle strutture e dei percorsi; appare evidente, dunque, la necessità di affiancare ai cospicui investimenti sulle strutture degli altrettanto cospicui investimenti sul personale, sfruttando ove possibile i fondi nazionali.
Cittadinanzattiva, organizzazione fondata nel 1978 che promuove l'attivismo dei cittadini per la tutela dei diritti ed il sostegno alle persone in condizioni di debolezza, si è fatta promotore di un'iniziativa che ha portato allo sviluppo di un documento denominato "Carta di Vicenza" in cui viene affermata la necessità che ogni persona venga garantita nella sua dignità, identità e nei suoi diritti, con particolare riferimento all'organizzazione sociosanitaria; per tali motivi è fondamentale che siano definite con attenzione le caratteristiche di servizi, presidi ospedalieri e comunità di accoglienza affinché i progressi in campo medico-tecnologico rispettino costantemente i suddetti diritti. L'obiettivo della Carta è quello di individuare e analizzare eventuali problemi, proponendo per ciascuno di essi una ipotetica soluzione; scopo ultimo è quindi quello di perseguire costantemente il miglioramento in ambito sociosanitario anche e soprattutto attraverso la partecipazione attiva dei cittadini. In tal senso, appare fondamentale la necessità di favorire la creazione di un Tavolo di dialogo/confronto sui temi legati al servizio sociosanitario che coinvolga tutti i soggetti interessati.
Nel decalogo della Carta di Vicenza vengono citate azioni concrete finalizzate a rendere il sistema sociosanitario un servizio efficiente ed inclusivo, quali: garantire il valore pubblico e universale del Sistema Socio-Sanitario, valorizzare il tempo della Relazione, garantire la capillarità dell'assistenza territoriale (tramite la figura del Medico di Medicina Generale) e favorire la realizzazione di un'Alleanza Sociale sostenendo la partecipazione attiva dei cittadini.
Il "Modello Veneto" della sanità, un modello contraddistinto da qualità ed efficienza, si trova ora in una fase di rallentamento per via di una serie di fattori principalmente di natura amministrativo-burocratica, ma anche per una carenza di risorse umane. Nel contesto attuale è necessario attuare uno sforzo di ripensamento, riprogettazione e ridefinizione degli obiettivi riguardanti il Sistema Sanitario pubblico, anche attraverso azioni di salvaguardia del ruolo pubblico e universalistico del Sistema stesso, evitando politiche di de-finanziamento (purtroppo già in atto) che rischiano di mettere in pericolo il servizio al cittadino.
In conclusione, gli elementi di crisi attualmente presenti possono essere risolti unicamente tramite la promozione di un'Alleanza tra professionisti ed operatori sanitari, volontariato, cittadini ed Istituzioni; sarà inoltre necessario agire su queste aree di crisi attraverso interventi precisi e puntuali focalizzate a rafforzare la presenza della Medicina di Gruppo, dell'Assistenza Domiciliare Integrata e delle strutture di ricovero intermedie (Ospedali e Case di Comunità) come supporto fondamentale nella fase post-acuta.

A chiusura di giornata, la Tavola Rotonda prevista ha permesso ai relatori di definire i punti principali emersi durante la giornata formativa; in questa sessione la Dott.ssa Bano ha sottolineato come le attività svolte istituzionalmente dal Farmacista SSN siano elementi di supporto alla ricerca e costituiscano la base per innescare progetti che vadano oltre le reportistiche di tipo economico amministrativo per approdare a studi di farmaco utilizzazione che diano risposte ai bisogni di cura.
Il Prof. Realdon ha poi sottolineato la rilevanza dei temi trattati in un'analisi prospettica del ruolo e delle sfide che il Farmacista, in tutte le sue declinazioni professionali, sarà chiamato ad affrontare per gestire le nuove frontiere della sanità in Italia e della necessità di proseguire il confronto apertosi con questo convegno per monitorare le scelte che saranno fatte a livello istituzionale, affinché tutte le figure intervenute possano essere parte attiva nella realizzazione degli obiettivi proposti.
Bonin ha ritenuto fondamentale il mantenimento di un dialogo con quanti rappresentano a livello istituzionale e di categoria le istanze e le esperienze professionali; c'è bisogno di collaborazione per mettere a terra i progetti di investimento dei fondi del PNRR, in modo che risultino utili e produttivi creando valore.
Il Dott. Berti ha poi affermato che la sfida per il farmacista è non rimanere ancorati all'attuale operatività, ma riuscire a cambiare, sviluppare e rilanciare nuovamente il proprio ruolo. La crisi di risorse umane e la possibilità di investimenti in tecnologie dev'essere la spinta a ridefinire il ruolo di ogni professione sfruttando tutti i possibili ambiti di collaborazione. Siamo davanti a un foglio bianco che non ci deve mettere paura, ma che rappresenta una grande opportunità di definire nuovi obiettivi e ridisegnare i servizi e i processi: non dobbiamo affrontare il futuro con le modalità del passato.
Il Dott. Bertasi ha riconosciuto nel ruolo del Farmacista un plus valore che deve trovare compimento nel riassetto normativo per una legge che definisca specificamente gli ambiti di competenza e tuteli la professione, imprimendo una svolta al ruolo sempre più legato agli aspetti clinico assistenziali.
Il Dott. Lolli, infine, ha evidenziato come sia determinante sviluppare le competenze manageriali per poter affrontare le sfide future. Quanto richiesto oggi nei bandi di concorso pubblico per ricoprire il ruolo di direttore di UOC rappresenta una condizione "sine qua non" ma la sfida è quella di saper coniugare al meglio le skill più richieste ed indicate al *world economics forum* tra cui: pensiero analitico ed innovazione, problem solving complesso; uso, monitoraggio e controllo della tecnologia, resilienza, tolleranza allo stress e flessibilità.

In conclusione, il convegno ha reso possibile un confronto aperto e schietto tra tutte le figure professionali coinvolte, figure che auspicano una prossima collaborazione finalizzata alla stesura di un documento programmatico che possa essere di ispirazione a livello politico istituzionale.