

Piano nazionale Cronicità. Il testo alla Conferenza Stato-Regioni. Reti integrate sul territorio per presa in carico, ‘tecnoassistenza’ e Piani di cura personalizzati. Ecco tutte le novità

Integrazione dell’assistenza primaria, continuità assistenziale modulata sulla base dello stadio evolutivo della malattia, potenziamento cure domiciliari e attenzione ai bisogni globali dei pazienti. E poi Piani di cura personalizzati e Chronic care model. Questi alcuni dei capisaldi del Piano per far fronte alle cronicità inviato oggi dal Ministro Lorenzin alla Stato-Regioni. Resta il tema delle risorse economiche. [PIANO CRONICITÀ – ACCORDO STATO-REGIONI](#)



22 LUG - Forte integrazione tra l’assistenza primaria, centrata sul medico di medicina generale, e le cure specialistiche. E poi una continuità assistenziale, modulata sulla base dello stadio evolutivo e sul grado di complessità della patologia e l’ingresso quanto più precoce della persona con malattia cronica nel percorso diagnostico-terapeutico multidisciplinare. E ancora, potenziamento delle cure domiciliari e la riduzione dei ricoveri ospedalieri, anche attraverso l’uso di tecnologie innovative di “tecnoassistenza” senza dimenticare lo sviluppo di modelli assistenziali centrati sui bisogni “globali” del paziente e non solo clinici. Questi alcuni dei capisaldi del “Piano Nazionale della Cronicità”, documento che, in attuazione del Patto per la salute 2014-2016, disciplina le modalità di assistenza e tutela del crescente numero di pazienti affetti da malattie croniche, che oggi il Ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, ha trasmesso in Conferenza Stato-regioni.

Il nodo risorse. Il Piano nazionale della cronicità nasce “dall’esigenza di armonizzare a livello nazionale le attività proponendo **un documento condiviso con le Regioni che compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali, individui un disegno strategico comune** inteso a promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell’assistenza”.

Il fine è “quello di contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull’individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità della vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini”. Un sistema in sostanza che si deve porre in modo integrato e proattivo (si al chronic care model per esempio) e che sappia anche valutarsi per correggere eventuali errori di percorso.

Il documento si compone di due parti.

La prima recante gli indirizzi generali per la cronicità e la seconda contiene 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 d’intervento ed evidenziati i risultati attesi, attraverso quali migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell’appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei PDTA.

Nella seconda parte il Piano individua un primo elenco di patologie croniche (Malattie renali croniche e insufficienza renale; Artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva; Malattia di Crohn e Rettocolite ulcerosa; Insufficienza cardiaca cronica; Malattia di Parkinson e Parkinsonismi; Bpcp e Irc; Insufficienza respiratoria cronica in età evolutiva; Asma in età evolutiva; Malattie endocrine in età evolutiva; Malattie renali croniche in età evolutiva) e per ciascuna il Piano prevede: un sintetico inquadramento generale; un elenco delle principali criticità dell’assistenza; la definizione di obiettivi generali, specifici, la proposta di linee d’intervento, di risultati attesi e di alcuni indicatori di monitoraggio.

Invecchiamento e cronicità. Il fenomeno della cronicità ha una significativa portata nel Sistema sanitario ed è in progressiva crescita: si stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie nei paesi avanzati sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche e che nel 2020 le stesse rappresenteranno l’80% di tutte le patologie nel mondo.

I costi crescenti. La domanda di servizi sanitari per soggetti anziani con patologie croniche negli ultimi anni è diventata sempre più alta. È stato calcolato che quasi un terzo delle visite generiche e di quelle specialistiche sia erogato alla popolazione multi-cronica e, di queste, circa il 30% a persone con patologie croniche gravi. Nel 2010 la spesa per ricoveri ospedalieri è stata attribuita per il 51% alla fascia di età over 65. In questa fascia di età si concentra anche il 60% della spesa farmaceutica territoriale mentre la spesa pro capite di un assistito di età over 75 è 11 volte superiore a quella di una persona appartenente alla fascia 25-34 anni. La circostanza che i malati cronici assorbono quote progressivamente crescenti di risorse al crescere del numero di malattie è confermata anche da dati regionali. In Lombardia nel 2013 il rapporto tra la spesa sanitaria procapite di un paziente non cronico e la spesa pro-capite di un paziente con 4 patologie croniche è stata di 1/21,5; per un paziente con 3 patologie lo stesso rapporto è di circa 1/12, per due patologie è di 1/7,3, per una patologia di ¼. Nel corso del tempo la spesa totale della Regione per le malattie croniche risulta aumentata dal 2005 al 2013 del 36%.

Il Piano, che richiama autorevoli modelli internazionali, prende le mosse dall’attuale contesto di riferimento, caratterizzato dal progressivo invecchiamento della popolazione (in Italia la percentuale di “over 65” sul totale della popolazione è pari al 21,2%), dal conseguente aumento dell’incidenza delle malattie croniche e dal permanere di differenze assistenziali nelle singole realtà regionali.

Una nuova cultura del sistema, dei servizi, dei professionisti e dei pazienti. Per vincere la sfida contro queste ‘nuove epidemie’ per il Piano “è necessario coinvolgere e responsabilizzare tutte le

componenti, dalla persona con cronicità al ‘macrosistema-salute’, formato non solo dai servizi ma da tutti gli attori istituzionali e sociali che hanno influenza sulla salute delle comunità e dei singoli individui”.

Un diverso modello integrato ospedale/territorio. Il Piano ribadisce come “l’ospedale va concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cure per la cronicità che interagisca con la specialistica ambulatoriale e con l’assistenza primaria, attraverso nuove formule organizzative che prevedano la creazione di reti multispecialistiche dedicate e ‘dimissioni assistite’ nel territorio finalizzate a ridurre il drop-out della rete assistenziale, causa frequente di riospedalizzazione a breve termine e di outcome negativi nei pazienti con cronicità”.

Riorganizzazione attività dei mmg e pediatri. Il medico di o pediatra che ha preso in carico un paziente cronico dovrà tener conto delle diverse competenze specialistiche e professionali coinvolte nel processo di cura per il sovrapporsi di patologie diverse, di funzioni lese o compromesse o di problematiche socio-assistenziali, operando una sintesi adeguata alla specifica condizione clinica. In casi particolari in cui il paziente cronico sia direttamente in carico ad una struttura o a un servizio specialistico, in ragione della complessità clinica o socio-assistenziale, il PAI specialistica sarà definito dal medico che ha l’effettiva responsabilità della cura e condiviso con il mmg o pls. E strumenti principali della nuova rete sono proprio le famose AFT e UCCP su cui com’è noto sono in atto le trattative per il rinnovo della convenzione.

In particolare, il Piano si pone poi l’obiettivo di influenzare la storia naturale di molte patologie croniche, non solo in termini di prevenzione, ma anche di miglioramento del percorso assistenziale della persona, riducendo il peso clinico, sociale ed economico della malattia. Tali obiettivi sono perseguibili e raggiungibili attraverso la prevenzione primaria, la diagnosi precoce, l’educazione e l’empowerment del paziente, nonché mediante la prevenzione delle complicanze, che spesso sono responsabili dello scadimento della qualità di vita della persona e che rappresentano le principali cause degli elevati costi economici e sociali delle malattie stesse.

Il Piano fornisce, quindi, indicazioni per favorire:

- il buon funzionamento delle reti assistenziali, con una forte integrazione tra l’assistenza primaria, centrata sul medico di medicina generale, e le cure specialistiche;
- la continuità assistenziale, modulata sulla base dello stadio evolutivo e sul grado di complessità della patologia;
- l’ingresso quanto più precoce della persona con malattia cronica nel percorso diagnostico-terapeutico multidisciplinare;
- il potenziamento delle cure domiciliari e la riduzione dei ricoveri ospedalieri, anche attraverso l’uso di tecnologie innovative di “tecnoassistenza”;
- modelli assistenziali centrati sui bisogni “globali” del paziente e non solo clinici.

“Il Piano – si legge - segna una svolta importante nell’approccio alla malattia: la persona diviene il centro del sistema di cure, grazie alla costruzione di percorsi diagnostico-terapeutici che la inseriscono in un piano di assistenza il più possibile personalizzato; il paziente quindi non è più utente “passivo” delle cure, ma collabora attivamente alla gestione della sua condizione, arrivando a definire con l’equipe un percorso di cura che gli consenta di convivere con il suo quadro patologico e di ‘fare fronte’ alla patologia”.

22 luglio 2016

© Riproduzione riservata

Piano Cronicità. Ministero, medici, farmacisti e infermieri perché non diventi un *libro dei sogni*

Convegno oggi organizzato da Fnomceo e Ipasvi con la presenza della Fofi per sensibilizzare le professioni sull'importanza di gestire insieme le cronicità. Al centro della sessione in cui hanno partecipato esponenti del Ministero della Salute, il nuovo [Piano cronicità](#) (che è atteso a breve in Stato-Regioni) su cui pesa però l'assenza di un finanziamento (forse fondi Ue).



09 SET - Il nuovo Piano Cronicità è pronto al decollo. È atteso a breve infatti il suo inserimento all'ordine del giorno della Conferenza Stato-Regioni, forse anche già la prossima settimana. E proprio per sensibilizzare l'attenzione sul tema oggi il Piano è stato al centro di 'Gestire insieme la cronicità' un convegno organizzato dalla Federazione degli ordini dei medici e degli odontoiatri (Fnomceo) e dalla Federazione dei Collegi degli infermieri (Ipasvi). Una giornata in cui oltre ad affrontare le novità del piano ([vedi testo e sintesi delle principali misure](#) = TESTO PRECEDENTE), rappresentanti del Ministero e del mondo professionale si sono confrontati sul come sarà possibile rendere concrete le azioni previste dal Piano. Che al momento, a dire il vero sembra molto ambizioso, vista l'assenza di fondi (forse qualche risorsa europea?), la difficoltà delle professioni ad integrarsi e un sistema tecnologico impazzito che viaggia in migliaia di direzioni differenti ma mai in quella della persona-paziente.

Tutti temi cui organizzatori e partecipanti però non si sono sottratti. "Si tratta del primo convegno organizzato insieme da Fnomceo e Ipasvi. E abbiamo voluto dedicarlo a un tema, quello della cronicità, che sicuramente ci vede vicini per consentire un adeguato percorso clinico - assistenziale al paziente. Nasce da una lunga attività di collaborazione all'interno del Gruppo di Lavoro "rapporti tra professione medica e altre professioni sanitarie" che esiste in seno alla FNOMCeO", ha detto in apertura il presidente della Federazione degli ordini dei medici (Fnomceo) **Roberta Chersevani** ([vedi presentazione](#)). "Solo lavorando insieme condividendo problematiche e percorsi si può arrivare al risultato che porta alla sicurezza e alla vita dei pazienti che noi curiamo. Le parole chiave sono "allungamento della vita, cronicità, welfare e noi tutti dobbiamo essere in grado di dare delle risposte attraverso l'integrazione delle cure la riduzione degli sprechi, l'appropriatezza e una buona allocazione delle risorse".

Unità d'intenti che ha contraddistinto anche l'intervento della presidente della Federazione degli infermieri (Ipasvi) **Barbara Mangiacavalli** ([vedi intervento integrale](#)): "C'è ancora molto da fare ma la finalità è quella di lavorare insieme per valorizzare l'assistenza e i modelli organizzativi per gestire congiuntamente le cronicità". E in questo senso "stiamo lavorando per modificare il nostro codice deontologico". La presidente Ipasvi ha poi richiamato l'attenzione sul tema dell'appropriatezza delle cure che non deve essere perpetuata "solo in chiave clinico assistenziale ma pure in quella organizzativa". Attenzione Ipasvi anche alla gestione delle risorse: "Ci sono 3 fondi (Fsn, Fondo non auto, fondo sicurezza sociale) che alimentano l'assistenza socio-sanitaria. E non si parlano: serve una gestione integrata". "Sul territorio – ha aggiunto ancora Mangiacavalli - l'infermiere assicura la continuità della presenza e della presa in carico dei problemi (acuti/cronici) di salute e benessere per le persone fragili e per le loro famiglie/care giver. Le competenze infermieristiche in questi ambiti non solo favoriscono la personalizzazione degli impegni assunti dalla persona verso la propria salute in fase prospettica, riducendo il rischio di istituzionalizzazione/ospedalizzazione, ma creando con il medico di medicina generale (Mmg) un'alleanza che fa da tramite tra le esigenze della persona assistita e il medico di fiducia; favorisce condizioni e relazioni per raggiungere gli obiettivi di salute e mantenimento della persona assistita, coerentemente con gli obiettivi terapeutici previsti".

Non solo medici e infermieri, nella nuova rete ci sono anche i farmacisti "che hanno nella loro capacità di essere accessibili dall'utenza il loro punto di forza – ha detto il presidente Fofi **Andrea Mandelli**. Concordo sulla necessità di mettere cittadino al centro e di costruire reti, ognuno senza invadere il campo delle altre professioni". Primo problema le risorse. "C'è un grande problema di bilancio con una spesa sanitaria che si aggancia al pil, che però non va. Dobbiamo vedere in stabilità come si riuscirà a dare risposte in primis sui farmaci innovativi". Ma soprattutto occorre "sostenere il Ssn con politiche nuove". In merito alla professione Mandelli ha sottolineato come "la farmacia abbia fatto percorso importante in questi anni. Noi siamo stati protagonisti dal 2009 della farmacia di servizi che è un'opportunità importante e che dev'essere vissuta come un modo per stare più vicino al cittadino". E poi puntiamo sull'introduzione del "fascicolo elettronico farmaceutico perché oggi i medici sono all'oscuro dei comportamenti dei pazienti. In questa chiave l'altra sfida è quella dell'aderenza terapeutica sui cui siamo molto impegnati negli ultimi anni (vedi studio Re-I-MUR patrocinato dalla Federazione e condotto con la Medway School of Pharmacy dell'Università del Kent). È fondamentale per risparmiare iniziando a non sprecare ciò che viene prescritto dal medico. Siamo pronti ad un dialogo continuo con pazienti e ed eventuali segnalazioni ai mmg se qualcosa non va"

"Ci auguriamo che conferenza affronti piano cronicità perché questa è la sfida di tutti i sistemi avanzati sia perché impatta in maniera importante sul bilancio sia perché comporta un necessario cambiamento dell'organizzazione tendendo sempre più alla valutazione degli esiti e dei sistemi di remunerazione. Sono consapevole delle difficoltà di questo lavoro ma in questo momento ci sono le condizioni istituzionali per lavorare insieme vista anche la recente approvazione dei Lea in Stato-Regioni". È in quest'ottica che il Dg della Programmazione sanitaria del Ministero della Salute **Renato Botti** ([vedi presentazione](#)) ha illustrato il nuovo Piano Cronicità. "Il nostro Piano segna una svolta importante nell'approccio alla malattia: la persona diviene il centro del sistema di cure. È necessario quindi riprogettare i modelli assistenziali centrandoli sui bisogni "globali" del paziente e non solo su quelli clinici. In definitiva, bisogna trasformare un orientamento culturale, che già esiste, in regole di sistema". Ed ecco le regole: saranno cinque le fasi del Piano nazionale cronicità, partendo dalla stratificazione e targeting della popolazione di riferimento sino ad arrivare alla valutazione dei risultati, passando attraverso la prevenzione, la presa in carico del paziente e l'erogazione di interventi personalizzati. "Esso - ha precisato - rappresenta una grande sfida per la medicina generale in primis e per tutto il sistema di cure primarie. C'è una nuova organizzazione con nuovi ruoli e attività". Botti ha poi richiamato l'attenzione sull'importanza delle nuove

tecnologie: “il lavoro sarà in rete (informatica, organizzativa). La tecnologia diventerà strumento abilitante al modello organizzativo e all'erogazione dei servizi come previsto dall'Intesa Stato-Regioni sul Patto per la Sanità Digitale”. Infine ha ribadito l'importanza della Cabina di regia che dovrà “definire indicatori, criteri e dividerli”. Nell'ottica in cui il “Piano vale per tutti”.

Ma il nocciolo della questione sono le risorse. Botti è stato chiaro: “Il Piano non prevede risorse aggiuntive è piano di riorganizzazione”. Ma allo stesso tempo ha ricordato che c'è la possibilità di trovare risorse attraverso i fondi previsti dalla Commissione europea nell'ambito del Programma Operativo Nazionale Governance e Capacità Istituzionale 2014-2020 (Pon Gov)”. Tutte risorse (si parla di 50 mln) di cui le regioni potranno beneficiare “previa valutazione del Governo”.

Durante la sessione il Dg delle Professioni del Ministero **Rosanna Ugenti** ha ribadito il valore delle professioni. “L'integrazione tra tutte le figure è la chiave. Nessuna professionalità è in grado di dare tutte le risposte. Dobbiamo avere professioni autonome che lavorano insieme, anche perché i problemi delle cronicità comportano bisogni molto a lungo termine”. Ma non solo: “Sarà importante anche puntare sull'empowerment del cittadino per renderlo consapevole e partecipe”. Infine ribadita l'importanza della tecnologia che “senza professionista non può dare una risposta adeguata”. E proprio per questo “dovrà essere adeguata la formazione del personale”. “È arrivato il momento di lavorare tutti insieme in sinergia, rispettando e valorizzando le diverse competenze e integrandole – è stato infine l'auspicio. E, per far questo, è fondamentale una riprogrammazione dei fabbisogni, secondo le reali necessità basate sui numeri e su criteri reali e oggettivi, senza seguire logiche o interessi di parte”.

L.F.

09 settembre 2016

© Riproduzione riservata

Gestire insieme la Cronicità: primo convegno FnomCeO-Ipasvi

<http://www.ipasvi.it/attualita/gestire-insieme-la-cronicita--primo-convegno-fnomceo-ipasvi-id1889.htm>



09/09/2016 - Convegno al ministero della Salute in cui medici, infermieri e anche farmacisti hanno fatto il punto sulle modalità migliori per mettere in pratica il Piano nazionale cronicità la cui approvazione definitiva è in programma alla prossima Stato-Regioni

L'integrazione tra professioni e tra queste e i pazienti è nei Codici deontologici: i medici ce l'hanno all'articolo 66 (rapporto con altre professioni sanitarie) e al 20 (relazione di cura); per gli infermieri è agli articoli 7, 14, 19, 21, 22, 23, 27 che parlano di tutela della salute e dell'autonomia dei pazienti, di interazione e integrazione interprofessionale come modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito, stili di vita, coinvolgimento dei pazienti nell'assistenza, informazione integrata multiprofessionale, continuità assistenziale.

Hanno aperto così le presidenti di Fnomceo e Ipasvi, Roberta Chersevani e Barbara Mangiacavalli il convegno organizzato dalle due Federazioni "Gestire insieme la cronicità", in cui medici, infermieri e farmacisti hanno fatto il punto sulle modalità migliori per mettere in pratica il Piano nazionale cronicità la cui approvazione definitiva è in programma alla prossima Stato-Regioni. Un convegno organizzato congiuntamente proprio per manifestare lo spirito di collaborazione tra le professioni, nell'interesse del paziente.

Trasversalità, appropriatezza, sinergia, integrazione sono le parole chiave emerse dal convegno.

"Si tratta del primo convegno organizzato insieme da Fnomceo e Ipasvi - afferma il Presidente della Fnomceo, Roberta Chersevani -. E abbiamo voluto dedicarlo a un tema, quello della cronicità, che sicuramente ci vede vicini per consentire un adeguato percorso clinico - assistenziale al paziente. Nasce da una lunga attività di collaborazione all'interno del Gruppo di Lavoro "rapporti tra professione medica e altre professioni sanitarie" che esiste in seno alla FNOMCeO".

"Un piano di gestione della cronicità - aggiunge il Presidente dell'Ipasvi, Barbara Mangiacavalli -, non può non considerare, oltre all'appropriatezza clinica, anche l'appropriatezza organizzativa, che serve a dare al paziente la migliore assistenza sanitaria in condizioni ottimali, anche rispetto all'utilizzo delle risorse economiche e professionali".

La cronicità è un problema emergente di sanità pubblica in tutti i sistemi sanitari avanzati, per il progressivo invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento delle patologie croniche.

Sono quasi 158, in Italia, gli “over 65” per ogni 100 giovani. La regione più “vecchia” è la Liguria, con un indice di vecchiaia di 242,7%, la più giovane è la Campania, con una sostanziale parità (I.V. 113,4%) tra anziani e giovani.

In un contesto del genere, la gestione della cronicità non può che essere fatta a tutti i livelli – clinico, assistenziale, sociale –, configurandosi come un percorso di qualità della vita a tutto tondo, che non può prescindere dal coinvolgimento del paziente, oltre che dalla collaborazione tra tutte le professioni.

Ed ecco le regole: saranno cinque le fasi del Piano nazionale cronicità, partendo dalla stratificazione e targeting della popolazione di riferimento sino ad arrivare alla valutazione dei risultati, passando attraverso la prevenzione, la presa in carico del paziente e l'erogazione di interventi personalizzati.

“Il nostro Piano segna una svolta importante nell'approccio alla malattia: la persona diviene il centro del sistema di cure – ha commentato Renato Botti, direttore della DG Programmazione sanitaria del Ministero della Salute -. È necessario quindi riprogettare i modelli assistenziali centrandoli sui bisogni “globali” del paziente e non solo su quelli clinici. In definitiva, bisogna trasformare un orientamento culturale, che già esiste, in regole di sistema”.

«Circa un milione a Regione per il supporto concreto agli ambiti progettuali, più le risorse per l'investimento massiccio sulle tecnologie necessarie, che auspichiamo potranno portare l'intero ammontare - parlo di cifre ancora approssimative - sui 50-60 milioni di euro», ha affermato.

«Quella che ci attende è soprattutto una sfida di sistema – ha aggiunto Botti -: i finanziamenti saranno certo importanti per sostenere singole funzioni, ma molte delle attività sono isorisorse. La vera scommessa è l'organizzazione o la riorganizzazione del lavoro e alcuni degli spunti contenuti nel Piano forniscano anche strumenti per facilitare la presa in carico. Penso a una maggiore flessibilità, da favorire anche mettendo a disposizione risorse per chi si voglia cimentare e in nuove attività: gli ambulatori dei Mmg, ad esempio, potrebbero diventare siti di erogazione di primo livello. Il Piano cronicità, insomma, contiene gli spunti per assegnare le risorse in modo coerente e per definire modalità organizzative e contrattuali stimolanti per tutti».

Secondo Rossana Ugenti, direttore generale delle Professioni del ministero, “solo con interazione e integrazione tra professioni si affrontano i problemi di salute e, soprattutto, la cronicità”. Secondo Ugenti, la risposta all'ammalato cronico è soprattutto sul territorio e a domicilio e in questo senso la formazione dei professionisti va rivista perché sul territorio e a domicilio uno strumento essenziale sono le tecnologie a cui spesso non sono adeguati. E medici e infermieri sono le due categorie professionali chiamate in prima linea ad attuare il Piano nazionale che punta su sfide molteplici: l'integrazione dell'assistenza offerta dalle diverse professionalità, percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (Pdta) certi, un'armonica integrazione sociosanitaria, la domiciliarità, la telemedicina e la messa in rete di sistemi informativi che ancora oggi non sono dialoganti, la formazione degli operatori e la valorizzazione (empowerment) del paziente. “E' il momento di lavorare insieme – ha detto ancora – e in sinergia., integrandosi, con un unico riferimento al centro: il paziente. E un cambio di rotta dalla cura al prendersi cura di lui”. “E per far questo – ha concluso - è fondamentale una riprogrammazione dei fabbisogni, secondo le reali necessità basate sui numeri e su criteri reali e oggettivi, senza seguire logiche o interessi di parte”.

Le esperienze (in allegato) in questo senso ci sono e quelle illustrate al convegno sono relative ai Creg (Chronic Related Group) lombardi, al Chronic Care model in Toscana, all'infermiere di comunità come elemento strategico di welfare comunitario.

Accanto a medici e infermieri per assistere i pazienti sul territorio ci sono anche i farmacisti. I tre cardini su cui si muove la loro professione, ha spiegato il presidente Fofi Andrea Mandelli, sono la farmacia dei servizi, il fascicolo sanitario elettronico farmaceutico, l'aderenza alle terapie anche per rendere sostenibile il Ssn, con una razionalizzazione che, secondo Mandelli, si basa sul non sprecare quello che è prescritto. "Le figure professionali – ha concluso il presidente Fofi – sono di riferimento, perché sanno come aprire la strada del cambiamento, mantenendo dritta la barra verso l'etica".